



Den Haag, 19 mei 2011

HERZIENE CONVOCATIE (i.v.m. toevoeging namen genodigden)

Voortouwcommissie: **vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport**

Activiteit: **Hoorzitting / rondetafelgesprek**

Datum: woensdag 8 juni 2011

Tijd: 10.00 - 13.00 uur

Openbaar/besloten: openbaar

Onderwerp: Academische zorg in Nederland

Agendapunt: Rondetafelgesprek over Academische zorg in Nederland

Genodigden:

Sessie I 10.00-11.30 uur

- Frank Bosch, internist Rijnstate zhks/vz Nederlandse Internisten Vereniging
- Prof. Koos van der Velden, hoogleraar Public Health Radboud Universiteit.
- Prof. Marjolein Drent, longarts Academisch Ziekenhuis Maastricht
- Arno Timmermans, huisarts/Bestuursvoorzitter NHG
- Prof. Dr. E.E.S. Nieuwenhuis, hoogleraar kindergeneeskunde Wilhelmina Kinderziekenhuis (UMC Utrecht)
- Olivier Gerrits, directie zorginkoop a.i. Achmea
- Niko de Jong, vz CRAZ Taskforce Kindergeneeskunde
- Prof. Dr. Douwe Biesma, vz RvB St. Antonius Ziekenhuis Nieuwegein
- Prof. Peter C. Huijgens, hoogleraar hematologie VU Amsterdam
- Jan Willem Kuenen, partner en managing director Boston Consulting Group
- Marcel Levi, vz RvB AMC

Sessie II 11.30-13.00 uur

- Prof. dr. Rijk Gans, internist UMC-Groningen
- Wilna Wind, algemeen directeur NPCF
- Prof. Liesbeth de Vries, internist/oncoloog UMCG, vz RvB Medische Wetenschappen van de KNAW
- Francis Bolle, senior adviseur Public Affairs V&VN
- Guy Peeters, vz RvB Academisch Ziekenhuis Maastricht (o.v.)
- Prof. Louise Gunning-Schepers, vz Gezondheidsraad
- Prof. Dr. Rob Tollenaar, chirurgische oncologie LUMC
- Bas Leerink, lid Raad van Bestuur Menzis
- Drs. Elmer Mulder, vz RvB VUmc/vz NFU
- Victor J.A. Slenter, arts M&G/directeur Capaciteitsorgaan

Griffier: Drs. A.J.M. Teunissen

Activiteitsnummer: 2011A02065

Toegankelijkheid en bereikbaarheid van academische zorg: visie vanuit een algemeen topziekenhuis.

Prof. dr. D.H. Biesma, voorzitter Raad van Bestuur St. Antonius Ziekenhuis Utrecht/Nieuwegein

Mijn visie op toegankelijkheid en bereikbaarheid van academische zorg begint met een poging om te zorg in een universitair medisch centrum (UMC) te omschrijven. Uitgangspunt is dat zorg in een UMC altijd in relatie zou moeten staan tot tenminste één van de 3 doelstellingen van een academisch ziekenhuis: patiëntenzorg (regulier/specifiek), onderzoek en onderwijs.

Patiëntenzorg in een UMC

In de huidige situatie bestaat ongeveer 60% van de patiëntenzorg in de UMC's uit reguliere (=basis) zorg met grote verschillen tussen de UMC's. Sommige UMC's vervullen een functie als streekziekenhuis met veel basiszorg, andere UMC's doen voornamelijk topzorg. Reguliere zorg kan ook buiten een UMC plaatsvinden; vanuit oogpunt van bereikbaarheid en doelmatigheid waarschijnlijk zelfs beter in een algemeen ziekenhuis ("basiszorg dichtbij"). Als dit consequent wordt doorgevoerd, betekent dit een forse reductie van het aantal patiënten dat behandeld wordt in een UMC. De andere ongeveer 40% betreft specifieke zorg; deze zorg kan gesplitst worden in topreferente zorg⁽¹⁾ en zorg voor zeer zeldzame aandoeningen (de exacte verhouding tussen deze 2 componenten is niet bekend; een inschatting op basis van eigen ervaring is 35% versus 5%⁽²⁾).

Stelling → veel van de basiszorg, die nu nog plaatsvindt in UMC's, kan naar algemene ziekenhuizen

Topreferente zorg wordt niet alleen verleend door UMC's, maar ook door een enkel topklinisch ziekenhuis. De STZ spreekt van zogenaamde expertise centra⁽³⁾. De NFU kent ook een lijst van specifieke functies. Beide lijsten beslaan niet het volledige spectrum van topreferente zorg. Het is waarschijnlijk beter om te kijken naar ziekenhuizen waar WBMV-voorzieningen plaatsvinden om een beeld te krijgen van de topreferente zorg. Deze topreferente zorg concentreert zich op de cardiovasculaire zorg (zoals cardiologische interventie, hartchirurgie, grote vaatoperaties) en neurochirurgie met daaraan toegevoegd oncologische ingrepen (denk aan laag frequente chirurgische ingrepen zoals bij slokdarm- en alvleesklierkanker, stamceltransplantaties). Topreferente zorg kan het beste worden geconcentreerd in UMC's en een beperkt aantal algemene ziekenhuizen (1 of 2 algemene ziekenhuizen per regio; dus 8-16 topziekenhuizen). Niet alle topreferente zorg kan in alle UMC's of in enkele topklinische ziekenhuizen; concentratie is hier van belang. Bij topreferente zorg moet de volledige keten van zorg binnen een ziekenhuis op orde zijn. Er kan geen hoogcomplexere gastro-intestinale (maag/darm/lever) chirurgie plaatsvinden, als er geen goed toegeruste ICU is of als de MDL-artsen niet beschikken over technieken om peri-operatieve complicaties op te vangen.

Stelling → topreferente zorg hoort thuis in UMC's en een beperkt aantal algemene (en daarmee top-) ziekenhuizen

Naast topreferente zorg, is er zeer specialistische zorg voor zeer zeldzame aandoeningen (denk aan kinderkanker, kinderhartchirurgie, sarcoïdose). Gezien de lage frequentie, verdient het de voorkeur om deze zorg in hooguit 2 tot 4 centra te laten plaatsvinden. Meestal zullen dit UMC's zijn (kinderkanker, kinderhartchirurgie), maar deze zorg kan in een enkele situatie ook plaatsvinden in een algemeen topziekenhuis (b.v. sarcoïdose behandeling in het St. Antonius). In zijn algemeenheid is het niet goed om – ook bij zeldzame aandoeningen – alle zorg in één centrum te concentreren uit oogpunt van geografische spreiding van aanbod, vasthouden "scherpte" c.q. behoud "concurrentie", voorkomen monopoliepositie en het borgen van een uitwijkmogelijkheid binnen de landsgrenzen bij plotseling uitvallen van een centrum. Continuïteit van aanbod is van groot belang, men kan niet zomaar afzien van deze zorg ("noblesse oblige").

Stelling → zorg voor zeldzame aandoeningen moet in een beperkt aantal (bij voorkeur academische, bij hoge uitzondering algemene) centra plaatsvinden

Stelling → het eenzijdig opheffen van een dergelijke functie is maatschappelijk niet aanvaardbaar

Onderzoek in een UMC

Een tweede pijler betreft onderzoek. Fundamenteel en klinisch onderzoek draagt bij aan goede patiëntenzorg. Fundamenteel onderzoek vindt (meestal) plaats in de UMC's. Er zijn aanzienlijke verschillen in wetenschappelijke output tussen de UMC's, zo blijkt uit de jaarlijkse citatie-analyse⁽⁴⁾. Voor grote klinische studies zijn de UMC's vaak aangewezen op de topklinische ziekenhuizen, aangezien zij over de grote aantallen patiënten beschikken. Wat betreft klinisch wetenschappelijk onderzoek, zullen zich consortia moeten gaan vormen van één of meer UMC's en algemene ziekenhuizen (dat gebeurt b.v. al bij subsidieverstrekking door de Nierstichting). Inclusie van patiënten in klinische

studies vraagt echter in toenemende mate tijd en aandacht, waar de algemene ziekenhuizen die onderzoek doen voor zullen moeten worden gecompenseerd (bij voorbeeld in de vorm van opslag op DBC's). UMC's doen vaak fundamenteel onderzoek op de terreinen, waar zij ook topreferente zorg leveren. Vaak wordt vergeten dat de algemene topklinische ziekenhuizen ook toegepast klinisch wetenschappelijk onderzoek doen. De output van algemene ziekenhuizen varieert echter sterk. In een recent rapport van de NFU ("Zaaien en Oogsten") over de wetenschappelijke output in Nederland worden alleen het AvL/NKI en het St. Antonius Ziekenhuis, naast de UMC's, genoemd als instituten met een significant aantal wetenschappelijke publikaties. Bij het gunnen van topreferente zorg aan ziekenhuizen (UMC's of de enkele topziekenhuizen), zou wetenschappelijke output (geobjectiveerd door het CWTS) naast volume (=expertise) en innovatie als voorwaarde voor financiering kunnen worden opgenomen. Dat leidt vanzelf tot verdere clustering en tot initiatieven voor verbetering van deze topreferente zorg.

Stelling → beloon ziekenhuizen (UMC's en algemene ziekenhuizen) voor hun wetenschappelijke output

Onderwijs

De derde pijler is onderwijs. Van oudsher spelen de UMC's een belangrijke rol bij de vervolgopleiding tot medisch specialist. Voor een zo breed mogelijke oriëntatie van de aios⁽⁵⁾ kennen veel medische vervolgoopleidingen zowel een academische leerperiode als een leerperiode in algemene ziekenhuizen. Dit komt de kwaliteit van opleiding en zorg ten goede⁽⁶⁾. De instroom van aios komt voor rekening van bijna 45% van de UMC's, ruim 30% van de topklinische ziekenhuizen en 23% van de algemene ziekenhuizen⁽⁷⁾. Ten aanzien van de doorstroom van aios zijn de topklinische ziekenhuizen de grootste aanbieder van medische specialistische vervolgoopleidingen (51%). Bij verdere concentratie van zorg, zullen aios ook makkelijker van opleidingsinrichting moeten kunnen veranderen om zich bij voorbeeld binnen een subspecialisatie in het volledige palet aan pathologie te kunnen scholen. Aios moeten makkelijker kunnen overstappen van de ene naar de andere opleidingsregio. Dit is te realiseren door het opleidingsbudget toe te kennen aan de aios ("rugzakmodel").

