



Hou bij de concentratie van zorg rekening met de grote kwaliteitsverschillen tussen ziekenhuizen en medisch specialisten

Posted on 1 mei 2025 by Wim Groot

Kanker- en hartpatiënten zullen in de toekomst vaak niet meer in het ziekenhuis in de buurt geopereerd kunnen worden. Zij zullen hiervoor verder moeten reizen naar een gespecialiseerd ziekenhuis. Patiëntenorganisaties, medisch specialisten, ziekenhuizen, zorgverzekeraars en de overheid hebben voor kankerbehandeling en hart- en vaatziekten minimum volumennormen vastgesteld.

Zo mogen maag- en slokdarmkankeroperaties alleen worden gedaan in ziekenhuizen waar minimaal 75 patiënten per jaar worden geopereerd. Voor operaties bij longkankerpatiënten is dat 60 patiënten, voor pancreaskanker is de minimumvolumenorm voor operaties 50 patiënten en voor prostaatkanker 100 patiënten per jaar. Ziekenhuizen die minder dan deze aantallen doen, moeten samenwerken met andere ziekenhuizen. Hiervoor is Nederland verdeeld in zeven

regio's. In elk van deze regio's komen er een of meerdere expertisecentra voor deze gespecialiseerde operaties.

Voor een operatie naar een ander ziekenhuis

Patiënten zullen hierdoor naar verschillende ziekenhuizen moeten gaan voor behandeling. Een voorbeeld hoe dat in zijn werk gaat. Stel dat je al enige tijd een benauwd gevoel hebt en besluit hiermee naar de huisarts te gaan. De huisarts weet ook niet meteen wat de oorzaak is en besluit je naar het ziekenhuis in de buurt te sturen voor een bloedonderzoek en een röntgenfoto. Het bloedonderzoek levert niets verontrustends op. Volgens de Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving – die deze week een advies publiceert waarin wordt gepleit voor minder diagnostiek en screening – is dat overbodige diagnostiek. Maar diagnostiek is nu eenmaal 'trial and error' en dat betekent dat het soms niets oplevert, maar wel bepaalde aandoeningen uitsluit. Helaas is op de röntgenfoto een verdacht plekje te zien. Een biopsie bevestigt het bange vermoeden: longkanker.

Als de tumor eerst wordt behandeld met chemotherapie kan dat in het ziekenhuis in buurt. Voor een longoperatie om de tumor te verwijderen, zal de patiënt waarschijnlijk naar een ander gespecialiseerd ziekenhuis moeten. De bestraling na de operatie kan dan weer in het ziekenhuis in de buurt plaatsvinden. Het kan ook dat de patiënt direct na de diagnose te horen krijgt dat hij of zij voor verdere behandeling naar een ander gespecialiseerd ziekenhuis moet.

Het doel van deze concentratie op basis van volumennormen is verbetering van de kwaliteit van zorg. De gedachte hierachter is dat als een arts een behandeling vaker uitvoert, de kwaliteit beter wordt. Oefening baart kunst. Als de behandeling vaker wordt uitgevoerd, kunnen de processen rond de behandeling ook beter op elkaar worden afgestemd. Het loont dan meer om te investeren in training van personeel en de aanschaf van dure apparatuur. Dat alles zou moeten leiden tot grotere overlevingskansen en betere kwaliteit van leven. De zorg zou er ook efficiënter en goedkoper door moeten worden. Dit moet bijdragen aan de betaalbaarheid van zorg in de toekomst.

De verwachtingen van concentratie van zorg zijn hooggespannen. Of dat allemaal gerealiseerd wordt, is de vraag. Concentratie kan er ook toe leiden dat gespecialiseerde ziekenhuizen een machtspositie krijgen en die gebruiken om hogere tarieven te bedingen bij de zorgverzekeraars.

Grote kwaliteitsverschillen tussen specialisten

Sommige specialisten waarschuwen ook dat diagnostische testen soms meermaals moeten worden gedaan, omdat uitslagen van testen niet uitgewisseld kunnen worden tussen ziekenhuizen. Als je dan naar een ander ziekenhuis wordt verwezen, moeten alle röntgenfoto's, scans en laboratoriumonderzoeken nog een keer worden gedaan. Dat is niet efficiënt en leidt tot hogere kosten. Veel overbodige diagnostiek komt niet doordat ziekenhuizen er geld aan verdienen, zoals de Raad voor de Volksgezondheid in haar advies suggereert, maar doordat ziekenhuizen verschillende ICT-systemen gebruiken waardoor gegevens niet uitgewisseld kunnen worden.

Een groot risico is verder dat wordt blindgestaard op volumes, in plaats van op kwaliteit. Behandelingen vaker doen kan bijdragen aan betere kwaliteit, maar het hoeft niet. Zeker niet met de grote kwaliteitsverschillen die er nu al zijn tussen medisch specialisten onderling binnen een ziekenhuis en tussen ziekenhuizen.

