

Postprint Version	1.0
Journal website	<a href="http://medischcontact.artsennet.nl/nieuws-26/archief-6/tijdschriftartikel/125224/de-concentratiehype-voorbij.htm">http://medischcontact.artsennet.nl/nieuws-26/archief-6/tijdschriftartikel/125224/de-concentratiehype-voorbij.htm</a>
Pubmed link	
DOI	

This is a NIVEL certified Post Print, more info at <http://www.nivel.eu>

## De concentratiehype voorbij: De relatie tussen volume en kwaliteit van zorg wordt overschat.

TEUN ZUIDERENT-JERAK, TIJN KOOL, JANY RADEMAKERS

Politici en zorgverzekeraars staan te popelen om het zorgaanbod te concentreren want dat zou de kwaliteit van behandelingen ten goede komen. Maar klopt die veronderstelling wel? Hoog tijd om de voor- en nadelen voor alle belanghebbenden tegen het licht te houden.

‘Concentratie van voorzieningen zorgt vaak voor een hogere kwaliteit tegen lagere kosten’, aldus het recente regeerakkoord van VVD en PvdA<sup>1</sup>. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) laat geen kans onbenut om te benadrukken dat het sluiten van spoedeisende hulpposten tot betere zorg leidt en kondigt al enige tijd aan nog dit jaar met een lijst te komen van SEH’s die dicht kunnen. Een belangrijke reden voor de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) om drie recente (mega)fusies van ziekenhuizen goed te keuren, was de daardoor te behalen kwaliteitsverbetering door concentratie van zorg.

Toch is er ook kritiek op het optimisme over concentratie van zorg. De relatie tussen volume en kwaliteit van zorg is daarbij een heet hangijzer. Voorstanders claimen dat meer volume levens en kosten spaart<sup>2-4</sup>; tegenstanders wijzen op het belang van ‘zorg dichtbij’, het risico op stijgende kosten, problemen bij samenhangende behandeling van multimorbiditeit en zelfs de kans dat de vermijdbare sterfte toeneemt.<sup>5-7</sup>

Vanwege de belofte van kwaliteitswinst door concentratie en de voortdurende discussie hierover, heeft ZonMw de relatie tussen volume en kwaliteit empirisch laten onderzoeken door het iBMG (Erasmus Universiteit), IQ healthcare (UMC St Radboud) en het Nivel. Deze instituten, verenigd in het Consortium Onderzoek Kwaliteit van Zorg, hebben dit onderzoek het afgelopen jaar uitgevoerd en hopen met hun bevindingen enige richting aan de discussie te geven.<sup>8</sup>

### VOLUME EN KWALITEIT

Wat met name blijkt uit de uitgevoerde literatuurstudie, is dat er geen uitspraken zijn te doen over de relatie tussen volume en kwaliteit.<sup>9</sup> De opvatting dat er een positieve relatie bestaat tussen volume en kwaliteit van zorg, wordt gevoed door Amerikaanse studies die laten zien dat bij risicovolle en complexe ingrepen de mortaliteit afneemt als de zorg wordt geconcentreerd. Er is echter over slechts vijf aandoeningen

eenduidig bewijs voor een positieve relatie tussen volume en kwaliteit. Dit zijn de chirurgie van een abdominaal aorta-aneurysma, pancreascarcinoomresectie, oesofaguscarcinoomresectie, hartchirurgie bij kinderen en de behandeling van hiv en aids. Hoewel de concentratie van deze behandelingen indrukwekkende winst oplevert, die het belang van concentratie van deze aandoeningen onderschrijft, ligt de relatie tussen volume en kwaliteit voor andere aandoeningen genuanceerder.

Voor de meeste oncologische ingrepen is er sprake van een kleine (maag, colon, blaas, long en mamma) of niet-significante (rectum, prostaat en nier) relatie. Voor enkele veel voorkomende laagcomplexere chirurgische ingrepen zoals heupvervanging, knie vervanging en cataract, zijn nauwelijks gegevens beschikbaar. Dit komt doordat mortaliteit vaak als uitkomstmaat wordt gebruikt terwijl dit geen relevante maat is voor deze ingrepen.

Waar wél een duidelijke relatie is aangetoond tussen volume en kwaliteit, is nog veel onbekend over de achtergrond ervan. Het verband tussen volume en kwaliteit kan komen doordat een hoger volume leidt tot professionals met meer vaardigheden en kennis en tot een beter gestroomlijnd en gecoördineerd zorgproces (oefening baart kunst). Het kan echter ook komen doordat patiënten naar beter presterende ziekenhuizen worden verwezen (selectief verwijzen).<sup>10</sup> Vanwege deze beperkingen van het onderzoek, is er onvoldoende inzicht in de relatie tussen kwaliteit en volume om onderbouwde beleidskeuzes te maken. Omdat beleidsmakers niet kunnen wachten tot dit inzicht er wel is, heeft het Consortium Onderzoek Kwaliteit van Zorg het empirische casuonderzoek uitgevoerd.