De financiering van de medische vervolgoopleidingen is verder in het algemeen goed geregeld.

Andere ontwikkelingen van belang in het kader van de positiebepaling van academische zorg

1. Grootte UMC's versus algemene ziekenhuizen: In vergelijking met tien jaar geleden is een UMC minder snel gegroeid dan de algemene/topklinische ziekenhuizen in de regio. Toen had men in een regio te maken met het academische ziekenhuis als dominante speler en een groot aantal (kleine) ziekenhuizen⁽⁸⁾ daar rondom heen. Door een proces van regionale concentratie en fusies, zijn de algemene ziekenhuizen relatief groter geworden t.o.v. het UMC in de regio. Zorg, die voorheen als vanzelf plaatsvond in een UMC, wordt nu door grotere maatschappen/vakgroepen met een verdergaande specialisatie ook aangeboden in een algemeen ziekenhuis.
2. Complexiteit van zorg: Moderne ontwikkelingen (minimaal invasieve chirurgie, laparoscopie, robot-chirurgie) leidt tot minder weefsel schade en daardoor minder aanspraak op ICU-monitoring. Hierdoor kan veel van de zorg, die vroeger als vanzelfsprekend alleen in UMC's plaatsvond, naar algemene ziekenhuizen. Relatief veel expertise bevindt zich nu in algemene ziekenhuizen.
3. Coalities: Basale research en translatie naar de kliniek van vindingen moet naar een kortere doorlooptijd. Dat vraagt om coalities en focus op onderzoek. Intensivering van samenwerking tussen UMC's onderling en met een enkel topklinisch ziekenhuis met een goede onderzoeksstructuur is noodzakelijk.

Voetnoten

1 Topreferent is door de NFU omschreven als "zeer specialistische patiëntenzorg, die gepaard gaat met bijzondere diagnostiek en behandeling, waarvoor geen doorverwijzing meer mogelijk is ("last resort") en samenhangt met de fundamentele onderzoeksinfrastructuur van de UMC's".

2 Bron: NFU

3 Definitie Expertisecentrum (EC, voorheen Centre of excellence and last resort): Het EC is een verbijzondering van een derdelijns functie (DF). Het betreft een DF met voor Nederland unieke kennis en/of vaardigheden in het betreffende aandoeningsgebied. Het centrum is landelijk of regionaal bekend onder collega specialisten als het centrum of één van de weinige centra dat de meeste kennis heeft op het specifieke gebied en toegankelijk is voor patiënten van collega specialisten. Het centrum trekt voor het betreffende specialisme patiënten aan uit een gebied dat veel groter is dan het gangbare verzorgingsgebied voor het ziekenhuis. Het centrum krijgt verwijzingen van patiënten met bijzondere omstandigheden, complexe ziektebeelden en/of diagnoses waarover slechts weinig bekend is in Nederland. De medische specialisten van het centrum dragen hun kennis uit via publicaties in peer-reviewed vaktijdschriften. (bron: STZ)

4 Bron: rapport "Bibliometric study on Dutch academic medical centers (1998-2008)", Center of Science & Technology Studies (CWTS), januari 2010

5 Aios staat voor Arts Assistent in Opleiding

6 Bron: rapport "De medisch specialist van straks", NFU, februari 2010

7 Bron: MSRC via het capaciteitsorgaan. Resterende 3% is afkomstig van de categorale instellingen (waaronder revalidatiecentra)

8 Toelichting: In Utrecht bestond het ziekenhuislandschap o.a. uit Academische ziekenhuis Utrecht, St. Antonius ziekenhuis Nieuwegein, Oudenrijn ziekenhuis, Overvecht ziekenhuis, Diakonessenhuis Utrecht, Lorentz ziekenhuis Zeist (6 aparte ziekenhuizen). Momenteel bestaat dit uit UMC Utrecht, St Antonius Ziekenhuis Utrecht/Nieuwegein en Diakonessenhuis Utrecht/Zeist (3 aparte ziekenhuizen).

Position paper Academische zorg door V&VN

De beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) wil graag op de uitnodiging van de Vaste Kamercommissie VWS ingaan om haar visie en ideeën over de toekomst van de academische zorg in Nederland te delen vanuit perspectief van de verpleegkundige en verzorgende beroepsgroep.

Nieuw zorglandschap

V&VN is van mening dat het zorglandschap in Nederland anno 2011 toe is aan een herinrichting. In een relatief klein land als Nederland moet het qua inrichting van de zorg mogelijk zijn om topspecialistische zorg in academische centra en topklinische centra te concentreren. Academische centra en topklinische centra moeten zich meer focussen op top specialistische zorg en wetenschappelijk onderzoek. Dit heeft direct implicaties voor de overige vormen van zorg. Enkelvoudige niet-specialistische zorg en basiszorg hoort in dit nieuwe zorglandschap niet thuis in de academische centra, maar in algemene ziekenhuizen of juist in de 1^o lijn.

Deze concentratie van specialistische zorg in academische centra en topklinische centra kan alleen vormgegeven worden indien de overige zorgvormen als een continuüm op elkaar worden afgestemd en optimaal zijn ingericht. Specialistische zorg kan alleen geconcentreerd worden indien de generalistische zorg dicht bij huis en op 'rollatorafstand' wordt georganiseerd. Borging van de toegankelijkheid en beschikbaarheid is hierbij evident. Met name chronische zorg kan, veel vaker dan nu het geval is, geleverd worden in de 1^o of 1½^o lijn. Door goed opgeleide en vakbekwame professionals.

Versterking van de 1^o lijn

Met de komst van de HAP¹ zien we al de eerste verschuiving en opvang van zorg buiten de poorten van het ziekenhuis. V&VN ziet veel mogelijkheden voor nieuwe innovaties in de 1^o lijn zorg om generalistische zorg of zorg voor chronisch zieken buiten de ziekenhuismuren op te vangen, in bijvoorbeeld zelfstandige behandelcentra zoals een Nurse run clinic. De RVZ heeft deze aanbeveling al meegenomen in haar advies 'Bevoegd is bekwaam'². Deze nurse run clinic ook wel walkin center genoemd komt ook expliciet aan de orde in het RVZ advies 'Zorg voor je gezondheid'³. Hierin schetst de RVZ een verschuiving van het curatieve denken naar meer aandacht voor persoonlijke dienstverlening, ondersteuning en advies (*van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag*).

Herinrichting zorgproces

¹ HAP staat voor Huisartsenpost

² RVZ rapport Bekwaam is bevoegd: innovatieve opleidingen en beroepen in de zorg, april 2011

³ RVZ rapport Zorg voor je gezondheid: gedrag en gezondheid – nieuwe ordening, april 2010



Beroepsvereniging van zorgprofessionals

De concentratie van specialistische zorg heeft niet alleen gevolgen voor de academische centra en topklinische centra als organisaties, maar ook voor de professionals werkzaam in deze organisaties zoals: verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en medisch specialisten. Het herschikken van taken waarbij verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten taken overnemen van medisch specialisten, vraagt om een herinrichting van het zorgproces. Medisch specialisten kunnen bij een optimale taakherschikking zich richten op de hoog complexe niet-geprotocolleerde zorg, terwijl verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten juist de geprotocolleerde zorg en grote clusters van chronische zorg overnemen. Verpleegkundigen moeten meer betrokken worden bij de besluitvorming van het zorgproces en zich verantwoordelijk voelen om hun handelen te onderbouwen middels verpleegkundig onderzoek. Juist in academische centra en topklinische centra mag van verpleegkundigen en verzorgenden verwacht worden dat zij naast de directe zorgverlening ook een voortrekkersrol innemen rond het initiëren, uitvoeren en toeapssen van verpleegkundig onderzoek. De komst van specialistische multidisciplinaire teams, zoals het SIT⁴ team, is volgens V&VN een andere goede ontwikkeling. Niet alleen wordt daarmee de afdelingsprofessional ondersteunt met specifieke deskundigheid, ook heeft het inrichten van multidisciplinaire teams een grote meerwaarde op het gebied van samenwerken, (h)erkennen van elkaar competenties en deze optimaal in kunnen zetten. Deze specialistische multidisciplinaire teams moeten een duidelijke plaats krijgen in de inrichting van het zorgproces en in het (multidisciplinaire) scholingsbeleid.

Zorg volgt patiënt

De patiënt moet de zorg krijgen die hij/zij nodig heeft op de plaats die voor de patiënt het beste is. De specialistische zorg, geconcentreerd in academische centra en topklinische centra houdt dus niet op bij de ziekenhuismuren. Een betere samenwerking en afstemming tussen academische zorg en andere vormen van zorg is hierbij noodzakelijk. Nu wordt er onvoldoende afgestemd tussen de verschillende zorgsectoren, en kan de regelgeving en financieringsstructuur zelfs dit proces afremmen. Een sprekend voorbeeld hierbij is de problematiek rond de medisch specialistische verpleging thuis. De overheveling van AWBZ zorg naar ZvW waarbij de medisch specialist in het ziekenhuis de indicatie afgeeft, heeft in de praktijk geresulteerd in een diffuus en niet-eenduidig inkoopbeleid door zorgverzekeraars, waardoor de zorg nog meer gefragmenteerd wordt dan in de situatie daarvoor.

Transparantie financieringssysteem

Een groot knelpunt voor de verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten is dat zij in de huidige financieringsstructuur (DBC's) niet apart worden benoemd. De kosten van de verpleging wordt toegerekend aan algemene kostendragers waaronder de verpleegdag, dagbehandeling en het polibezoek en zo verdisconteerd in het tarief. In het kader van taakherschikking nemen steeds meer verpleegkundigen (en verzorgenden) geheel of gedeeltelijk taken over van Medisch Specialisten. De bijdrage die zij aan de zorg leveren wordt op deze wijze niet (financieel) inzichtelijk. Met de komst van

⁴ SIT staat voor Spoed Interventie Team



Beroepsvereniging van zorgprofessionals

de verpleegkundig specialist, die na het verkrijgen van de wettelijke bevoegdheden als zelfstandig beroepsbeoefenaar kan functioneren, wordt de behoefte om deze beroepsbeoefenaren expliciet op te nemen in de DBC's alleen maar groter. Momenteel is men bezig met een verbeteringsplan in deze DBC systematiek, DOT genoemd. De bedoeling van DOT is om oorspronkelijke doelstellingen zoals transparantie, medische herkenbaarheid, hanteerbaarheid, stabiliteit en openheid voor innovatie te realiseren. Tot op heden ontbreken wederom verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten in deze nieuwe financieringsstructuur.