Grote kwaliteitsverschillen tussen ziekenhuizen

Uit het proefschrift van [Maïke Schepens](#) blijkt dat er grote kwaliteitsverschillen zijn tussen ziekenhuizen in de behandeling van prostaatkanker. In de best presterende ziekenhuizen wordt 20% van de mannen incontinent en impotent na verwijdering van de prostaat, in de slechtst presenteerde ziekenhuizen is dat 84%. Het maakt dus wel wat uit in welk ziekenhuis de behandeling van prostaatkanker wordt geconcentreerd.

Ook bij andere vormen van kanker zijn er grote verschillen in overlevingskansen en behandeluitkomsten tussen ziekenhuizen. Artsen en ziekenhuizen weigeren echter informatie over welke arts en ziekenhuis goed is en welke niet openbaar te maken. Daarom moeten we het doen met de ervaringen die patiënten delen op de review-site Zorgkaart. Ook dat hebben artsen liever niet. Deze week nog openden twee belangenorganisaties van medisch specialisten de aanval op Zorgkaart, omdat ze de - in hun ogen soms onterechte - negatieve beoordelingen van artsen beu zijn.

Ziekenhuizen praten kwaliteitsverschillen goed

Zorg wordt in de meeste gevallen geconcentreerd in het ziekenhuis dat deze behandeling nu al het vaakst uitvoert. Dus als ziekenhuis A jaarlijks 100

prostaatoperaties doet en ziekenhuis B doet er 90, dan wordt de zorg waarschijnlijk geconcentreerd in ziekenhuis A. Maar als in ziekenhuis A 84% van de mannen na operatie incontinent en impotent is en in ziekenhuis B slechts 20%, dan is de kans groot dat de kwaliteit van zorg na concentratie niet beter maar juist slechter wordt.

Ziekenhuizen met slechtere behandeluitkomsten proberen dit goed te praten door er op te wijzen dat ze vaker complexe patiënten met ver gevorderde en uitgezaaide kanker krijgen doorverwezen van andere ziekenhuizen. Bij prostaatkanker worden slechte behandeluitkomsten vaak gerechtvaardigd door te zeggen dat het ziekenhuis een beleid heeft van actief volgen waarbij niet meteen operatief wordt ingegrepen. De patiënten die ze wel behandelen, zo is de redenering dan, zijn de zwaardere patiënten met uitgezaaide prostaatkanker waarvan de behandeluitkomsten gemiddeld slechter zijn.

Het risico van blindstaren op volumennormen is ook dat het leidt tot kwartetten tussen ziekenhuizen. Als jij de borstkankerbehandeling krijgt, dan wil ik de prostaatkanker hebben. Dan gaat het niet om kwaliteit maar om de verdelende rechtvaardigheid en 'iedereen iets gunnen'.

Het zou ook kunnen dat artsen afspreken dat iedereen zijn of haar eigen patiënten houdt. De arts reist dan de patiënt achterna om de behandeling uit te voeren in het ziekenhuis waar de zorg geconcentreerd is. Concentratie is dan niet meer dan een cosmetische operatie, waarbij in feite alles bij het oude blijft.

Gevaar van fusies en schaalvergroting

Tot slot is er het risico dat concentratie leidt tot een nieuwe golf van fusies en schaalvergroting van ziekenhuizen. Fusies waarvan de toezichthouder, de ACM, in het verleden heeft vastgesteld dat ze niet leiden tot betere kwaliteit van de zorg maar wel tot hogere kosten. Minister Fleur Agema helpt daar vast een handje bij: ze kondigde deze week aan de subsidie voor de afdeling van de ACM die zich bezighoudt met het toezicht op de zorg stop te zetten. Deze afdeling zal worden opgeheven. Dit verlies aan gespecialiseerde kennis maakt het nog makkelijker voor ziekenhuizen om een vergunning te krijgen om te fuseren. Een vreemd besluit van een minister die beweert op te komen voor het voortbestaan van streekziekenhuizen.

Volumennormen en concentratie wordt door 'het zorgveld' gezien als een belangrijke

stap om de zorg te verbeteren en betaalbaar te houden. Het is echter allerm minst zeker dat dat ook de uitkomst zal zijn.

Hoogleraar economie [Wim Groot](#) schrijft enkele keren per maand voor Wynia's Week, vaak over gezondheidszorg.

Wynia's Week verschijnt drie keer per week, **156 keer per jaar**, met even onafhankelijke als broodnodige artikelen en columns, video's en podcasts. De groei en bloei van Wynia's Week is te danken aan de donateurs. Doet u al mee? Doneren kan op verschillende manieren. Kijk [HIER](#). Hartelijk dank!