#### CONCENTRATIE EN SPREIDING

We hebben gekozen voor een empirische insteek. Er is niet gekeken naar initiatieven die vanuit het oogpunt van de kwaliteit van zorg het meest beloftevol zijn maar juist naar de diversiteit aan volume-initiatieven in de praktijk.<sup>11</sup> Om inzicht te krijgen in lopende initiatieven zijn uit een brede database vijf casussen geselecteerd: bariatrische chirurgie, borstkanker, liesbreuken, hemofilie en verloskunde. Deze casussen zijn geselecteerd omdat het type zorg verschilde (technisch complex, laagcomplex, chronisch, spoed, et cetera), er verschillende initiatiefnemers waren (beroepsgroep, inspectie, verzekeraar, et cetera), de vormen van concentratie verschilden (ziekenhuisoverstijgende maatschappen, concentratie in een ziekenhuis(locatie), zorgketens met taakverdelingen, et cetera), en de beoogde kwaliteitswinst varieerde. Bij elke casus is onderzocht hoe kwaliteitswinst wordt gedefinieerd en inzichtelijk wordt gemaakt, waarbij steeds is gekeken vanuit vier perspectieven: de patiënt, de professional, de organisatie en de maatschappij.<sup>12</sup>

In de onderzochte casussen overheerste het organisatorische en het professionele perspectief. Het maatschappelijk belang en de voordelen voor patiënten worden weliswaar gebruikt als legitimering van concentratie-initiatieven, maar in vrijwel geen enkele casus waren deze voordelen gerealiseerd. Waar dat wel zo was, was niet vast te stellen dat de behaalde winst het gevolg was van concentratie van zorg of van bijvoorbeeld een nieuwe operatietechniek. Zo werd in het liesbreukencentrum ervaring opgedaan met een technische innovatie in de behandelprocedure. Hierdoor is het aantal patiënten met chronische pijn na behandeling bijna gehalveerd. Het is

echter niet duidelijk in hoeverre concentratie nodig was om deze verbeteringen te realiseren.

Belangrijke redenen om te concentreren vanuit het organisatieperspectief waren de strategische positionering ten opzichte van andere ziekenhuizen en beoogde efficiëntere bedrijfsvoering. Er treden echter vaak ongewenste neveneffecten op, zoals productieverlies door concentratie of kosten van verbouwing. In de verloskundecasus was er een licht productieverlies in het ziekenhuis van waaruit de zorg werd geconcentreerd naar andere ziekenhuizen in de regio. Het is niet altijd duidelijk of deze nadelen opwegen tegen de winst.

Op professioneel niveau ligt de nadruk op het oplossen van praktische problemen. Zo blijkt het vaak lastig om voldoende gekwalificeerd personeel aan te trekken om aan alle eisen te voldoen, of toegewezen OK-tijd efficiënt te benutten. Dit wordt makkelijker bij meer volume. Ook het belang van kwaliteitsverbetering door concentratie wordt genoemd vanuit de overtuiging dat oefening kunst baart. De keerzijde is, volgens zorgverleners, dat het werk eentoniger wordt. Bij het onderzochte liesbreukencentrum waren er bijvoorbeeld zes chirurgen die op bepaalde dagen alleen nog liesbreuken opereerden.

Het patiëntenperspectief komt in de meeste casussen slechts indirect naar voren. Zorgverleners gebruiken het als strategisch argument bij het starten van initiatieven. Omdat er geen eenduidigheid is over kwaliteitswinst voor patiënten door volume-initiatieven, valt moeilijker vast te stellen wat het precieze doel van concentratie vanuit het patiëntenperspectief zou moeten zijn. Nadelen voor patiënten zijn de grotere afstand tot het ziekenhuis, zorg moeten ontvangen op twee verschillende locaties, minder keuze of, voor zwangeren in een bepaalde regio, géén keuze meer om thuis te bevallen. Het is lastig te beoordelen hoe deze nadelen zich verhouden tot de voordelen zolang deze laatste niet structureel in kaart zijn gebracht.

In maatschappelijk opzicht moet concentratie bijdragen aan de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Kwaliteit is zoals gezegd echter vaak niet geoperationaliseerd in de onderzochte initiatieven. Toegankelijkheid is met name bij de verloskunde in het geding omdat daar sprake kan zijn van spoed en extra reistijd dan zwaarder weegt. Zwangere vrouwen uit een bepaalde regio die eerst – met een ziekenhuis dichterbij – wél verantwoord konden kiezen voor een thuisbevalling kunnen dat nu niet meer. De concentratie van verloskunde op één locatie die verder weg ligt leidt hier tot een verminderde toegankelijkheid van acute zorg. In andere casussen wordt concentratie vooral gerealiseerd in samenwerkingsverbanden. Soms neemt de toegankelijkheid zelfs toe, doordat er een extra locatie wordt opgericht voor de eenvoudige zorg, terwijl complexe zorg nog steeds op bestaande locaties wordt aangeboden. Maar waar wél voor concentratie op één locatie wordt gekozen, gebeurt dit vooral in een regio waar al de meeste aanbieders zijn, omdat anders een groot verlies aan patiënten wordt gevreesd. Volumevergroting blijkt vaak tot hogere kosten te leiden. De redenen daarvoor variëren van de kosten van verhuizing en/of verbouwing en het oprichten van nieuwe locaties, tot het verlenen van een klinische indicatie voor alle zwangeren die niet meer thuis konden bevallen om te voorkomen dat zij hun eigen risico moeten

aanspreken. Alleen bij het liesbreukencentrum namen de kosten af, onder meer door een andere operatiemethode.

### **KRITISCHE BENADERING**

Waar in de discussie over zorgconcentratie vaak kwaliteitswinst voor patiënten en beheersing van de zorgkosten als argumenten worden aangevoerd, ontbreekt hiervoor in de meeste gevallen overtuigend bewijs. Vooral van patiëntenverenigingen en verzekeraars mag worden verwacht dat zij zich niet te zeer laten verleiden door de belofte van concentratie van zorg. Zij moeten van initiatiefnemers eisen dat zij de winst voor patiënt en maatschappij – zowel voor- als achteraf – aantonen. Om voor- en nadelen van concentratie af te wegen moet de discussie specifiek worden: van concentratiehype naar concrete toetsing van volume-initiatieven vanuit het perspectief van patiënten, professionals, organisatie en maatschappij. Het is tijd voor meer gedegen empirisch onderzoek naar de relatie tussen volume en kwaliteit en de condities waarop die relatie al dan niet tot stand komt. Pas dan kunnen kabinet en verzekeraars met een gerust hart pleiten voor concentratie van zorg.

### **SAMENVATTING**

- Onder beleidsmakers, verzekeraars en patiëntenorganisaties is veel optimisme over de bijdrage die concentratie van zorg levert aan de kwaliteit ervan.
- Voor vijf aandoeningen is er eenduidig wetenschappelijk bewijs voor een positieve relatie tussen volume en kwaliteit.
- In Nederland worden veel initiatieven genomen om zorg te concentreren.
- Deze initiatieven worden gelegitimeerd vanuit het belang voor maatschappij en patiënt maar deze voordelen worden in de praktijk nauwelijks aangetoond.
- Beleidsmakers en de patiëntenvertegenwoordigers moeten de volume-initiatieven kritisch beoordelen; de meerwaarde van deze initiatieven moet door de initiatiefnemers worden aangetoond.

### **VOETNOTEN**

1. VVD - PvdA, Bruggen slaan; Regeerakkoord VVD - PvdA, 2012: Den Haag, pg 20.
2. KPMG Plexus, Kwaliteitskader Spoedeisende Zorg, 2012, Zorgverzekeraars Nederland: Zeist.
3. Maassen, H., '[Volumenorm spaart levens](#)'. Medisch Contact, 2011; 5: 280-3.
4. Heintz P, Vernooij F, Witteveen E, van der Graaf Y, [Concentratie loont](#). Medisch Contact, 2008; 19: 800-4.
5. van Bochove A. Centraliseren van kankerzorg: er zijn betere oplossingen. Ned Tijdschr Geneesk, 2011; 155: A3813.
6. Seegers J, van Engelenburg T, [Spoedchirurgen in spagaat](#). Medisch Contact, 2011; 39: 2377-80.
7. Wiggers C, Wymenga B. [Voordelen van concentratie overschat](#). Medisch Contact, 2011;

41: 2498-2502.

8. Zuiderent-Jerak T, Kool T, Rademakers J. De relatie tussen volume en kwaliteit van zorg; Tijd voor een brede benadering, 2012, Consortium Onderzoek Kwaliteit van Zorg: Utrecht/Rotterdam.

9. de Blok C, Heiligers P, Kool T. Wetenschappelijk onderzoek naar de relatie volume-kwaliteit, in De relatie tussen volume en kwaliteit van zorg; Tijd voor een brede benadering, T. Zuiderent-Jerak, T. Kool, J. Rademakers, Redactie. 2012, Consortium Onderzoek Kwaliteit van Zorg: Utrecht/Rotterdam. p. 15-20.

10. Luft HS, Hunt SS, Maerki SC. The Volume-outcome relationship. Practice makes perfect or selective referral patterns? Health Serv Res, 1987, 22(2): 157-82.

11. Zuiderent-Jerak T, Kool T, Rademakers J. Concentratie en spreiding in de praktijk; je geld of je leven!, in De relatie tussen volume en kwaliteit van zorg; Tijd voor een brede benadering, T. Zuiderent-Jerak, T. Kool, J. Rademakers, Redactie. 2012, Consortium Onderzoek Kwaliteit van Zorg: Utrecht/Rotterdam. p. 45-56.

12. Kwaliteit in de gezondheidszorg; bijdrage aan de beleids- en onderzoeksagenda; IQ healthcare/iBMG/NIVEL; Nijmegen/Rotterdam/Utrecht, 2009.