Kortom voor een optimale inrichting van de academische zorg en topklinische zorg moet het hele zorglandschap in Nederland onder handen worden genomen en heringericht. In dit nieuwe zorglandschap moeten we de verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten een expliciete plaats geven willen we de zorg effectief en doelmatig inrichten.

Drs. F.J.J. Bolle

Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland

30 mei 2011

Position Paper mbt de Academisering van de Zorg in Nederland

Auteur: dr. F.H. Bosch, voorzitter Nederlandse Internisten Vereniging (NIV)

Pre-ambule

De NIV is al jaren overtuigd van de juistheid van de opvatting dat het regelmatig uitvoeren van een bepaalde verrichting en behandeling leidt tot betere en veiliger patiëntenzorg. Om die reden werden jaren geleden de differentiaties binnen de interne geneeskunde ingevoerd. Anderzijds realiseert de NIV zich dat voor adequate patiëntenzorg met name ook brede kennis en algemene competenties van belang zijn. Verder dient beseft te worden dat veel gecompliceerde zorg van heden over een aantal jaren routinezorg zal zijn.

Bij het nadenken over de academisering van de zorg moeten een aantal domeinen onderscheiden worden:

Patiëntenzorg: voor hoogtechnologische en/of gecompliceerde patiëntenzorg is een academische omgeving meestal wel, maar niet altijd noodzakelijk. Wel zal deze zorg in ieder geval altijd in een ziekenhuis dienen te geschieden wegens de noodzakelijke samenwerking tussen vele verschillende disciplines met hun bijbehorende expertises. Een goed voorbeeld van niet academische hoogtechnologische zorg is de hartchirurgie. Met betrekking tot kennis van diagnostiek en behandeling van de relatief meer zeldzame aandoeningen zijn academische ziekenhuizen veelal een last resort door de aanwezigheid en bundeling van kennis op gebied van diagnostiek en behandeling in teamverband. Regionale (affiliatie) ziekenhuizen verwijzen bij specifieke indicaties naar hun academische ziekenhuizen wegens een te hoge complexiteit van zorg (diagnostiek en behandeling). Met betrekking tot hoog gecompliceerde chronische zorg (bv auto-immuun aandoeningen) is te verwachten dat door oa e-health ontwikkelingen patiënten minder vaak het ziekenhuis bezoeken en een op elkaar afgestemde behandeling (academische en perifere ziekenhuizen) een steeds grotere rol zal gaan krijgen.

Wetenschappelijk onderzoek: De academische omgeving is thans bij uitstek de plaats waar fundamenteel en translationeel (bench to bedside and bedside to bench) wetenschappelijk onderzoek plaats vindt en plaats dient te vinden door de verbondenheid met oa. speciale laboratoria. Andere vormen van wetenschappelijk onderzoek (vooral patiëntgebonden fase 3 en 4 onderzoek) vinden nu reeds plaats in de grote niet-academische ziekenhuizen, al dan niet in (inter)nationale samenwerkingsverbanden. In de toekomst is te voorzien dat dergelijke netwerkorganisaties in wetenschappelijk onderzoek steeds belangrijker gaan worden. Belemmeringen voor het oprichten en borgen van deze netwerken dienen dan ook weggenomen te worden (zie de grote problemen die ziekenhuizen anno 2011 hebben bij het snel starten van multi-center onderzoek en het dientengevolge afnemen van de rol van Nederland op dit gebied). Het ligt overigens voor de hand dat de academische centra ook in deze netwerken een leidende rol zullen hebben.

Opleiding: de NIV is van mening dat iedere internist gedurende zijn of haar opleiding een tevoren afgesproken periode in een academische omgeving dient door te brengen. Het academische milieu biedt met zijn gestructureerde integratie van gecompliceerde patiëntenzorg en wetenschappelijk onderzoek bij uitstek de omgeving die noodzakelijk is om de artsen van de toekomst te vormen tot vernieuwende, wetenschappelijk geïnteresseerde en kritische zorgverleners.

Probleemstelling topreferente zorg

In Maastricht is in 2000 het Sarcoidose management team opgericht. Binnen het MUMC+ is er op allerlei vakgebieden (oogheelkunde, nucleaire geneeskunde, afdeling weefselypering, neurologie, cardiologie, en ga zo maar door) een enorme kennis opgebouwd. Dat multidisciplinaire team heft zich ontwikkeld tot een top team met grote internationale naam niet alleen op het gebied van patiëntenzorg middels coachen van collega's en patiënten. Ook op het gebied van onderzoek staat het team internationaal aan de top. Er zijn belangrijke ontdekkingen gedaan ten aanzien van aspecten van de grillige ziekte sarcoidose (een ziekte van het afweersysteem die overal in het lichaam tot problemen kan leiden en vooral bij jonge mensen voorkomt), afgerond in diverse promoties. De topkwaliteit wordt ook gesteund door de wereld organisatie de WASOG (World Association of Sarcoidosis and Other Granulomatous disorder: www.wasog.org) getuige het feit dat van 15-18 juni 2011 het 10^{de} wereldcongres van deze organisatie in Maastricht zal plaatsvinden (www.wasogbal2011.nl).

Per 1 mei 2011 heeft de Raad van Bestuur van het MUMC+ het ild care team (zo is de naam nu van het team) opgeheven met als argument dat er keuze moeten worden gemaakt i.v.m. bezuinigingen. Dat betekent dat de jarenlange opgebouwde kennis verloren gaat. Er is ook niet voorzien in een oplossing vooralsnog. Dit leidt tot veel leed en onrust en niet in de laatste plaats bij gedupeerde en verontruste patiënten. Er is geen waarborg voor de topreferente zorg geboden, daar is niet in voorzien. De vraag is of dit uiteindelijk tot bezuiniging leidt, aangezien de multidisciplinaire aanpak met zeer korte lijnen ook garant stond voor snel schakelen en advies zonder onnodige wachttijden. Collega's uit het gehele land werden altijd hel snel (mestal dezelfde week) geholpen in geval van vragen over diagnoses en vooral in geval van behandeladviezen. Dit werd altijd ook direct teruggekoppeld met de betreffende patiënt. Dit werd door de patiënten en verwijzer als zeer prettig ervaren, waardoor juist veel onnodige kosten konden worden bespaard. Nu het overleg wegvalt zullen de wachttijden, kosten van de zorg onnodig oplopen, de intercollegiale steun en het overleg van gecompliceerde patiënten zal wegvallen en de kwaliteit van leven van de betreffende groep chronisch zieke patiënten achteruitgaan.

Binnen de huidige geneeskunde is een belangrijke rol in de zorg weggelegd voor topreferente centra. Deze voorzien in een belangrijke behoefte en kunnen de kwaliteit van de zorg mede helpen verbeteren. In het algemeen zijn deze in universitair medische centra gehuisvest. Het opbouwen van kennis rondom complexe chronische aandoeningen vergt een multidisciplinaire aanpak. Dat betekent investeren van vele kanten. Hiermee wordt een enorm belangrijke basis gelegd, waar iedereen die te maken heeft met dergelijke aandoeningen - zoals de bewuste patiënten, maar ook de zorgverleners - hun voordeel kunnen doen. Delen van expertise dient bovendien er voor te zorgen dat de kennis wordt gedeeld met als doel verrijking en het niveau in Nederland te verhogen en kosten te besparen.

Uitwisseling kennis

Inmiddels is er een groot probleem ontstaan betreffende het uitwisselen van kennis tussen medisch specialisten in het algemeen, en tussen experts en collega specialisten in het bijzonder. De meestal in universitair medische centra werkzame specialisten die zich hebben ontwikkeld tot experts op een bepaald vakgebied ondervinden problemen als ze deze kennis willen delen met collega's aangezien er niet voorzien is in een vergoedingssysteem van bijvoorbeeld intercollegiale consulten. Als een topspecialist om advies wordt gevraagd is daar geen passend vergoedingssysteem voor voorhanden binnen de huidige vergoedingssystemen. In de huidige DBC structuur is daar niet in voorzien. Dit geldt ook voor de experts in topklinische ziekenhuizen overigens. Topreferente zorg wordt zo exclusief en dat is niet de bedoeling. Deze kennis zou gedeeld moeten kunnen worden met medisch specialisten werkzaam buiten het eigen academische ziekenhuis.

Richtlijnen en criteria

Aan het opbouwen van deze kennis dienen een aantal voorwaarden te worden gesteld. Er zouden criteria dienen te worden opgesteld waaraan een ieder die besluit om een bepaald aandachtsgebied als speerpunt te kiezen moet voldoen. Dit moet ook een serieuze plaats in het zorgpakket krijgen, zodat de financiering goed geregeld is. (Zie ook later.)

Ook dient de continuïteit van deze zorg ten alle tijden gewaarborgd te worden onafhankelijk van de bestuurlijke samenstelling. De Raad van Bestuur is verplicht zich hieraan te houden. Kortom er dienen richtlijnen te worden opgesteld en een visitatie dient daar aan gekoppeld te worden.

Vergoeding topreferente zorg door (tertiaire) expertise centra

Eén van de problemen die er voor zorgt dat er stagnatie optreedt, is de ontoereikende financiering van deze veelal intercollegiale zorg. Er is momenteel geen fatsoenlijke mogelijkheid om

intercollegiale consulten te declareren. De tijd gestopt in het beoordelen van een dossier, het beoordelen van foto's en geven van adviezen is niet vastgelegd in een DBC. Ook buiten de DBC's is hier geen vergoeding voor mogelijk. Aangezien dit bedrijfsvoeringmatig niet te verantwoorden is, zijn verschillende centra zich aan het beraden om bepaalde topreferente functies af te stoten. Dit klinkt logisch, maar in de praktijk is dat echter alleen maar een verschuiving van het probleem. Andere centra staan bovendien niet te juichen om die zorg over te nemen en het kost vaak jaren om een hoogwaardig multidisciplinair team op te bouwen. Hoe dan ook leidt dat altijd tot verlies van expertise, onrust, reistijden voor zieke patiënten en toename van kosten.

Kennisverbreding

In de hele discussie wordt voorbij gegaan aan de opgebouwde kennis, die verloren gaat als experts niet in staat wordt gesteld hun werk naar behoren op een andere plek voort te zetten. Er is ook nog iets als vrije dokterskeuze en derhalve zou de gelegenheid geboden moeten worden opgebouwde expertise over te dragen en te verspreiden onder collega's. In de huidige bezuinigingsronde is hier op geen enkele wijze aandacht aan besteed. Zo wordt op een hele negatieve manier afbreuk gedaan aan de kenniseconomie en dat leidt uiteindelijk niet tot bezuiniging, maar is slechts een tijdelijke oplossing als het al een oplossing is! Eigenlijk wordt het probleem alleen maar verplaatst in plaats van opgelost. Inzet zou moeten zijn: streven naar een lange termijn oplossing i.p.v. een korte termijn oplossing. Een goede en gedegen probleemanalyse is in het belang van alle topreferente functies in Nederland. Ook dat wordt nu geblokkeerd. Evenals de expertise in ons team, dat is uniek! Wat gebeurt er met de oogarts, internist, etc. waar we mee samenwerken?

Vergoedingssysteem is verouderd

De huidige voorziening binnen de DBC's niet kostendekkend. Alleen als een patiënt 2x is gezien mag er worden gedeclareerd. Er is geen voorziening voor telefonische consulten of email adviezen. Dat probleem geldt voor alle centra die adviezen geven en als coach optreden. Daar dient een oplossing voor te worden uitgewerkt. De tijd staat niet stil en het geven van adviezen is een functie die steeds belangrijker gaat worden, intercollegiale consulten zijn niet weg te denken in de begeleiding van complexe patiënten, daar kan e-health een hele belangrijke rol in spelen. Het is hoog tijd voor het aanpassen van het vergoedingssysteem met aandacht voor nieuwe ontwikkelingen om te voorkomen dat de unieke mogelijkheden en efficiënte manieren van communicatie niet worden benut. Deze toepassing kan ook tot kostenbesparing leiden, het remmen van deze ontwikkeling kost de maatschappij alleen maar geld!

Probleem

Het verlenen van zorg op afstand en geven van adviezen (coaching) is een niet betaalde activiteit.

Oplossingsmodellen

Men zou aan verschillende constructies kunnen denken:

- 1) de zorgverzekeraars geven het consultancy team (team of experts) een klein bedrag per verzekerde, zodat deze adviesfuncties optimaal kunnen worden benut en ook de gemeenschap in zijn volle omvang van de expertise gebruik kan maken. Een groot voordeel voor de patiënt, de collega's (kennisverbreding) en het bespaart kosten.
- 2) Een vast bedrag per verleende service, variërend van de complexiteit en uitgebreidheid van de vraag. Daarnaast dient voorzien te worden in de aanvullende diagnostiek- en behandelkosten en deze bij voorkeur door de verwijzer laten verrichten.

Tarief: korte vraag: .. €, therapieadvies na beoordeling dossier: ...€ (dit verzoek krijg ik regelmatig 300-400x per jaar zeker!!!, wordt niet vergoed); intake patiënt, inventarisatie hulpvraag, herbeoordelen diagnostiek (PA, foto's etc.) en antwoord arts en patiënt: ...€ (moet goed uitgezocht en onderbouwd worden uiteraard!) rechtstreeks via zorgverzekeraars te innen, voorkomt onnodige rompslomp.

Doel

Het aantrekkelijker maken van het opbouwen van een topreferente functie in universitair medische centra, maar ook topklinische ziekenhuizen en waarborgen van continuïteit van zorg en kwaliteit aangezien dan kosten niet meer het argument vormen tot het verplaatsen van zorg.

L. Gunning

Van: Gunning, mw. L.J. [L.j.gunning@gr.nl]
Verzonden: woensdag 1 juni 2011 13:56
Aan: Commissie VWS
CC: Schaule, mw. M.; Wijbenga, mw. A.
Onderwerp: rondetafelgesprek Academische zorg

Geachte commissie,

Ik verheug me zeer op het ronde tafel gesprek over de Academische zorg, al was het maar vanwege mijn recente verleden. Maar als Gezondheidsraad hebben wij op dit onderwerp geen recent advies uitgebracht. Ik denk dat het dan ook niet passend is om bij voorbaat een standpunt bij u in te dienen. Ik ben graag bij de discussie in de eerste ronde aanwezig en zal dan in de tweede ronde graag vanuit de optiek van de Gezondheidsraad een reactie op de discussie geven. Aangezien ik helaas iets voor 1 uur weg moet om een Gezondheidsraad commissie voor te zitten, ga ik graag in op uw suggestie om bij beide gesprekken aanwezig te zijn. Ik hoop dat U mij dan om ¼ 1 excuseert.

Prof. Louise Gunning-Schepers
Voorzitter Gezondheidsraad

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht abusievelijk aan u is toegezonden, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. De Staat aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.
This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was sent to you by mistake, you are requested to inform the sender and delete the message. The State accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.



P. Huijgens
HOLON

KWALITEIT VAN ZORG EN ONDERZOEK IN DE HEMATO-ONCOLOGIE: HET HOVON-MODEL

Position paper Tweede Kamer, 8 juni 2011

Inleiding

Op het gebied van kanker van bloed, beenmerg en lymfeklieren (hemato-oncologie) is er, Nederland breed, een goed functionerende netwerkstructuur door 10 regio's onder regie van de 8 UMC's en 2 grote niet UMC centra. Centraal daarin is de Stichting Hemato-Oncologie Voor Volwassenen Nederland (HOVON) sedert haar oprichting in 1985 een internationaal geaccepteerd "merk" geworden voor het verrichten van studies bij patiënten met hemato-oncologische ziekten. Het afgelopen decennium heeft HOVON samen met de Vereniging van Integrale Kanker Centra (VIKC), het Institute for Medical Technology Assessment (iMTA) en de Nederlandse Federatie van Kankerpatiënten organisaties (NFK), een raamwerk ontwikkeld waarin niet alleen dit patiëntgebonden onderzoek, maar ook zorg voor alle hemato-oncologische patiënten gegeven wordt, gemonitord wordt en in kwaliteit en financiering transparant kan zijn.

Patiëntgebonden onderzoek in HOVON

HOVON richt zich op de meest belangrijke groepen ziekten: acute en chronische leukemie, multipel myeloom, maligne lymfoom, ziekte van Waldenström, én de ingewikkeldste behandelingsvormen: transplantaties van hematopoietische stamcellen. In deze patiëntengroepen voert HOVON nationale en internationale studies uit, waarbij bijna alle relevante ziekenhuizen in Nederland patiënten includeren.

HOVON heeft een zogenaamde echelonering aangebracht in de ziekenhuizen in Nederland. Daarin worden vier categorieën van ziekenhuizen beschreven. Binnen deze categorieën is op basis van medische faciliteiten en personele kenmerken nauwkeurig omschreven welk type studies in ieder aangesloten ziekenhuis wel of niet kan worden uitgevoerd.

Voor de behandeling van patiënten buiten studieverband formuleren de verschillende werkgroepen behandeladviezen. Een onderdeel daarvan zijn de indicatiestellingen voor transplantaties met hematopoietische stamcellen.

Netwerk voor Consultaties

Nauw verweven met de HOVON organisatie is het netwerk van consultaties van de VIKC, waarin alle ziekenhuizen van Nederland zijn inbegrepen. De 8 academische centra met hun mogelijkheden om alle beschikbare zorg voor hemato-oncologische patiënten te geven en 2 grote, niet academische hemato-oncologische klinieken (MST in Enschedé en HAGA Ziekenhuizen in Den Haag), hebben om zich heen een netwerk van ziekenhuizen, waarvoor zij dienen als consultverlenend ziekenhuis, vraagbaak en verwijzstation voor hemato-oncologische intensieve zorg en stamceltransplantaties.

Nederlandse Federatie van Kankerpatiënten Organisaties

Binnen de NFK zijn er vier hemato-oncologische patiëntenorganisaties, die in goede afstemming met de echelonering van de ziekenhuizen van HOVON, een kwaliteitssysteem van zorg hebben ingesteld dat jaarlijks wordt geupdated.

Population based HAematological Registry for Observational Studies (PHAROS)

Deze registry gaat uit van de gegevens in de Nederlandse Kankerregistratie, waaruit alle patiënten bij wie in Nederland een hemato-oncologische diagnose wordt gesteld, halfjaarlijks worden vervolgd op essentiële punten van zorg, zoals diagnostiek, behandeling, inzetten van nieuwe geneesmiddelen, en resultaten van behandeling en overlevingsgegevens. PHAROS geeft de meest duidelijke gegevens over hoe het met patiënten met een dergelijke diagnose in Nederland vergaat. Naast het doen van studies (zie boven) is de population based registry het middel om de meest duidelijke gegevens te krijgen over de inzet van nieuwe diagnostica, nieuwe geneesmiddelen, resultaten en financiële aspecten. Het is de enige, wetenschappelijk te verdedigen, methode voor uitkomstonderzoek.

Samenvattend

Het kwaliteitssysteem van zorg en onderzoek voor de kwaadaardige ziek(t)en in de hematologie is opgebouwd rond de 8 academische ziekenhuizen en 2 grote, niet academische, ziekenhuizen via richtlijnen, consultaties in regionaal verband en population based registry. Het systeem is nationaal van omvang en ziekenhuisoverstijgend.



In schema

HOVON

Patiëntgebonden studies
Expertise
Internationale gegevens



Behandeladviezen



PHAROS
Nationale rapportage



HOVON/VIKC

Consultaties vanuit
8 UMC's en 2 niet-UMC's



Individuele zorg in lokaal e/o
consultverlenend ziekenhuis

P.C. Huijgens, voorzitter HOVON
10 mei 2011

HOVON Centraal Bureau

Mevr. R. Knoester
VU Medisch Centrum
Locatie PK 5 X 178
Postbus 7057
1007 MB AMSTERDAM
Tel. : 020-4442124
Fax : 020-4443670
Email : regina.knoester@vumc.nl
Website : www.hovon.nl

Position paper van de Cliëntenraad Academische Ziekenhuizen (CRAZ) ten behoeve van het ronde tafel gesprek over 'de Academische zorg in Nederland', op 8 juni 2011.

23 mei 2011

De CRAZ is het patiëntenmedezeggenschapsorgaan van de acht academische ziekenhuizen. De CRAZ zorgt ervoor dat de raden van Bestuur van de acht UMC's de belangen van patiënten goed in het oog te houden en meewegen in beleid en uitvoer. De UMC's zijn de grootste zorgverleners en vaak ook de grootste werkgever in hun regio. Voor patiënten zijn de UMC's een last resort voor medische zorgvragen. Regionale ziekenhuizen moeten het om die reden als volstrekt logisch beschouwen dat 'hun' patiënten bij de UMC's terecht kunnen voor de beste state of the art zorg. Taakverdeling en concentratie van zorg zijn bruikbare concepten voor vernieuwing van de zorg. De CRAZ adviseert daarover:

1. 'Centraal wat centraal moet en nabij wat nabij kan'; een samenhangende en toekomst gerichte visie op duurzame TRF zorg is vanuit patiëntenperspectief gewenst

Motto vanuit patiëntenperspectief is 'centraal wat centraal moet en nabij wat nabij kan'. Herschikking van de TRF zorg moet vanuit een samenhangende visie geschieden. Een visie die continuïteit en duurzaamheid borgt. Omwille van patiënten mogen ziektebeelden niet verwezen.

