

GEMEENSCHAPPELIJKE ONCOLOGISCHE ZORG VERHOOGT DE KWALITEIT

Samenwerkende ziekenhuizen botsen met bureaucratie



Het Alrijne Ziekenhuis en het Groene Hart Ziekenhuis werken nauw samen op het gebied van de oncologische zorg. Dat loopt inhoudelijk goed. Maar de (financiële) registratie ten behoeve van ZN en de inspectie is een enorme hobbel, laten betrokken artsen zien.

GETTY IMAGES

Het Alrijne Ziekenhuis en het Groene Hart Ziekenhuis (GHZ) zijn onder de naam Samen+ een verregaande samenwerking aangegaan voor verbetering van de, in eerste instantie oncologische, zorg. Uitgangspunt hierbij is dat zorg die dicht bij huis kan worden geboden daar ook wordt gegeven, en dat daar

waar concentratie betere zorg biedt, dit moet worden georganiseerd. Beide zijn middelgrote ziekenhuizen in de regio Leiden/Gouda, met het LUMC als dichtstbijzijnd tertiair centrum. De ziekenhuizen willen zekerheid creëren voor die medische zorg die prima in een perifeer ziekenhuis kan worden geleverd en kiezen niet voor de hoogcomplex

chirurgie. Die zekerheid hangt onder meer samen met het voldoen aan de Soncos-(volume)normen, die de zorgverzekeraars hanteren als minimumnormen en die een belangrijke rol spelen bij de contractering. Naast het feit dat hogere volumes op zichzelf al leiden tot kwaliteitsverbetering, zorgt de samenwerking ook voor het uitwisselen van kennis en

kunde, het delen van best practices en biedt het meer ruimte voor investeringen en daarmee uiteindelijk voor betere zorg voor de patiënt.

Kwaliteit verhoogd

De ziekenhuizen wilden om te beginnen de zorg op een hoger plan tillen door het chirurgisch deel van de behandeling van rectumcarcinoom te concentreren in Alrijne. Dit zonder alomvattend plan, maar wel op basis van onderling vertrouwen en de overtuiging dat bij verdere samenwerking beide huizen er profijt van zullen hebben. Opvallend waren ieders hang naar kwaliteit en de harmonieuze samenwerking tussen alle zo diverse gremia van de beide instellingen. Aldus worden sinds 1 april 2015 jaarlijks zo'n dertig patiënten met rectumcarcinoom, die zijn gediagnosticeerd en voorbereid in het GHZ, geopereerd in Alrijne Leiderdorp, dit naast de circa zeventig patiënten van Alrijne zelf. De ambitie en de omvang (het op één na grootste centrum van Nederland op het gebied van de chirurgische behandeling van rectumcarcinoom) vereisen meerwaarde: deze patiënten worden ten principale laparoscopisch geopereerd door twee gastro-enterologisch chirurgen (meestal van beide huizen één). Het aantal 'rectumchirurgen' werd beperkt tot vier. Er wordt gewerkt met één gezamenlijk zorgpad, en één beleid op basis van uniforme protocollen, wat samenkomt in een gezamenlijk multidisciplinair overleg (mdo). Tevens krijgt elke patiënt een casemanager, die bereikbaar is voor vragen en de patiënt gedurende het gehele traject begeleidt (chirurgisch, internist-oncologisch, radiotherapeutisch en nazorg). De kwaliteit blijkt inmiddels meetbaar verhoogd. Zo blijkt uit de DSCA-registratie dat onder andere het percentage patiënten met complicaties sterk is gedaald, evenals het percentage patiënten bij wie onvoldoende 'resectiemarge' is aangehouden bij het verwijderen van de tumor. Door de goede resultaten bij het rectumcarcinoom onderzoeken de ziekenhuizen de mogelijkheid om ook de operaties bij coloncarcinoom te concentreren.

