

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

832

Vragen van het lid **Van Gerven** (SP) aan de Minister voor Medische Zorg over het bericht «Operatienormen: dat moet beter!» (ingezonden 8 november 2019).

Antwoord van Minister **Bruins** (Medische Zorg) (ontvangen 27 november 2019).

Vraag 1 en 2

Wat is uw reactie op het artikel «Operatienormen: dat moet beter!»?¹

Bent u het met de voorzitter van de Stichting ONCOlogische Samenwerking (SONCOS) eens dat met betrekking tot de kwaliteit van een ziekenhuis het ook belangrijk is dat voldoende wordt overlegd tussen artsen van verschillende afdelingen en dat genoeg geschoold personeel in huis is, en dat het dus niet alleen gaat om het al dan niet halen van operatienormen? Bent u van mening dat het bij kwaliteit van zorg niet alleen gaat om het halen van een norm? Kunt u dit toelichten?

Antwoord 1 en 2

Ja. Kwaliteit van zorg wordt bepaald door een groot aantal factoren, waaronder de aanwezigheid van voldoende deskundig personeel en goede samenwerking tussen alle betrokkenen. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat voor hoogcomplexere ingrepen de uitkomsten van de behandeling beter zijn, wanneer deze worden uitgevoerd in een ziekenhuis waar men ervaring heeft opgedaan. Daarom is voor een aantal van deze behandelingen door de betrokken beroepsgroepen een volumenorm afgesproken. Het doel van dergelijke volumenormen is dat ziekenhuizen ervaring opbouwen met het uitvoeren van hoogcomplexere behandelingen. Dit draagt bij aan betere kwaliteit van zorg.

Vraag 3

Aangegeven wordt dat verscheidene ziekenhuizen de operatienorm niet hebben gehaald, bent u van mening dat deze ziekenhuizen zich «niet houden aan de operatienormen»? Zo ja, bent u van mening dat hier sprake is van een doelbewust handelen?

¹ Algemeen Dagblad, 8 november 2019, «Operatienormen: dat moet beter!»

Antwoord 3

Nee. Er is geen sprake van dat ziekenhuizen zich niet houden aan de betreffende normen. Veruit de meeste volumennormen worden uitgedrukt als een aantal behandelingen dat in een jaar wordt uitgevoerd, over een gemiddelde periode van drie jaar. De reden daarvan is, dat de kwaliteit en veiligheid van zorg niet direct onder druk komen te staan wanneer er in een periode van een jaar minder ingrepen worden uitgevoerd. Daardoor hoeven ziekenhuizen die onverwacht minder ingrepen uitvoeren, bijvoorbeeld door tijdelijke uitval van professionals, niet meteen te stoppen met het uitvoeren van die behandelingen. Daardoor zou er onnodig kennis en expertise verloren gaan, wat precies het omgekeerde is van wat met de normen wordt beoogd. Er bestaat groot draagvlak voor de volumennormen bij onder meer medisch specialisten, ziekenhuisbestuurders en zorgverzekeraars.

Vraag 4

Wat is uw reactie op het feit dat het niet halen van de operatienorm direct gelinkt wordt aan de kwaliteit van zorg en zelfs het overlijden van patiënten? Is deze relatie zo eendimensionaal? Ziet u de mogelijkheid dat eventueel slechtere resultaten van ziekenhuizen ook te maken kunnen hebben met de ingewikkeldheid van de zorgvraag van de patiënt die bij het desbetreffende ziekenhuis wordt geholpen, oftewel kan het hebben van ingewikkeldere patiënten ervoor zorgen dat een ziekenhuis vaker te maken krijgt met slechtere uitkomsten van operaties? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 4

Zoals ik ook in mijn antwoord op vraag 3 heb aangegeven staan kwaliteit en veiligheid van zorg niet meteen onder druk, wanneer een ziekenhuis in een periode minder ingrepen dan de volumennorm uitvoert. Uiteraard is de zorgvraag van een patiënt en diens algehele gezondheidssituatie van invloed op de uitkomsten van zorg. Uitkomstindicatoren worden vaak «gecorrigeerd» voor dit soort factoren. Volumennormen en de kwaliteitsindicatoren die daar betrekking op hebben zijn geen uitkomstindicatoren.

Vraag 5

Speelt volgens u de wijze van bekostiging van zorg via het verrichtingenstelsel een rol in de kwaliteit van zorg? Zo nee, waarom niet? Zo ja, op welke wijze? Behoeft de bekostigingssystematiek geen aanpassing om te voorkomen dat financiële prikkels medisch gewenste doorverwijzingen hinderen?

Antwoord 5

De voortschrijdende inzichten bij wetenschappelijke verenigingen omtrent goede zorg zijn de belangrijkste motivatie geweest voor het vaststellen van minimumaantallen verrichtingen in hun richtlijnen. Binnen het veld bestaat er dus groot draagvlak voor volumennormen voor hoogcomplexere zorg. Die ontwikkeling heeft zich ook binnen het huidige stelsel en de bekostigingssystematiek voltrokken. Mijn conclusie is dan ook dat verrichtingenstelsel en bekostigingssystematiek geen beletsel vormen om te komen tot goede zorg.

Vraag 6

Op welke wijze vergelijken ziekenhuizen onderling hun resultaten bij de operaties, zoals geschetst in het artikel? Gebeurt dit op een adequate wijze? Welke rol spelen dan wel welke waarde hebben respectievelijk het al dan niet halen van operatienormen en de onderlinge samenwerking en afstemming tussen ziekenhuizen in deze vergelijking?

Antwoord 6

Ziekenhuizen vergelijken waar zij dat relevant vinden hun uitkomsten onderling en leggen registraties aan om die vergelijkingen te verdiepen. Beroepsgroepen zijn hiervoor zelf verantwoordelijk. Dit proces en de daarbij verzamelde gegevens worden steeds vaker openbaar gemaakt, waarmee professionals en inhoudsdeskundigen het proces kunnen volgen en waar nodig kunnen bijsturen.

Vraag 7

Hoe gaat u ervoor zorgen dat de kwaliteitsgegevens van ziekenhuizen op een gelijke manier worden gemeten en vergeleken?

Antwoord 7

Kwaliteitsgegevens zijn vooral van belang voor zorgaanbieders zelf: om inzicht te krijgen in hun handelen en om deze onderling te kunnen vergelijken om te leren en verbeteren. Veel van deze kwaliteitsgegevens worden in de vorm van indicatoren openbaar gemaakt via de Transparantiekalender. Op die manier kunnen zij door bijvoorbeeld patiënten en zorgverzekeraars worden gebruikt.

Het vergelijken van kwaliteitsgegevens van ziekenhuizen is iets anders dan het rangschikken van ziekenhuizen. Bij de jaarlijkse lijstjes die in de media verschijnen (bijvoorbeeld voetnoot² worden door de redacties selecties uit indicatorensets gemaakt, waarna de indicatoren worden gewogen en bij elkaar opgeteld. Hier zijn de indicatoren niet voor opgesteld. En gaat het voorbij aan het primaire doel van de indicatoren: verbeteren van de zorg. De wijze waarop kwaliteit wordt gemeten en weergegeven in indicatoren is steeds in ontwikkeling. In het verleden zijn veel indicatoren ontwikkeld die betrekking hebben op de structuur en processen van de zorgverlening. Mijn streven is dat kwaliteit van zorg meer gemeten gaat worden in termen van zorguitkomsten die er echt toe doen voor de patiënt. Zodat deze informatie kan worden gebruikt voor het voortdurend leren en verbeteren door professionals, voor het samen beslissen door patiënt en professional over de best passende behandelaar/behandeling en voor het meer uitkomstgericht organiseren en belonen van de zorg. Daarover heb ik met de partijen van het Hoofdlijnenakkoord Medisch Specialistische Zorg afspraken gemaakt en zijn wij gezamenlijk het Programma Uitkomstgerichte Zorg 2018–2022 gestart. Over de voortgang van dat programma heb ik uw Kamer afgelopen zomer per brief geïnformeerd (Kamerstukken II, 2018–2019, 31 476, nr.28).

Vraag 8

Ziet u voor uzelf en/of de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd nog een rol weggelegd om te bevorderen dat ziekenhuizen optimaal samenwerken en dat voldoende geschoold personeel wordt opgeleid, zodat de kans op de beste behandeling voor elke patiënt wordt verbeterd?

Antwoord 8

Ja, voor zowel mijzelf als voor de IGJ zijn dit belangrijke onderwerpen. Op basis van de ramingen van het Capaciteitsorgaan stel ik al jaren voldoende opleidingsplaatsen voor medisch specialisten beschikbaar. Deze plaatsen worden door de ziekenhuizen ook benut. Voor het opleiden van voldoende en goed geschoold ziekenhuispersoneel stel ik jaarlijks kostendekkende financiering beschikbaar, eveneens op basis van ramingen van het Capaciteitsorgaan. De adviezen voor het opleiden van gespecialiseerde verpleegkundigen en medisch ondersteuners worden niet altijd volledig opgevolgd, ondanks de kostendekkende financiering. Daarom is in het hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg de ambitie opgenomen dat ziekenhuizen in 2021 volgens de ramingen van het Capaciteitsorgaan gaan opleiden.

De IGJ betreft de samenwerking tussen ziekenhuizen bij haar toezicht. Zij gaat met ziekenhuizen in dialoog over de onderlinge samenwerking en samenwerking met andere zorgaanbieders in keten- en netwerkverband, bijvoorbeeld tijdens de jaargesprekken die in ziekenhuizen worden gevoerd. De IGJ werkt hierbij vooral agenderend en stimulerend, maar als goede en veilige zorg in het geding zijn neemt zij desnoods (bestuursrechtelijke) handhavingsmaatregelen.

² Algemeen Dagblad, 8 november 2019, «Operatienormen: dat moet beter!»