2. Maak transparant waarom concentratie nodig is, wat geconcentreerd gaat worden en welke meerwaarde het heeft voor patiënten.

Het is belangrijk om helder te communiceren met de patiënt waarom concentratie van (bepaalde onderdelen van) de zorg nodig is en vooral wat dit voor positieve meerwaarde heeft voor patiënten en diens omgeving. Nu leeft nog het beeld dat 'alle zorg overal geleverd kan worden'.

3. Vanuit de patiënt gezien is een belangrijke reden voor concentratie: Het moet bijdragen aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg.

Het gaat er om dat de patiënt de juiste zorg op de juiste plaats en het juiste moment krijgt. Het verbeteren van de kwaliteit van zorg zou de belangrijkste overweging zou moeten zijn om TRF zorg (onderdelen) te concentreren.

4. Integreer 'medische evidence' over concentratie met 'patient reported outcomes' en laat patiëntenorganisaties samen met professionals strategieën over zorgconcentratie ontwikkelen.

Medische evidence en patiëntervaringen zijn complementair aan elkaar.

5. Laat de aard en omvang van het ziektebeeld de concentratievorm bepalen

Per ziektebeeld of 'groep van ziekten' kan voor een bepaalde concentratievorm gekozen worden. Dit is afhankelijk van de aantallen patiënten/ de zeldzaamheid van een aandoening, de complexiteit van de zorg en behandeling gedurende het gehele ziekte traject. De CRAZ wil dat bij de ontwikkeling en de uitvoer van beleid ten aanzien van concentratie en taakverdeling de inhoud vóór de vorm gaat.

De CRAZ merkt op dat, ongeacht de concentratievorm, samenwerken tussen professionals op de inhoud en ten dienste van de patiënt (en diens gezin) cruciaal is. Samenwerkende professionals (in en tussen de UMC's) zijn essentieel om de zorg kwalitatief te verbeteren.

6. Betrek criteria over de concentratie van zorg vanuit het patiëntenperspectief.

Waaronder: ● De toegankelijkheid en geografische spreiding over Nederland van de TRF zorg zowel in de electieve (planbare) als in de acute situaties. ● Zorg en behandeling volgens de laatste stand van wetenschappelijk onderzoek. Met actuele zorgrichtlijnen volgens 1 nationaal programma, waarop professionals ook aanspreekbaar zijn.

Wetenschappelijke competitie en uitwisseling moet gestimuleerd blijven worden. ● Concentratie van onderdelen van TRF zorg moet integraal, in samenhang met andere functies binnen de geneeskundige zorg (maar ook met opleiding en onderzoek) benaderd moet worden. ● 'De patiënt centraal stellen' door een integrale (heel de mens) benadering van patiënt en zijn naasten. Eén door zorgverleners gedeeld dossier (bijv. in de vorm van een al dan niet landelijk EPD) biedt uitkomst. Maar tegelijkertijd ook een goede 'zorgproces regisseur', een 'centrale zorgverlener' die, samen met de patiënt/ouders het ziekteproces bewaakt en daarin professionele knopen kan doorhakken. ● Het aspect 'multimorbiditeit' vraagt om afstemming tussen professionals en mogelijk ook nadenken welke combinaties van aandoeningen zich lenen voor concentratie.

De Nederlandse ziekenhuiszorg presteert goed in internationaal perspectief. Toch kan de kwaliteit en de betaalbaarheid van de ziekenhuiszorg worden verhoogd door de juiste balans te vinden tussen concentratie en spreiding. Dit geldt ook voor de academische zorg. Voor de academische zorg is het van belang om een onderscheid te maken tussen drie typen zorg die Universitair Medische Centra (UMC's) aanbieden: de zeer specialistische *topreferente zorg*, die eigenlijk alleen in UMC's plaatsvindt, de *topklinische zorg*, die in een beperkt aantal ziekenhuizen wordt aangeboden op basis van een vergunning van VWS en de *basiszorg*, die ook door alle 85 algemene ziekenhuizen wordt geleverd. Terwijl de discussie over de academische zorg zich vaak toespit op de topreferente en topklinische zorg, bestaat meer dan de helft van de geleverde zorg in UMC's uit basiszorg. Daarom spelen UMC's een rol in het vinden van de juiste balans tussen concentratie en spreiding voor alle drie de zorgtypen. Hierbij moet allereerst worden gekeken naar de 'wat' (wat is de juiste mate van concentratie per type zorg) en vervolgens naar de 'hoe' (hoe kunnen we deze juiste balans in praktijk brengen).

'Wat' - Balans tussen concentratie en spreiding: hogere kwaliteit en lagere kosten vs. langere reistijd

Zorgconcentratie biedt belangrijke voordelen. Er bestaat duidelijk bewijs voor het feit dat hogere volumes per aandoening kunnen leiden tot betere kwaliteit van zorg en lagere kosten. Zo toonde een recent onderzoek over 163 wetenschappelijke artikelen aan dat in 93% van die artikelen bewijs werd geleverd voor de positieve relatie tussen volume en kwaliteit (Chowdhury et al. Br J Surg, 2007). Ook is in verschillende onderzoeken aangetoond dat een hoger volume per type behandeling kan leiden tot lagere kosten (vanwege minder complicaties en her-operaties enerzijds en meer efficiënte processen anderzijds). Echter, concentratie beperkt wel de bereikbaarheid van zorg door langere reistijden voor patiënten. Per type zorg moeten deze voor- en nadelen tegen elkaar worden afgewogen om tot de juiste balans te komen.

Voor een groot deel van de basiszorg in Nederland is verdergaande concentratie zeer gewenst. Op dit moment bieden alle 93 ziekenhuizen in Nederland (incl. de 8 UMC's) vrijwel elk type basiszorg aan. Dit betekent dat de gemiddelde volumes per aandoening relatief laag zijn, wat de kwaliteit en de betaalbaarheid voor verbetering vatbaar maakt. Omdat Nederland een hoge bevolkingsdichtheid heeft, is regionale concentratie voor veel typen basiszorg mogelijk zonder de bereikbaarheid in gevaar te brengen. Tussen de regio's blijft op die manier ook voldoende concurrentie bestaan op basis van de geleverde kwaliteit en kosten.

Voor topklinische en topreferente zorg is het startpunt anders. Topreferente zorg is al geconcentreerd in 1 tot 8 UMC's, topklinische zorg in maximaal 25 ziekenhuizen. Toch is het aannemelijk dat met name voor topreferente zorg, vaak dure zorg voor zeer kleine aantallen patiënten, verdere concentratie wenselijk is. Voor bepaalde topreferente functies kunnen hogere volumes de kwaliteit en de betaalbaarheid van de zorg (nog verder) verhogen. Daarnaast kunnen hogere volumes ook van belang zijn voor UMC's om de internationale concurrentie op het gebied van wetenschappelijk onderzoek aan te blijven gaan. Per aandoening moet ook worden vastgesteld wat de nadelen zijn van concentratie met betrekking tot de bereikbaarheid van de zorg en de keuzemogelijkheden voor patiënten tussen verschillende aanbieders.

'Hoe' - UMC's moeten op 2 niveaus in discussie over concentratie: binnen de regio en tussen UMC's

Concentratie van zorg kan het beste plaatsvinden via de uitruil van zorg tussen ziekenhuizen. Op deze manier wordt een volledig aanbod van de zorg blijvend gegarandeerd. Voor de basiszorg kan dit via regionaal overleg, waarbij afspraken worden gemaakt over de herverdeling van zorg binnen de regio. In gebieden waar UMC's actief zijn, spelen zij hierin logischerwijs een belangrijke rol. Voor de topreferente zorg kan dit via landelijk overleg tussen de UMC's onderling.

Voor UMC's is het dus van belang om tegelijkertijd op twee niveaus discussie te voeren over zorgconcentratie. Hoewel deze discussies inhoudelijk sterk verschillen, zijn de succesfactoren voor de processen die doorlopen moeten worden op een drietal punten vergelijkbaar.

1. Het is niet verstandig om de concentratiediscussies (allereerst) over slechts één type zorg te voeren. Dit leidt namelijk onherroepelijk tot een situatie met winnaars (die extra volumes krijgen) en verliezers (die functies moeten afstoten) en deze laatste groep zal dat niet (eenvoudig) accepteren. Een integrale discussie, over een breed palet basiszorg in de regio of topreferente zorg landelijk, is daarom de betere manier. Hierbij stoot elk ziekenhuis bepaalde typen zorg af, maar weet het ook zeker dat het hier extra volumes voor andere typen zorg voor terugkrijgt. Een integrale discussie is ook vereist om tot een consistent eindplaatje te komen dat zorginhoudelijk, financieel en op het gebied van opleidings- en onderzoeksfuncties 'in balans' is.
2. Het is cruciaal dat, naast de bestuursleden, ook de specialisten een centrale rol hebben in de discussies over zorgconcentratie: zij hebben immers de inhoudelijke expertise die nodig is en zij zijn ook voorwaardelijk in het laten werken van een eventueel nieuw model.
3. Het is van belang om te zorgen voor een zo zuiver mogelijke discussie over medisch-inhoudelijke voor- en nadelen van concentratie. Voorkomen moet worden dat oneigenlijke argumenten worden ingezet; bijvoorbeeld omdat iedereen dezelfde (op dit moment) financieel onaantrekkelijke zorg wil afstoten of dat specialisten zich zorgen maken over het behoud van hun eigen positie bij concentratie.

De discussies rondom zorgconcentratie zijn niet eenvoudig en vereisen flinke inspanningen. De kansen die ze bieden zijn echter aanzienlijk voor alle betrokkenen: een hogere medische kwaliteit tegen lagere kosten.

Memo

Aan Leden van de vaste Kamercommissie VWS

Kopie aan -

Datum 27 mei 2011

Van

Kenmerk Herberekening GVSg

Onderwerp RTG TK Academische Zorg in Nederland

Op 8 juni organiseert de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport een openbaar ronde tafel gesprek over de Academische zorg in Nederland.

Menzis constateert dat de academische zorg in Nederland op dit moment circa 3,13 miljard (omzetcijfer 2009 A- en B-segment) kost. Deze kosten zijn de afgelopen jaren flink gestegen. De reserve positie van de UMC's is fors, het gemiddeld vermogensniveau is 16,8%. Dat is flink hoger dan die van de overige ziekenhuizen. De algemene en topklinische ziekenhuizen blijven achter met respectievelijk 13,3% en 13,9% vermogensniveau.

De academische zorg vindt in Nederland eigenlijk alleen plaats in de Universitaire Medische Centra op 8 locaties in Nederland. Daarmee heeft de academische zorg in Nederland ook een sterke oriëntatie op derdelijns (toppreferente en topklinische) geneeskunde, en veel minder op de ouderenzorg en eerstelijnszorg. Onderzoek in de academische ziekenhuizen zou meer gericht moeten zijn op de daadwerkelijke toepassing van best practices en het implementeren daarvan in het eigen ziekenhuis en bij zorgaanbieders in de regio.

Veel bijzondere behandelingen zijn gelukkig al redelijk gecentreerd, maar veel ook niet. De UMC's zijn het aan hun voorkeurspositie verplicht om op dit terrein tot snellere en diepgaandere keuzes te komen. Menzis is benieuwd naar een nadere precisering van centrering binnen de 8 academische ziekenhuizen. De huidige acht locaties zijn geen optimale keuze in termen van spreiding en concentratie van deze behandelingen. Ook hierin zouden de UMC's geholpen door overheid en zorgverzekeraars stappen moeten zetten.

Ook vragen wij in dit verband aandacht voor Europese, althans grensoverschrijdende samenwerking. Het komt voor dat academische centra willen investeren in dure apparatuur die vlak over de grens al aanwezig is.

Heel veel toppreferente en topklinische zorg vind plaats buiten de UMC's en in de UMC's vindt heel veel basiszorg plaats. Het level playing field ten opzichte van de gewone ziekenhuizen is een continue punt van aandacht, zeker bij de geplande invoering van prestatiebekostiging en DOT in 2012. Heel veel topklinische zorg (aan vergunning onderhevige zorg) is overigens ook gewoon geschikt voor selectieve zorginkoop en concurrentie op prijs en kwaliteit (zoals bijvoorbeeld OHO, Dotteren)

Menzis mist tot nu toe de aanhaking bij het innovatiebeleid van het ministerie van EL&I (de Topgebieden, food/health) en wat dat voor de academische samenwerking kan en moet betekenen.

Menzis is van mening dat de vertraging in de afrekening tussen ziekenhuizen, GGZ instellingen en zorgverzekeraars een punt van aandacht moet zijn. Dit geldt ook voor academische ziekenhuizen. Deze vertraging heeft vele oorzaken (lange doorlooptijd DBC's, beperkt zicht op het onderhanden werk, fouten en correcties in declaraties, ongelijkheid boekjaar ziekenhuis versus schadejaar zorgverzekeraar, werkelijke kosten laat bekend, etc.). De consequenties zijn o.a. dat overschrijdingen laat worden geconstateerd, niet goed inzichtelijk zijn en daardoor moeilijk beheersbaar zijn. Een volledig, juist en vooral tijdig inzicht in de realisatie van kosten is daarom een belangrijke voorwaarde

Datum
27 mei 2011

Kenmerk
Herberekening GVS

Pagina
2/2

opdat tijdig ingrijpen mogelijk is. Een belangrijke stap in de goede richting is wanneer zorgverzekeraars op maand of kwartaalbasis geïnformeerd worden omtrent de onderhanden zijnde DBC's.

Academische zorg in Nederland: visie vanuit een UMC

- Er zijn op dit moment verschillende belangrijke ontwikkelingen in de specialistische geneeskunde, o.a.:
 1. Zeer snelle toename (bio)technologische mogelijkheden, waardoor betere, geavanceerde, soms complexe (en dikwijls kostbare) behandelmethoden beschikbaar komen;
 2. Toename van co-morbiditeit (veel, soms zeer veel, chronische aandoeningen tegelijk) bij met name ouderen, waardoor hoge mate van complexiteit kan ontstaan;
 3. Toenemend besef dat voor complexe interventies volume van zorg direct gerelateerd is aan een hogere kwaliteit van zorg en een betere uitkomst.

- Academische geneeskunde wordt bij uitstek met bovenvermelde ontwikkelingen geconfronteerd waarbij een concentratie van complexe patiënten en complexe (nieuwe) behandelmethoden binnen Universitair Medische Centra (UMC) ontstaat. De gerichtheid van UMC's op deze topreferente en topklinische zorg neemt snel toe en dat is een goede ontwikkeling. De UMC's hebben op deze punten veel expertise in huis en er is een nauwe koppeling met de primaire rol van UMC's om voldoende goed-opgeleide zorgprofessionals in Nederland te houden. Wel moet aan de volgende voorwaarden worden voldaan:
 1. Er moeten goede werkafspraken met andere instellingen zijn die garanderen dat opvang van minder complexe tweedelijnszorg in niet-academische ziekenhuizen soepel verloopt als binnen de UMC's door de toename van complexe zorg capaciteitsproblemen ontstaan. Dit betekent regionale netwerkvorming waarbij de juiste zorg op de juiste plaats kan worden gerealiseerd (b.v. hoog-complexe topreferente en topklinische zorg in UMC's terwijl electieve basiszorg juist in kleinere algemene ziekenhuizen). De UMC's dienen een coördinerende rol te nemen om binnen een regio deze afstemming te doen plaatsvinden en een goed palet van zorg voor alle patiënten binnen de regio te garanderen. Dit sluit goed aan bij de regisseursrol die de UMC's nu al toebedeeld hebben gekregen op het gebied van de spoedeisende acute zorg in de ROAZ regio's.
 2. Net als bij de opleiding van artsen en specialisten kunnen de UMC's binnen de regio's en ook landelijk een leidende rol spelen bij het bevorderen van de kwaliteit van zorg, o.a. door gezamenlijke protocollering, ontwikkeling van innovaties die de zorg verbeteren en van systemen die de kwaliteit van zorg (op uitkomst !) monitoren.
 3. Voor kleine categorieën zeer zeldzame aandoeningen met een hoge complexiteit kan het nodig zijn ook tussen UMC's tot een taakverdeling te komen. Hierbij dient gegarandeerd te worden dat voor alle patiënten met een dergelijke aandoening een goed passend en dekkend zorgaanbod aanwezig blijft, terwijl de concentratie van zorg tegelijkertijd zal leiden tot een verdere kwaliteitsverbetering. De snel vorm krijsende intensieve samenwerking tussen AMC en VUmc binnen de regio Amsterdam, Noordwest Nederland en Flevopolder is onder andere gebaseerd op dit doel. Ook zal het op onderdelen nodig zijn de afstemming tussen de 8 UMC's binnen de NFU te intensiveren.

- Belemmeringen bij bovengenoemde ontwikkelingen zijn:
 - Optimaliseren van samenwerking en intensieve afstemming tussen instellingen, zelfs met primaire insteek kwaliteitsverbetering, wordt (zeer) kritisch bekeken door o.m. de NMA en NZA. Dit kan soms remmend werken op de noodzakelijke regionale netwerkvorming. De overheid en met name VWS moet deze herinrichting van het zorglandschap mogelijk maken en faciliteren dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen samenwerken.
 - Bij het vervolgens maken van afspraken tussen ziekenhuizen over samenwerking is een obstakel dat in de meeste niet-academische instellingen de specialisten geen onlosmakelijk onderdeel zijn van het geïntegreerde medisch specialistische bedrijf: Een dienstverband bij het ziekenhuis voor alle medisch specialisten (zoals in de UMC's) vergemakkelijkt het maken van afspraken.
 - De toename van hoog complexe topklinische en topreferente zorg is, ondanks de academische component, onvoldoende gefinancierd in het huidige systeem. Recente onderzoeken tonen nu al de verschuiving van (ondergefinancierde) complexe zorg van algemene naar academische ziekenhuizen sinds de invoering van het DBC systeem. De aanstaande invoering van de prestatiebekostiging in de huidige vorm zal deze kloof waarschijnlijk zeer sterk verder doen toenemen. De afwezigheid van een goede garantie voor de financiering van hoog complexe topreferente zorg in de UMC's, tenminste in de overgangsfase, is een groot punt van zorg en wordt op dit moment door de minister bediscussieerd met de diverse stakeholders, waaronder de NFU. Het financiële probleem wordt versterkt doordat andere geldstromen van het UMC (o.a. rijksbijdrage werkplaatsfunctie via ministerie van OCW, financiering van onderwijs/onderzoek via de universiteit, en academische component door aanslag van ELI) allemaal tegelijkertijd dreigen te worden teruggeschroefd.

Position paper NFU bestemd voor de Vaste Commissie VWS en participanten aan de hoorzitting van de commissie op 8 juni 2011



Dames en heren,

Vooruitlopend op de hoorzitting van de Vaste Commissie voor VWS op 8 juni over de academische zorg in ons land gaan wij hieronder kort in op de rol en inzet van de Universitair Medische Centra in de gezondheidszorg.

De UMC's en de NFU

De acht Universitair Medische Centra, samenwerkend in de NFU, staan, naast gebruikelijke ziekenhuisfuncties, op landelijke schaal borg voor zorg aan patiënten met zeldzame, ernstige en vaak moeilijk behandelbare ziekten, de zogenaamde topreferente zorg. Dit is een wettelijke taak en om die optimaal en naar de meest actuele inzichten te kunnen blijven vervullen, verrichten de umc's grensverleggend medisch wetenschappelijk onderzoek en verzorgen zij de artsopleiding in ons land. Het gaat daarbij om 16.000 medische studenten, 3200 medische specialisten en vele paramedici. Het wetenschappelijk onderzoek dat wordt verricht bij de universitair medische centra omvat ruim 30% van al het wetenschappelijk onderzoek in ons land en behoort tot de wereldtop. Het vormt de basis voor therapeutische innovatie en medisch entrepreneurschap, zoals bijvoorbeeld het biotechnologiebedrijf Crucell. Die innovatie is duidelijk groeiend. Alle 65.000 medewerkers van de umc's, inclusief de medisch specialisten, zijn in loondienst.

Maatschappelijke uitdagingen

De gezondheidszorg is sterk in ontwikkeling: ons land vergrijsst, het aantal chronisch zieken neemt toe en meer patiënten dan ooit behoeven zorg. De gezondheidszorg heeft zich tot nu toe vooral gericht op het verminderen van de sterfte. Een omslag is nodig naar het ook verminderen van de ziektelast. Hierdoor zal de arbeidsparticipatie van chronisch zieken een positieve stimulans krijgen en bovendien geeft dit een mogelijkheid om de kosten van de gezondheidszorg minder snel te doen stijgen. Ook zal gezocht moeten worden naar minder kostenintensieve behandelingen ter vervanging van bestaande (dure) behandelingen en moet de zorg, die vaak door meer aanbieders geboden wordt, beter worden gestroomlijnd. Bij deze ontwikkelingen hebben de patiënten een belangrijke rol. In overleg met hen wordt steeds gezocht naar de meest optimale zorg. Een ander aspect van de vergrijzing is dat de beroepsbevolking zal afnemen. Daarom moet ingezet worden op voldoende zorgpersoneel. De NFU is ervan overtuigd dat het verhogen van de instroom in de basisopleiding geneeskunde niet het gewenste resultaat zal hebben. Er is wel vernieuwing nodig. Hierop heeft de NFU vorig jaar haar visie gegeven in de discussienota *'De geneeskundig specialist van straks'*. Momenteel wordt deze visie samen met andere partijen verder uitgewerkt. Ook op andere terreinen is modernisering mogelijk.

Kwaliteit van zorg

In het streven naar optimale zorg zal steeds gekeken worden op welke wijze de kwaliteit van zorg kan worden gewaarborgd. Continuïteit en patiëntenperspectief staan hierbij centraal. Uitgangspunt is dat wat dichtbij (de patiënt) kan, ook dichtbij voorhanden moet zijn. In geval van beperkte patiëntengroepen en zeldzame aandoeningen kan dit betekenen dat specifieke zorg geconcentreerd wordt in één of enkele umc's. Dat betekent dat patiënten soms langer zullen moeten reizen om optimale zorg te krijgen. De umc's staan gezamenlijk garant voor een landelijke dekking en continuïteit van de topreferente zorg. Voor weesziekten zal dit soms ook betekenen dat samenwerking over de landsgrenzen nodig is.

Deze veranderende oriëntatie maakt dat afstemming in de zorgketen steeds belangrijker wordt. In de toekomst zal de zorg vooral georganiseerd zijn in regionale en landelijke netwerken. De umc's hebben al ervaring met het in de regio organiseren van netwerken, bijvoorbeeld in de Netwerken Ouderenzorg en in de Onderwijs- en Opleidingregio's (de OOR). Ook in het ontwikkelen van zorgregio's willen de umc's een regisseursrol op zich nemen. De umc's, en daarmee de NFU, willen daarmee aan de slag. Belangrijke belemmeringen hierbij zijn op dit moment de zeer kritische houding van de NMa ten aanzien van samenwerking en daarnaast de financiering van de zorg en het onderzoek.

Tot slot

De umc's zijn individueel in hun regio en landelijk in NFU-verband bereid een coördinerende en initiërende rol te vervullen bij de ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Niet alleen in overleg met patiënten en binnen de sector, maar ook met overheid en politiek. Mede daarom stellen wij de uitnodiging voor de hoorzitting op prijs.

Ronde tafelgesprek Academische zorg

Rol van de academische zorg

Topzorg en toponderzoek

- Academische zorg is verantwoordelijk voor topzorg en toponderzoek en daarmee voor de ontwikkeling van zorg en behandelmogelijkheden. Die rol staat niet ter discussie.

Academische zorg en de praktijk

- Maar de academie moet in het onderzoek ook meer aandacht hebben voor de noden in de praktijk: het onderzoek zou meer moeten aansluiten bij de zorg en de zorgbehoeften zoals die in de praktijk bestaan.
- Daarbij moet het vaker gaan om 'gewonere', veelvoorkomende aandoeningen bij 'gewonere' patiënten.
- Het onderzoek moet zich meer richten op het behalen van gezondheidswinst voor de Nederlandse bevolking.
- Het onderzoek zou zich tevens meer moeten richten op onderzoekslacunes, die bijvoorbeeld bij richtlijnontwikkeling aan het licht komen.

Translationeel onderzoek

- De academie moet meer onderzoek doen naar het toepasbaar maken van onderzoeksbevindingen in de praktijk (translationeel onderzoek).
- Daartoe dient men gebruik te maken van de extramurale netwerken academische huisartsgeneeskunde. Daarin komen onderzoek en praktijk werkelijk samen.
- Men dient het onderzoek naar het gebruik van richtlijnen, samenwerkingsafspraken e.d. te bevorderen.

Position paper van de Cliëntenraad Academische Ziekenhuizen (CRAZ) ten behoeve van het ronde tafel gesprek over 'de Academische zorg in Nederland', op 8 juni 2011.

23 mei 2011

De CRAZ is het patiëntenmedezeggenschapsorgaan van de acht academische ziekenhuizen. De CRAZ zorgt ervoor dat de raden van Bestuur van de acht UMC's de belangen van patiënten goed in het oog te houden en meewegen in beleid en uitvoer. De UMC's zijn de grootste zorgverleners en vaak ook de grootste werkgever in hun regio. Voor patiënten zijn de UMC's een last resort voor medische zorgvragen. Regionale ziekenhuizen moeten het om die reden als volstrekt logisch beschouwen dat 'hun' patiënten bij de UMC's terecht kunnen voor de beste state of the art zorg. Taakverdeling en concentratie van zorg zijn bruikbare concepten voor vernieuwing van de zorg. De CRAZ adviseert daarover:

1. 'Centraal wat centraal moet en nabij wat nabij kan'; een samenhangende en toekomst gerichte visie op duurzame TRF zorg is vanuit patiëntenperspectief gewenst

Motto vanuit patiëntenperspectief is 'centraal wat centraal moet en nabij wat nabij kan'. Herschikking van de TRF zorg moet vanuit een samenhangende visie geschieden. Een visie die continuïteit en duurzaamheid borgt. Omwille van patiënten mogen ziektebeelden niet verwezen.

2. Maak transparant waarom concentratie nodig is, wat geconcentreerd gaat worden en welke meerwaarde het heeft voor patiënten.

Het is belangrijk om helder te communiceren met de patiënt waarom concentratie van (bepaalde onderdelen van) de zorg nodig is en vooral wat dit voor positieve meerwaarde heeft voor patiënten en diens omgeving. Nu leeft nog het beeld dat 'alle zorg overal geleverd kan worden'.

3. Vanuit de patiënt gezien is een belangrijke reden voor concentratie: Het moet bijdragen aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg.

Het gaat er om dat de patiënt de juiste zorg op de juiste plaats en het juiste moment krijgt. Het verbeteren van de kwaliteit van zorg zou de belangrijkste overweging zou moeten zijn om TRF zorg (onderdelen) te concentreren.

4. Integreer 'medische evidence' over concentratie met 'patient reported outcomes' en laat patiëntenorganisaties samen met professionals strategieën over zorgconcentratie ontwikkelen.

Medische evidence en patiëntervaringen zijn complementair aan elkaar.

5. Laat de aard en omvang van het ziektebeeld de concentratievorm bepalen

Per ziektebeeld of 'groep van ziekten' kan voor een bepaalde concentratievorm gekozen worden. Dit is afhankelijk van de aantallen patiënten/ de zeldzaamheid van een aandoening, de complexiteit van de zorg en behandeling gedurende het gehele ziekte traject. De CRAZ wil dat bij de ontwikkeling en de uitvoer van beleid ten aanzien van concentratie en taakverdeling de inhoud vóór de vorm gaat.

De CRAZ merkt op dat, ongeacht de concentratievorm, samenwerken tussen professionals op de inhoud en ten dienste van de patiënt (en diens gezin) cruciaal is. Samenwerkende professionals (in en tussen de UMC's) zijn essentieel om de zorg kwalitatief te verbeteren.

6. Betrek criteria over de concentratie van zorg vanuit het patiëntenperspectief.

Waaronder: ● De toegankelijkheid en geografische spreiding over Nederland van de TRF zorg zowel in de electieve (planbare) als in de acute situaties. ● Zorg en behandeling volgens de laatste stand van wetenschappelijk onderzoek. Met actuele zorgrichtlijnen volgens 1 nationaal programma, waarop professionals ook aanspreekbaar zijn.

Wetenschappelijke competitie en uitwisseling moet gestimuleerd blijven worden. ● Concentratie van onderdelen van TRF zorg moet integraal, in samenhang met andere functies binnen de geneeskundige zorg (maar ook met opleiding en onderzoek) benaderd moet worden. ● 'De patiënt centraal stellen' door een integrale (heel de mens) benadering van patiënt en zijn naasten. Eén door zorgverleners gedeeld dossier (bijv. in de vorm van een al dan niet landelijk EPD) biedt uitkomst. Maar tegelijkertijd ook een goede 'zorgproces regisseur', een 'centrale zorgverlener' die, samen met de patiënt/ouders het ziekteproces bewaakt en daarin professionele knopen kan doorhakken. ● Het aspect 'multimorbiditeit' vraagt om afstemming tussen professionals en mogelijk ook nadenken welke combinaties van aandoeningen zich lenen voor concentratie.

Academische zorg in Nederland

De academische zorg in Nederland (= vooral 'de UMCs') is cruciaal voor de noodzakelijke vernieuwing en verbetering van de zorg. Deze opdracht wordt echter dwarsgezet door de onmogelijke spagaat waarin de UMCs nu moeten opereren. Topzorg en topwetenschap worden gecombineerd met 2^e lijnszorg - mede vanwege de opleidingen- waarvoor weer geconcurrereerd moet worden met niet-academische ziekenhuizen. Terwijl niet academische ziekenhuizen routine productie kunnen draaien voor voldoende inkomsten zijn de UMCs vanwege hun missie daarop niet ingericht. Dit staat nog los van de essentiële voortrektersrol, die de UMCs zouden moeten hebben bij de versterking van de geïntegreerde eerste lijn en transmurale zorg

Kennisontwikkeling en -overdracht, de core business van UMCs, zitten in de knel vanwege - dominantie van de economisering van de zorg en wetenschap ten koste van het belang van de samenleving als geheel bv waar blijft aanpak sociaaleconomische gezondheidsverschillen? - dominantie in de medische wetenschap en topklinische zorg van de techniek, terwijl de uiteindelijke resultaten van de zorg worden bepaald door het verhaal van de patient. De concentratiegedachte stoelt op het technische 'disease management', en heeft te weinig oog voor de sociale situatie inclusief risico's bij de patient. Men kan wel kennis concentreren maar die kennis moet naar de patient toe worden gebracht en niet omgekeerd. Juist bij de vele mensen met chronische aandoeningen is de behandeling niet een one off gelegenheid die je concentreert op een locatie, maar heeft een continue karakter. De meeste van deze mensen zijn thuis, aan het werk of hobby, maatschappelijk actief en hun behandeling moet doorgaan. - de enorme werkdruk in het ziekenhuis zet de vorming van jonge professionals tijdens de opleiding op het spel

Voor hun overleving zijn UMCs sterk naar binnen gericht, terwijl ze voor effectieve zorg juist naar buiten zouden moeten kijken. Het gebrek aan gestructureerde samenwerking van alle zorgaanbieders in alle lijnen heeft geleid tot fragmentatie van en vrijblijvendheid in de zorg, en gecombineerd met een gebrek aan visie op integrale zorg is spreiding van resultaten van de zorg het gevolg en wordt concentratie van vooral high maar ook low tech care als de oplossing gezien. En de patient heeft het nakijken. De nadelen van concentratie zijn verder: preventie krijgt minder aandacht, de link eerste-tweede derde lijn en samenwerking in het algemeen staat onder druk.

Stappen ter verbetering

- Regionalisering van samenhangende zorg op basis van innovaties op de werkvloer (met de patient centraal) en verankering in proeftuinen van wijkgerichte zorg met het UMC in een dienstbare aanjaagrol, bijvoorbeeld via onderzoek en opleidingen (bv 'koplopersprogramma' UMC St Radboud Nijmegen).
- Concentratie van electieve topzorg op basis van evidence uit gerelateerde topwetenschap door UMCs met beleid doen maar zodanig, met inzet van veel e health middelen, dat de patient zoveel mogelijk in eigen omgeving kan blijven; concentratie van acute zorg alleen in grote steden .
- Activering van zorgverzekeraars die moeten werken aan een veel beter integraal financieringssysteem, juist ook voor de UMCs

Mei 2011

Prof.dr. Koos van der Velden UMC St Radboud

Position paper: Kankerzorg in UMC's: Prof Dr EGE (Liesbeth) de Vries, UMCG

Meer mensen genezen van kanker, en meer mensen hebben een betere kwaliteit van leven tijdens en na een behandeling voor kanker. In 2007 kregen 86800 mensen kanker, in 2020 zal er ~50% toename zijn tot 123000. Dit komt nu door de vergrijzing van de bevolking. Dit betekent een enorme belasting voor de zorg.

De therapeutische mogelijkheden breiden sterk uit, in tegenstelling tot amper 10 jaar geleden. Zo is er thans voor vrijwel alle tumoren een rol voor medicamenteuze behandeling. Deze behandelingen verbeteren in snel tempo. Zij bieden sommige patiënten een kans op volledige genezing en in elk geval steeds vaker de mogelijkheid om kanker tot een chronische en niet direct dodelijke ziekte om te vormen. De behandelingen krijgen daardoor een chronisch karakter. Steeds meer mensen leven nog vele jaren na de diagnose kanker.

De rol van UMC's: In de Universitaire Medische Centra (UMC's) en het Nederlands Kanker Instituut (NKI) wordt bijzondere zorg binnen de oncologie gegeven, vaak in nauwe samenwerking met regionale ziekenhuizen. De UMC's spelen een actieve rol in de vernieuwingen in de oncologie door hun betrokkenheid bij het internationale wetenschappelijke onderzoek. Ook hebben de UMC's binnen de regio's van de integrale kankercentra (IKC), een consultatieve dienst die de afzonderlijke ziekenhuizen in Nederland bezoekt. Elk algemeen ziekenhuis heeft met zijn UMC op oncologisch gebied een nauw contact, waarbij wederzijds vrijwel dagelijkse relaties onderhouden worden op het gebied van diagnostiek en behandeling van individuele patiënten. Mede dankzij het landelijke netwerk van integrale kankercentra is de oncologische zorg in Nederland van hoge kwaliteit. In het algemeen geldt dat algemene ziekenhuizen prima in staat zijn om patiënten te behandelen met veel voorkomende vormen van kanker (borstkanker, longkanker, dikke darmkanker, etc.).

Zo'n 20% van kankerpatiënten hebben één van de 194 zeldzame tumoren. Binnen de EU noemt men enkele zeldzame tumoren een tumor met een prevalentie <5 cases in een populatie van 10.000. Zeldzamere vormen van kanker, of patiënten met bijzondere kenmerken horen thuis in een gespecialiseerd centrum. Ook een deel van de geavanceerde diagnostiek is geconcentreerd in UMC's. Voor deze zeldzame ziekten is er deels een verdeling tussen de UMC's.

Opleiding: Naast het opleiden van dokters, wat in de klinische fase ook gebeurt door de algemene ziekenhuizen, spelen juist de UMC's een cruciale rol in het opleiden van medisch specialisten. De opleiding van een medisch specialist tot een specialist met specifieke oncologische kennis zoals het opleiden van een internist tot medisch oncoloog, een chirurg tot chirurgisch oncoloog en het opleiden tot radiotherapeut gebeurt altijd in de UMC's. Dit vereist dat een beperkt deel van de zorg aldaar is ingericht voor behandeling van veel voorkomende vormen van kanker.

Diagnostiek: Binnen de UMC's zijn er allerlei mogelijkheden voor diagnostiek die alleen daar kunnen of daar eerst opgezet worden en van daaruit dan ook onderwezen worden aan algemene ziekenhuizen. De UMC's vervullen een belangrijke rol in het definiëren wanneer elke diagnostiek geïndiceerd is, en in de beheersing van overdiagnostiek.

Bijzondere behandelingen: Verwijzing naar een UMC of het NKI kan nodig zijn in geval van een zeldzaam ziektebeeld, voor bijzondere faciliteiten of om andere redenen. Een bijzondere behandeling bijvoorbeeld is de gelijktijdige toepassing van chemotherapie en bestraling (radiotherapie), de zogenaamde chemoradiatie. Deze zorg is multidisciplinair. De behandeling, die mensen volledig van kanker kan genezen (curatie) leidt tot ernstige maar veelal reversibele bijwerkingen. De opvang van de bijwerkingen is zo complex dat er op grond daarvan al sprake is van topreferente zorg. Indicaties voor de toepassing van chemoradiatie vindt men bij hoofd/halstumoren, slokdarmkanker, baarmoederhalskanker, endeldarmkanker en sommige hersentumoren. In UMC's worden ook nieuwe bestralingstechnieken toegepast en nieuwe technieken voor chirurgie ontwikkeld zoals optical imaging guided operaties.

Nieuwe medicijnen: risico's: Door het steeds maar uitbreiden van het geneesmiddelenarsenaal en het toenemen van de behandelduur worden steeds vaker meerdere geneesmiddelen tegelijk (polyfarmacie) ingezet. Daardoor groeit het risico op geneesmiddeleninteracties. Deze interacties zijn een bekende oorzaak van ziekenhuisopnames en kunnen in geval van oncologische behandelingen potentieel dodelijk zijn. Sommige geneesmiddelen kunnen eigenlijk alleen in gespecialiseerde centra (UMC's,

NKI) toegepast worden. Daar is de specifieke farmacologische kennis aanwezig die de patiënt kan behoeden voor onacceptabele risico's. Dit geldt zelfs voor sommige ogenschijnlijk "simpele" nieuwe oraal toe te dienen geneesmiddelen zoals de zogeheten multi-tyrosine-kinase remmers.

Andere aandoeningen en complexe ziektebeelden: Wanneer de patiënt naast kanker aan een andere ziekte lijdt, is ook vaak sprake van behandeling met meerdere geneesmiddelen tegelijk (polyfarmacie, zie hierboven). Naast de reeds genoemde risico's van geneesmiddelen interacties kunnen deze niet kwaadaardige ziektes andere problemen veroorzaken bij de behandeling van de kanker (bv orgaanfunctie uitval). Speciale expertise, vooral op gebied van geneesmiddelen, is dan ook noodzakelijk om deze patiënten optimaal te behandelen.

In de UMC's komen steeds vaker patiënten met complexe ziektebeelden, die elders niet adequaat behandeld kunnen worden. Het betreft patiënten met ernstige of zeldzame ziektebeelden naast de kanker (comorbiditeit) of een zeldzame vorm van een veel voorkomende kanker. Zo komt kanker steeds vaker voor bij transplantatiepatiënten, vaak vele jaren na hun transplantatie. Met de betere overleving van kanker krijgen ook steeds meer mensen een tweede of zelfs derde tumor. Dit bemoeilijkt optimale behandeling keuzes en uitvoering van de behandeling voor de volgende tumor.

Zorgvernieuwing: In de UMC's vindt vernieuwend onderzoek plaats, waardoor de zorg voor oncologische patiënten verder kan verbeteren. Dat is door de steeds striktere regelgeving in de UMC's al moeizaam en elders niet mogelijk. Alle UMC's verrichten toegepast en fundamenteel onderzoek, waarmee een grote en onafhankelijke expertise gewaarborgd is en de mogelijkheid tot het onafhankelijk toetsen van resultaten aangeleverd door commerciële partners zoals de farmaceutische industrie, welke tevens wordt ingezet in diagnostiek en ontwikkeling van zorg (translationeel onderzoek).

Oncologische Richtlijnen: Het zijn de artsen uit de UMC's die het merendeel van de werkzaamheden voor het opstellen van richtlijnen en de oncologie verzorgen. Deze richtlijnen zijn toegankelijk voor alle werkers in de zorg via het www. Het zijn ook deze dokters die een belangrijke rol vervullen in het zorgvuldig definiëren van de grenzen van zinvolle kankerbehandelingen, en deze ook in een sociaal-economisch perspectief plaatsen.

Conclusie: Er is een plan nodig om te zorgen dat ondanks de enorme groei van het aantal kankerpatiënten, deze patiënten toch een goede zorg krijgen. De beroepsgroep is actief bezig om de zorg rationeel in Nederland te verdelen. UMC's zullen adequaat geëquipeerd moeten worden om dit proces te kunnen blijven ondersteunen.

Hopelijk wordt daarnaast in Nederland de komende jaren ook beter de roep uit de UMC's en andere geledingen om meer aan preventie te doen gehoord. Roken veroorzaakt 30% van de tumoren en ook colonkankerscreening reduceert het aantal kankerpatiënten.