Gezamenlijk beleid

Gelijktijdig met de samenwerking bij rectumcarcinoom is ook gestart met samenwerking voor de zorg bij mamma-carcinoom. De gezamenlijke getallen voor borstkanker (zeshonderd patiënten per jaar) laten zien dat Samen+ het grootste borstkankernetwerk van Nederland is. Ook hiervoor is één zorgpad, één beleid en een gezamenlijk mdo. De samenwerking biedt de mogelijkheid voor een dedicated team van radiologen, chirurgen, oncologen en casemanagers, resulterend in een mammapoli met een toegangstijd nooit langer dan twee dagen. Er is gezamenlijk beleid ontwikkeld voor de introductie van het jodiumzaadje, dat tumorlokalisatie mogelijk maakt die patiëntvriendelijker is en de operatietijd verkort. Voor de standaardbehandeling biedt concentratie geen meerwaarde: die zorg blijft dicht bij huis. Concentratie heeft wél meerwaarde voor patiënten met de wens tot directe reconstructie. Deze groep – dertig patiënten per jaar – wordt dan ook geopereerd in Alrijne, waar een parallelle operatiekamer beschikbaar is, zodat de mammachi-

Er wordt uitvoerig gebruikgemaakt van elkaars kennis en kunde

rurg na de amputatie wordt afgelost door de plastisch chirurg en de mammachirurg verdergaat op de parallelle ok. Deze brede organisatie heeft de goedkeuring van de zorgverzekeraar en maakt in de toekomst ook de DIEP-reconstructie (met eigen weefsel) mogelijk: een microchirurgische techniek die alleen in de juiste organisatie door dedicated plastici met

voldoende aantallen operaties uitstekende resultaten biedt.

Sinds 1 maart 2016 worden de patiënten uit Alrijne met mogelijk schildkliercarcinoom geopereerd in het GHZ in Gouda volgens dezelfde formule: diagnostiek in het eigen ziekenhuis, operatie in het GHZ door twee chirurgen, en nazorg weer in Alrijne. Ook hier is de basis één zorgpad, één beleid en een gezamenlijk mdo. Een kwaliteitsslag wordt nog extra behaald door snelle tumordiagnostiek en in geval van maligniteit de vervolgooperatie binnen vijf dagen in plaats van zes weken. Deze verschuiving compenseert bovendien het aantal patiënten uit Gouda dat in Alrijne wordt geopereerd.

Tevens is een uro-oncologisch mdo opgestart, waarin naast Alrijne en GHZ ook het LUMC actief participeert. Ook hier wordt gezamenlijk beleid geformuleerd en wordt uitvoerig gebruikgemaakt van elkaars kennis en kunde, hoewel van concentratie (nog) geen sprake is.

Consequenties backoffice

Om de samenwerking te faciliteren zijn diverse overkomelijke hobbels genomen. Zo is onder andere een zorgverlenersportaal ontwikkeld, waardoor het mogelijk is de patiëntgegevens in de andere huizen actueel online te zien. Voor het mdo zijn videokamers beschikbaar gesteld en is een mdo-module ontwikkeld die op een bespreklijst de gegevens laat zien, de voorzitter van het mdo in staat stelt de bespreking goed te leiden en voor een ieder zichtbaar de conclusies vast te leggen. De logistiek van patiënten, materialen en gegevens is goed en veilig geregeld tussen de ziekenhuizen, en er is uitgebreide, eenduidige patiëntinformatie beschikbaar.

Niet elke hindernis is echter zo eenvoudig te nemen: samenwerking heeft majeure consequenties voor de backoffice.

Immers, de patiënt wordt gezien in het eigen ziekenhuis, maar een deel van de behandeling vindt elders plaats. Laten we als voorbeeld nemen dat de patiënt start in het GHZ. Daar wordt dan de dbc geopend en de diagnostiek gedaan. Als de behandeling vervolgens in het Alrijne

plaatsvindt, moet daar een dummy-dbc worden geopend voor de klinische activiteiten. Het GHZ krijgt de revenuen van die dbc en het medisch-specialistisch bedrijf (msb) krijgt het honorariumdeel voor de chirurg, voor de anesthesioloog en voor de consultverleners. Het GHZ compenseert Alrijne voor de door het ziekenhuis gemaakte kosten. Voor de chirurg van het GHZ verandert er niets: die krijgt zijn deel via het eigen msb, maar de anesthesioloog (in dit geval uit Alrijne) moet zijn honorariumdeel krijgen vanuit het msb van het GHZ. Klinische consultverlening in het Alrijne kan niet worden gekoppeld aan de dbc, want die vigeert in het GHZ, en twee dbc's kan niet. Bij kleine aantallen speelt dit een ondergeschikte rol, maar bij uitbreiding wel. Voor onderlinge registratie en financieel verkeer bestaat geen software. Op dit moment worden onze financials geholpen door het feit dat de chirurgen samen opereren en voor elkaar visite lopen zonder dat dit onderling verrekend wordt. Dit komt voort uit de uitstekende harmonie tussen de beide vakgroepen. De samenwerking vraagt sowieso van de chirurgen een stapje extra. Het is inefficiënter om met twee chirurgen te opereren en de reistijd is langer. Zij vinden compensatoir echter een warm welkom in een bevriende omgeving en genieten van goede resultaten.

Registratiekeurslijf

Ook de zorgregistratie is een belangrijk issue: bij welke organisatie moeten deze patiënten worden geregistreerd? Het liefst zouden wij het totale aantal patiënten opgeven voor de bekende ZN-rijtjes, we werken immers met hetzelfde zorgpad en beleid, en voeren de operaties gezamenlijk uit. Dubbel opgeven is niet mogelijk en de enige optie om een totaalbeeld te tonen is dan registreren waar de operatie plaatsvindt. Maar in de lijstjes van ZN staat dan dat Alrijne veel rectumoperaties uitvoert en zal als grote leverancier daarvoor worden beloond en het GHZ zal worden geclassificeerd als ziekenhuis dat deze ingrepen niet meer doet met mogelijke gevolgen van dien. Voor de DICA-

registratie (kwaliteitsregisters) evenals voor de IKNL-registratie (Integraal Kankercentrum) moet je de patiënten herleiden tot de entree, en het is niet mogelijk om deze registraties te bundelen en zo de concrete meerwaarde te kunnen etaleren. Wij leveren een samenwerking zoals de politiek voorstaat en zoals de zorgverzekeraars het graag zien: verhoging van kwaliteit en verlaging van kosten door concentratie waar nodig, en dat zonder fusie. Maar binnen het keurslijf van de bestaande registraties is het niet mogelijk om deze samenwerking in de getallen tot uiting te laten komen. Sterker nog, de Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft per brief laten weten dat de getallen voor de registratie niet mogen worden opgeteld, om dubbelstellingen wat betreft incidentie te voorkomen.

Zonder uitleg kan dit verkeerde indrukken wekken

Alles blijft nog net overzichtelijk, maar betekent veel werk voor de financiële registratie en er is nog geen oplossing voor de zorgregistratie en daarmee het naar buiten brengen van de getallen. Als we het volgens de regels doen, doet het GHZ voor de lijstjes geen rectumchirurgie meer en Alrijne geen schildklierchirurgie. Zonder kanttekening en uitleg kan dit verkeerde indrukken wekken en leiden tot een ander verwijfspatroon, terwijl we het nou juist zo goed hebben geregeld.

Consequenties

Ondanks de nog te nemen hindernissen smaakt de samenwerking naar meer: er zijn verregaande plannen om een impuls te

geven aan de vaatchirurgie en om de kwaliteit van de beeldvormende techniek tijdens de vaatoperaties toekomstbestendig te maken. Hiervoor is een hybride ok (kosten aanschaf en verbouwing circa 4 miljoen euro) nodig op één locatie. Het plan kent veel instemming, maar heeft de nodige implicaties: de vraag wie eigenaar wordt, verrekening, grote patiëntenstromen en nieuwe onevenwichtigheid in capaciteit en zorgafspraken per ziekenhuis. Als naast de vaatprothesechirurgie ook de colonchirurgie wordt geconcentreerd, ontstaat er focus op GE-oncologie (gastro-enterologie) in het ene en een vaatprofiel in het andere ziekenhuis. Bijkomend voordeel is dat er dan evenwicht in capaciteiten is. Ook deze ontwikkeling wordt zowel door de politiek als door de zorgverzekeraars omarmd.

Maar hoe beheer je dit? Willen we een apart bestuur over die delen die gezamenlijk gedaan worden, een joint venture, een bv? Een fusie tussen beide ziekenhuizen is in ieder geval niet gewenst. Maar wat als de samenwerking uitbreidt tot honderden, wellicht meer dan duizend patiënten? Bij substantiële aantallen is het handmatig niet meer te registreren en worden de onderlinge geldstromen onoverzichtelijk.

Concluderend zijn de zorgaspecten binnen onze samenwerking snel en goed geregeld, maar de consequenties van zorgregistratie, financieel en bestuurlijk beheer zijn groot. Wordt dus vervolgd. ■

contact

dingeman.swank@ghz.nl;
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteurs.

web

Eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl.