



# ➤ Impactanalyse Concentratie & Spreiding MSZ tranche I

Landelijke rapportage

15 januari 2025

# Colofon landelijke rapportage

## Over deze rapportage



- Dit is de landelijke rapportage van het traject Concentratie en Spreiding MSZ tranche 1 tussen mei en december 2024 zoals afgesproken in het IZA, voor zeven oncologische en twee vaatchirurgische behandelingen.
- Het is de weerslag van vele gesprekken en bijeenkomsten met bestuurders, medici, verpleegkundigen, zorgverzekeraars en patiëntvertegenwoordigers en kwantitatieve analyses van door deelnemers aangedragen scenario's op basis van getallen van de NZa die door sommige zorgaanbieders zijn geüpdatet.
- De hier weergegeven conclusies, aanbevelingen, overwegingen en resultaten zijn gebaseerd op de door de regio's zelf vastgestelde rapportages en zijn 'tripartiet' door zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiëntvertegenwoordigers vastgesteld.

## Contactpersonen SiRM



- Floor Joustra – floor.joustra@sirm.nl
- Jan-Peter Heida – jp.heida@sirm.nl

## Foto voorblad



- Robin Utrecht - ANP

# Doel concentratie en spreiding staat beschreven in IZA en kader impactanalyse NZa beschrijft het doel van impactanalyse

IZA: toekomstbestendig zorglandschap door concentratie en spreiding

“Doel is om door verdere concentratie de kwaliteit van zorg te verhogen en de toegankelijkheid van zorg te borgen door schaars personeel en dure infrastructuur optimaal in te zetten.”



## Doel kader en impactanalyse

### Kader impactanalyse:

Het kader impactanalyse (dit document) is een hulpmiddel om de impactanalyse in de regio uit te voeren. Het uitvoeren van een impactanalyse is een randvoorwaardelijk onderdeel van de IZA beweging; elke regio voert een impactanalyse uit.

### Doel van de Impactanalyse :

Inzicht geven in de gevolgen van de scenario's van herverdeling. De impactanalyse geeft hiermee een feitelijk basis om het gesprek in de regio over de impact en de beoogde transformatie te voeren.

1. Scenario's herverdeling: De impactanalyse geeft inzicht in de (cascade)effecten van mogelijke herverdeling van interventies. De uitkomsten van de impactanalyse zijn een hulpmiddel om in de regio het gesprek aan te gaan over de impact van de nieuwe volumenormen en over een evenwichtige en zorgvuldige mogelijke herverdeling van medisch specialistische zorg. Hiermee ondersteunt het de allocatie in de regio, en geeft het inzicht in de bijbehorende gevolgen van herverdeling van de verschillende scenario's.
2. Knelpunten: De impactanalyse geeft inzicht in de knelpunten en maakt (ongewenste) keteneffecten inzichtelijk. Op basis hiervan gaat de regio in gesprek om de designaleerde knelpunten bij de allocatie op te lossen.

N.B. De impactanalyse is niet bedoeld om de voor- en nadelen van de concentratie en spreiding van MSZ-zorg in kaart te brengen met als doel de wenselijkheid hiervan ter discussie te stellen. Wel kunnen uit de analyse aspecten naar voren komen die van belang zijn om op landelijk niveau te bespreken bij het definitief vaststellen van de voorgenomen (volume)normen.

### Uitkomsten van de impactanalyse:

De uitkomsten van de impactanalyse bieden een handvat om besluiten te nemen over de allocatie van interventies in de regio, welke vervolgens worden uitgewerkt in de transformatieplannen.



# Achtergrond bij het lezen van de landelijke rapportage en regionale impactanalyses

De totstandkoming van de impactanalyses is een zeer intensief traject geweest in de verschillende regio's. Het resultaat is een uitgebreid kwantitatief overzicht waarin uiteenlopende scenario's in de regio's zijn doorgerekend en een uitgebreide opsomming van kwalitatieve aandachtspunten en aspecten. De landelijke rapportage is een samenvatting hiervan.

Duiding van de bevindingen is in de meeste regio's beperkt gedaan, ook SiRM heeft geen duiding gegeven, dat is nu aan de Ronde Tafel Toekomstbestendig Zorglandschap door Concentratie en Spreiding. Om de informatie in de landelijke rapportage en regionale impactanalyses op de juiste waarde te schatten, is het van belang om rekening te houden met de volgende zaken:

- A. Impactanalyses vastgesteld in eindbijeenkomst met alle regionale partijen.** De regionale impactanalyses zijn opgesteld met betrokkenheid van regionale zorgpartijen en vastgesteld in een gezamenlijke eindbijeenkomst.
- B. Impactanalyses niet bedoeld als wegingsinstrument.** De impactanalyse geeft primair een inventarisatie van welke mogelijke aandachtspunten (ongewenste effecten) er naar voren komen als de normen worden ingevoerd. Dit om te bepalen of de voorgestelde volumennormen niet tot onacceptabele, niet te mitigeren gevolgen zullen leiden. Dit betekent dat er vanuit de impactanalyse geen evenwichtig beeld ontstaat tussen de mogelijke negatieve en positieve impact.
- C. Scala van herverdelingsscenario's weergegeven in impactanalyse.** Elke regio mocht voorkeursscenario's aandragen voor de impactanalyse. Deze bevat hierdoor scenario's met zowel beperkte als grotere impact. In dit proces is de regio niet gevraagd om keuzes voor scenario's te maken.
- D. Impactanalyse geeft geen duiding, weging en objectivering.** De analyses bevatten een opsomming van kwantitatieve en kwalitatieve aandachtspunten, maar bieden geen weging of verdieping van deze punten. De kwalitatieve aandachtspunten zijn vooraf verwachte zorgen en bevatten niet altijd verdere onderbouwing.
- E. Mitigerende maatregelen niet verkend.** Er is niet onderzocht hoe mogelijke knelpunten kunnen worden gemitigeerd.
- F. Spreiding laagcomplex medisch-specialistische zorg beperkt meegenomen.** De analyses richten zich vooral op de concentratie van interventies uit tranche 1. Spreiding van laagcomplex zorg wordt pas later concreet uitgewerkt. Dit maakt dat de getoonde impact een uitkomst is van enkel de te concentreren interventies uit tranche 1, terwijl in de praktijk naar verwachting naar een balans zal worden gezocht door spreiding van laagcomplex zorg.
- G. Regio-overstijgende keuzes moeten nog worden gemaakt.** De analyses zijn regionaal gericht, maar regio-overstijgende keuzes, zoals bij ziekenhuizen in meerdere regio's, moeten nog worden gemaakt zodra de normen definitief zijn.



# Inhoudsopgave en leeswijzer

Klik op de hoofdstuktitel om naar het hoofdstuk te gaan.

Klik linksboven een dia op  om terug te keren naar deze inhoudsopgave.

| Hoofdstuk                                                                   | Inhoud                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Pagina's   |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <a href="#">1. Aanleiding en proces</a>                                     | <ul style="list-style-type: none"><li>Beschrijving van aanleiding, voorgestelde volumennormen, governance van impactanalyses, regio-indeling en proces dat doorlopen is.</li></ul>                                                                                                                           | 6          |
| <a href="#">2. Synthese herverdelingsvraagstukken en aandachtspunten</a>    | <ul style="list-style-type: none"><li>Landelijke synthese herverdelingsvraagstukken oncologie (excl. systeemtherapie) en vaatchirurgie.</li><li>Landelijke synthese interventie- en niet-interventiespecifieke aandachtspunten.</li></ul>                                                                    | 19         |
| <a href="#">3. Per regio: herverdelingsvraagstukken en aandachtspunten</a>  | <ul style="list-style-type: none"><li>Per regio: herverdelingsvraagstukken en hoofdconclusies scenario-analyse.</li><li>Per regio: interventie- en niet-interventiespecifieke aandachtspunten.</li></ul>                                                                                                     | 34         |
| <a href="#">4. Beeld van gekwantificeerde impact</a>                        | <ul style="list-style-type: none"><li>Landelijk beeld van de gekwantificeerde impact op de reistijd, de zorgaanbieder en de zorgprofessionals per regio.</li></ul>                                                                                                                                           | 90         |
| <a href="#">5. Beeld van kwalitatief in kaart gebrachte impact</a>          | <ul style="list-style-type: none"><li>Landelijk beeld van de kwalitatief in kaart gebrachte impact op de patiënt, de zorgaanbieder, de zorgprofessional en het zorgnetwerk.</li></ul>                                                                                                                        | 99         |
| <a href="#">6. Synthese systeemtherapie</a>                                 | <ul style="list-style-type: none"><li>Landelijke synthese van impact van shared care model systeemtherapie.</li></ul>                                                                                                                                                                                        | 111        |
| <a href="#">Bijlage I. Per regio: kwalitatief in kaart gebrachte impact</a> | <ul style="list-style-type: none"><li>Per regio: hoofdconclusies kwalitatief in kaart gebrachte impact op de patiënt, de zorgaanbieder, de zorgprofessional en het zorgnetwerk oncologie, vaatchirurgie</li><li>Per regio: kwalitatief in kaart gebrachte impact shared care model systeemtherapie</li></ul> | Aparte pdf |
| <a href="#">Bijlage II. Regionale rapportages</a>                           | <ul style="list-style-type: none"><li>Per regio: rapportages zoals vastgesteld door de regio's.</li></ul>                                                                                                                                                                                                    | Aparte pdf |
| <a href="#">Bijlage III. Methodologie</a>                                   | <ul style="list-style-type: none"><li>Methodologische bijlage kwantitatieve analyses</li></ul>                                                                                                                                                                                                               | Aparte pdf |



# I. Aanleiding en proces



# IZA-partijen hebben afgesproken een impactanalyse uit te voeren om de effecten van MSZ-herverdeling in kaart te brengen

## In IZA zijn afspraken gemaakt over concentratie en spreiding van MSZ

- Concentratie van interventies bij oncologische aandoeningen hoofd/hals, long, maag/slokdarm, pancreas en nier.<sup>1</sup>
- Concentratie van vaatchirurgische behandelingen van aorta aneurysma en carotislijden.<sup>1</sup>
- Spreiding van laagcomplexiteit MSZ, concentratie, differentiatie en spreiding van spoedeisende MSZ.<sup>2</sup>

## Impactanalyses moeten effect optelsom herverdeling MSZ in beeld brengen

- Het is belangrijk om de beoogde herverdeling van MSZ integraal te bezien.
- Partijen hebben het gecombineerde effect van concentratie van meerdere behandelingen van tranche 1 in kaart gebracht met deze impactanalyse, zonder spreiding.
- Het gaat over in welke mate en op welke manier concentratie de patiënt en de betrokken zorgprofessionals, -aanbieders en -netwerken raakt.

## Resultaten impactanalyses ondersteunen landelijke en regionale besluitvorming

- Definitieve landelijke besluitvorming<sup>3</sup> over (volume)normen volgt op basis van de uitkomsten van de impactanalyses.
- Uitkomsten van de impactanalyse zijn hulpmiddel voor gesprekken en besluitvorming in de regio over herverdeling van MSZ ná evt. vaststelling van de normen.
- Na besluitvorming werken regionale zorgpartijen evt. een transformatieplan voor herverdeling uit.

1. In IZA is afgesproken om de concentratie in twee tranches uit te voeren. Deze interventies betreffen de eerste tranche.

De huidige planning is dat de tweede tranche wordt voor het einde van 2025 vastgesteld.

2. Hier ligt de focus niet op in de impactanalyses.

3. Door gezamenlijke Ronde Tafel Oncologie en Vaatchirurgie.



# De herverdeling betreft voor de vijf oncologische aandoeningen zeven voorgestelde<sup>1</sup> volumenormen voor ingrepen ..

## Hoofd-hals<sup>2</sup>

- 50 hoofd-halskankerresecties excl. schildklier en bijschildklier
- 20 gesteelde of vrij gevasculariseerde lapreconstructies

## Maag en slokdarm

- 75 oncologische maag/slokdarmoperaties
- 25 oncologische endoscopische resecties (welke in een centrum moeten plaatsvinden waar ook de operaties uitgevoerd worden)

## Long

- 60 oncologische longresecties (anatomische longparenchymresecties conform DLCA-S). *Mogelijke verhoging na evaluatie effecten van verhoging naar 60.*

## Pancreas

- 50 pancreasresecties ongeacht diagnose

## Nier

- 75 lokale behandelingen (radicale en partiële nefrectomie<sup>3</sup> en focale therapie<sup>4</sup>) bij benigne of maligne tumoren van de (bij)nier(en)

### De normen gelden per locatie per jaar

1. N.B. het betreft voorlopige normen waarover definitieve landelijke besluitvorming begin 2025 plaatsvindt.
2. De volumes voor de hoofd-hals interventies o.b.v. de NKR zijn een onderschatting. De NKR telt alleen initiële behandelingen. Bovendien bestaat er discrepantie over de definitie recidief tussen het veld (ziet tumor soms als 2e primaire tumor) en de NKR.
3. incl. ureterectomie. 4. zoals cryoablatie, MWA (microwave ablatie), RFA (radiofrequente ablatie) en radiotherapie.



# .. en tien voorgestelde<sup>1</sup> normen over aantal nieuwe patiënten, diagnostiek, radiotherapie en systemische behandeling

## Hoofd-hals

 200 nieuwe patiënten voor Hoofd-Hals Oncologisch Centrum, 80 voor PP, 50 voor PPR<sup>2</sup>

 50 radiotherapeutische interventies<sup>3</sup>

## Maag en slokdarm

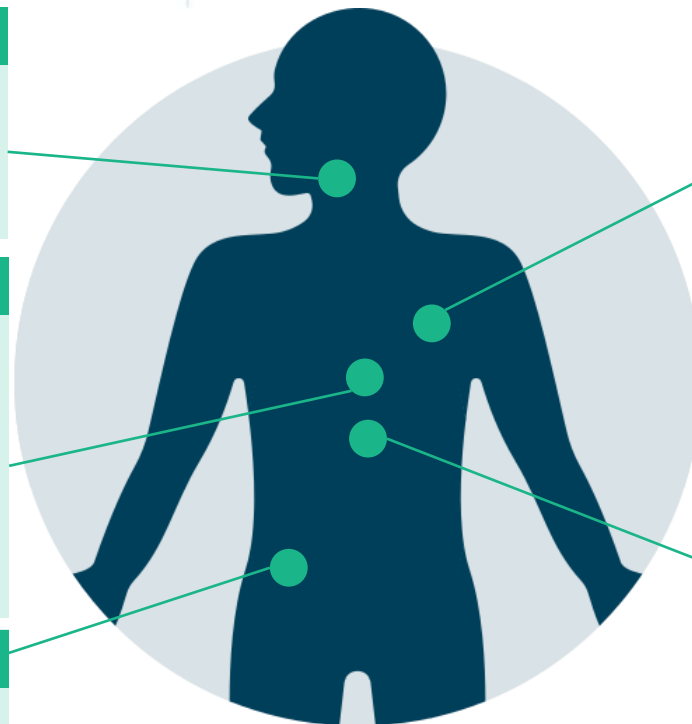
 200 nieuwe patiënten besproken in MDO (alleen voor expertisecentrum)

 50 radiotherapeutische interventies<sup>3</sup>

 50 patiënten systemische behandeling (prevalentienorm)<sup>4</sup>  
Met shared care afspraken min. 10 nieuwe behandelde patiënten

## Nier

 50 patiënten systemische behandeling (prevalentienorm)<sup>4</sup>  
Met shared care afspraken min. 10 nieuwe behandelde patiënten



## Long

 50 radiotherapeutische interventies<sup>3</sup>

 100/300 patiënten systemische behandeling (prevalentienorm)  
Met shared care afspraken min. 10 nieuwe behandelde patiënten

## Pancreas

 150 nieuwe patiënten op een MDO  
50 ERCP's per persoon, 150 per centrum (totaal aantal ERCP's ongeacht indicatie<sup>5</sup>)

 30 patiënten systemische behandeling (prevalentienorm)<sup>4</sup>  
Met shared care afspraken min. 10 nieuwe behandelde patiënten

1. N.B. het betreft voorlopige normen waarover definitieve landelijke besluitvorming begin 2025 plaatsvindt.  
2. Deze norm geldt nu ook al. 3. Inclusief planvergelijk fotonen-protonentherapie. 4. Inclusief active surveillance.  
5. Als de norm niet behaald wordt, mag het ziekenhuis de niet-pancreascarcinoom ERCP's wel nog blijven doen.

# Voor de vaatchirurgie betreft de herverdeling twee nieuwe volumenormen voor aorta en een nieuwe procesnorm voor carotis<sup>1</sup>

## Aneurysma Aorta

 50 chirurgische ingrepen aan de aorta<sup>2</sup>

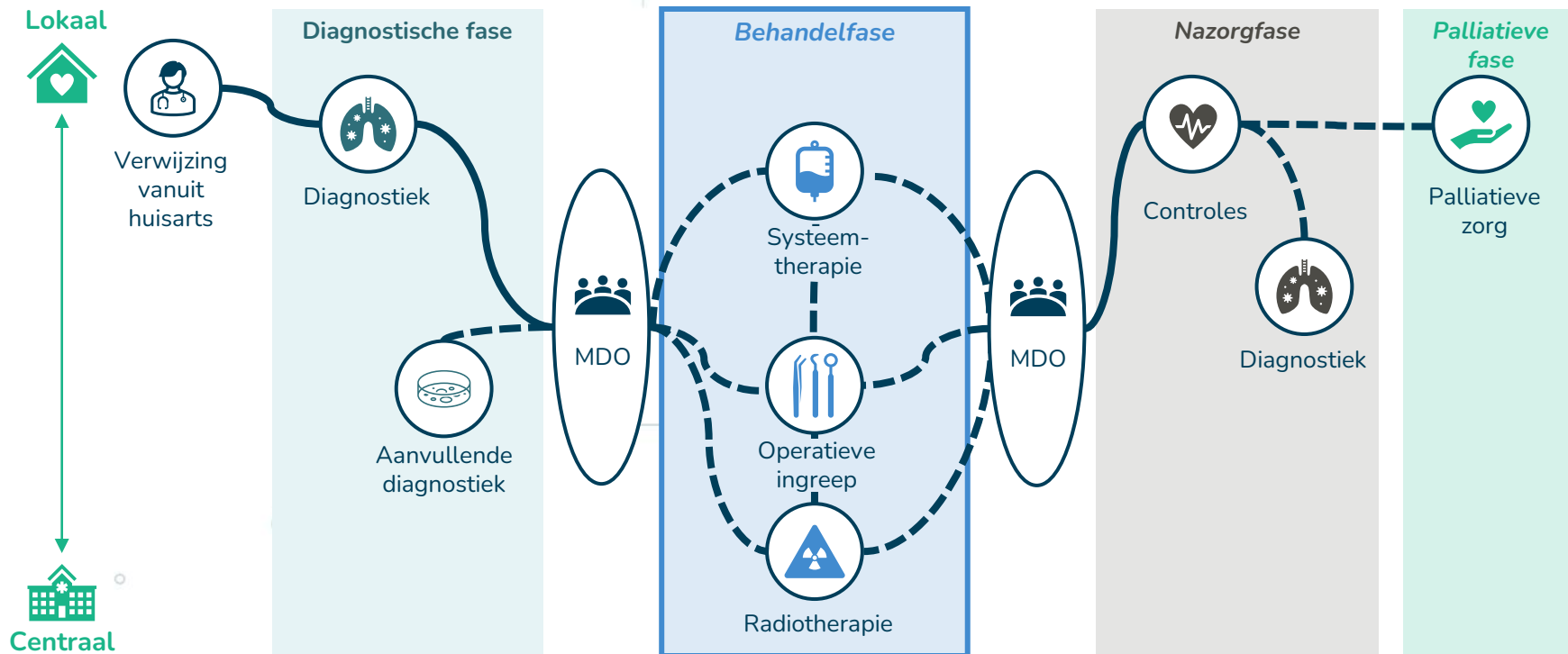
 Hieronder vallen ook de complexe endovasculaire ingrepen aan de aorta<sup>3</sup>. Instellingen die deze ingrepen doen, moeten er minimaal 15 per jaar doen.

## Carotislijden

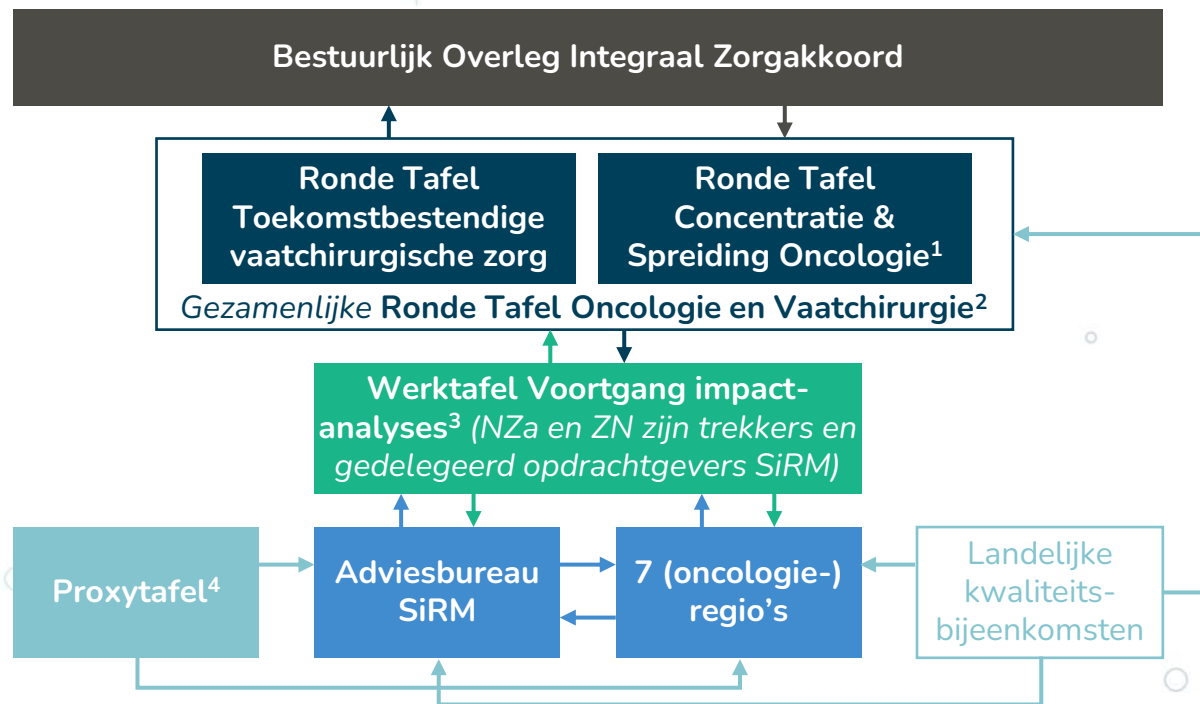
-  50% van de patiënten ondergaat binnen 1 week na eerste contact in de tweede lijn interventie
-  80% van de patiënten ondergaat binnen 2 weken na eerste contact in de tweede lijn interventie<sup>4</sup>
-  20 chirurgische interventies<sup>4</sup>

*De normen gelden per locatie per jaar*

# De normen betreffen enkel de specifieke interventie in de behandelfase. Het gaat níet om de nazorgfase.



# Landelijk zag de governance van de impactanalyses er als volgt uit



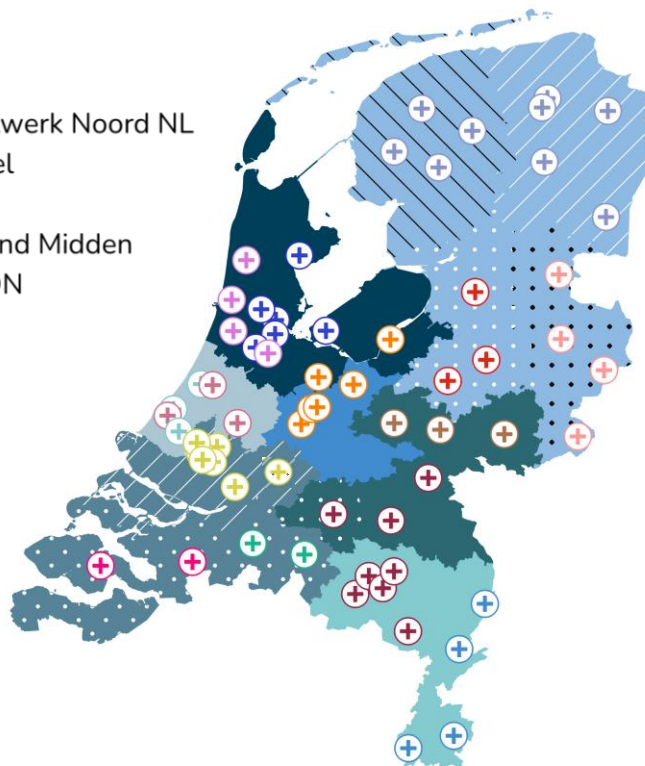
1. Onder de Ronde Tafel Oncologie zijn tumorspecifieke tafels ingericht voor de tumorsoorten van de eerste tranche.

2. De volledige naam van deze Ronde Tafel is Toekomstbestendig zorglandschap door concentratie en spreiding. 3. De volledige naam van de Werktafel is 'Voortgang impactanalyses en transformatieplannen'. 4. De proxytafel ontwikkelt landelijke proxy's voor de bedrijfsvoeringsgegevens van zorgaanbieders die benodigd zijn in de impactanalyse. Het doel hiervan is om, waar mogelijk, uniforme rekenwaarden te generen en om de uitvoeringslast voor instellingen te beperken.

# De impactanalyse is gedaan voor 7 regio's overeenkomend met de 7 oncoregio's (met 6 subregio's) en daarbinnen 14 vaatnetwerkregio's

## Vaatnetwerken:

- A9
- Amsterdam
- Utrecht, Midden NL
- Groene Hart<sup>1</sup>
- Univ. VC West<sup>1</sup>
- Groot-Rijnmond
- Noord Brabant
- Zeeland
- Vaat Netwerk Noord NL
- Overijssel
- Oost-NL
- Gelderland Midden
- VascuZON
- Limburg



## Oncologieregio's:

- OncoNoVo+
- Oncomid<sup>2</sup>
- OncoWest
- CCN Zuid-West<sup>3</sup>
- CCN Noord-Oost<sup>4</sup>
- Onco-Oost
- OncoZON

## Subregio's oncologie:

- Concord<sup>1</sup>
- EMBRAZE
- Oncologisch Netwerk Friesland
- Oncologienetwerk Veluwe IJssel
- Oncologienetwerk Groningen-Drenthe
- ONZ netwerk

# Het doel van de impactanalyse was tweeledig; SiRM had een uitvoerende en faciliterende rol

## Doel impactanalyse<sup>1</sup>



- Het doel van de impactanalyses was tweeledig:
  - De uitkomsten moesten handvatten bieden voor de definitieve landelijke besluitvorming over de voorgestelde (volume)normen door de gezamenlijke Ronde Tafel Oncologie en Vaatchirurgie (de Ronde Tafel toekomstbestendig zorglandschap door concentratie en spreiding). Het ging dus om het verkennen van de impact van de voorgestelde normen.
  - De uitkomsten zijn daarnaast bedoeld als hulpmiddel voor gesprekken en besluitvorming in de regio over evenwichtige en zorgvuldige herverdeling van MSZ. Ná het eventueel vaststellen van de normen begin 2025 kunnen regionale zorgpartijen op basis van de impactanalyse onderbouwde besluiten nemen over herverdeling, welke zij vervolgens kunnen uitwerken in een transformatieplan.

## Vraag aan SiRM en opdrachtgevers



- SiRM is gevraagd om samen met de zeven vastgestelde regio's in Nederland de impactanalyse uit te voeren.
- SiRM had daarbij een uitvoerende en faciliterende rol. SiRM heeft de regio's gefaciliteerd en heeft daarbij zelf geen inhoudelijke duiding aan de bevindingen gegeven. Deze rapportage bevat dan ook geen conclusies of aanbevelingen van SiRM.
- Tijdens de uitvoering van de impactanalyse hoefde de regio geen besluiten te nemen over herverdeling van zorg.
- NZa en ZN waren tijdens het traject gedelegeerd opdrachtgevers richting SiRM.
- Zij deden dit vanuit de Werktafel 'Voortgang impactanalyses en transformatieplannen', dat is een werktafel onder de Ronde Tafel 'Toekomstbestendig zorglandschap door concentratie en spreiding'.

# De impactanalyse bracht systematisch in kaart welk effect de MSZ-herverdeling heeft op alle betrokken partijen

|                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                               |                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>◦ Kwaliteit van zorg (o.a. comorbiditeit)</li><li>◦ Toegankelijkheid van zorg in de regio (wachttijden en bereikbaarheid)</li></ul>                                                 | <br><b>Patiënt</b>           | <br><b>Zorg-netwerk</b>  | <ul style="list-style-type: none"><li>◦ Keteneffecten op andere zorgaanbieders in netwerk (zoals klinieken, tijdelijk verblijf en gespecialiseerde en acute wijkverpleging, huisartsen, ..)</li><li>◦ Opleidingscapaciteiten en -inhoud</li><li>◦ Onderzoekstructuur- en mogelijkheden</li></ul>          |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Productie, capaciteit (o.a. OK-tijd, (IC-) ligdagen) en financieel (omzet)</li><li>◦ Cascade-effecten, opleiding en onderzoek</li><li>◦ Aantrekkelijkheid als werkgever</li></ul> | <br><b>Zorg-aanbieder</b>    | <br><b>Maat-schappij</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>◦ Regionaal aanbod van zorg<sup>1</sup></li><li>❖ Bovenregionale functie van instellingen</li><li>❖ Balans betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg</li><li>❖ Betaalbaarheid van zorg (toename marktmacht van partijen) op de lange termijn</li></ul> |
| <ul style="list-style-type: none"><li>◦ Inhoud van het werk voor zorgprofessionals</li><li>• Capaciteit van zorgprofessionals</li></ul>                                                                                   | <br><b>Zorg-professional</b> |                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

- Voor deze effecten is de impactanalyse (zoveel mogelijk) kwantitatief
- Voor deze effecten is de impactanalyse kwalitatief
- ❖ Deze effecten zijn weinig ter sprake gekomen

Opmerking: alle deelnemers droegen inbreng aan bij alle perspectieven.



# We brachten voor de door de regio aangedragen scenario's de impact kwantitatief en kwalitatief in kaart

## De regio droeg herverdelings-scenario's<sup>1</sup> aan

- Tijdens de scenario bijeenkomst hebben de partijen ieder twee herverdelingsscenario's aangedragen.
- In een scenario voldoen alle ziekenhuizen die de interventies uitvoeren aan de voorgestelde volumennormen. Een scenario is daarbij een combinatie van herverdelingsmogelijkheden per tumortype/interventie, zonder spreiding.
- We vroegen herverdelingsmogelijkheden per behandeling uit.<sup>2</sup> Op basis van daarvan zijn scenario's geformuleerd en aangedragen.

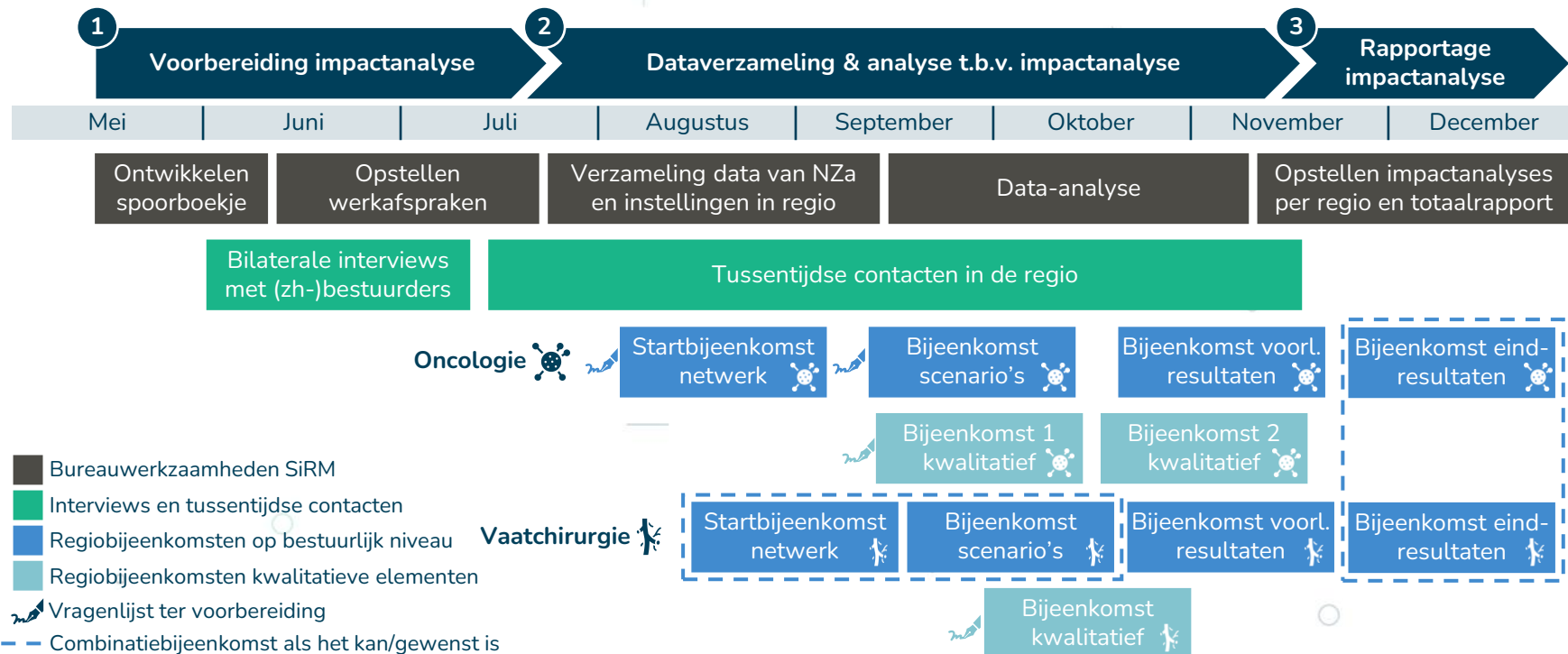
## SiRM berekende per scenario de impact per huis

- O.b.v. de door de regio's aangedragen herverdelings-scenario's heeft SiRM de impact op de productieparameters van geconcentreerde zorg van ieder individueel ziekenhuis berekend; dus zonder impact van spreiding of opvullen met andere zorg.
- Het gaat bijv. om OK-tijd, IC- en ligdagen, maar ook om artsen- en verpleegkundigentijd.
- Om de productieparameters te bepalen, vermenigvuldigden we de aantallen per ziekenhuis met landelijke rekenwaardes. Deze zetten we af tegen de totale waardes per ziekenhuis / specialisme.<sup>3</sup>

## Daarnaast bracht SiRM de impact kwalitatief in kaart o.b.v. kwal. bijeenkomsten

- We brachten ook impact kwalitatief in kaart. Denk aan de impact op: wachttijden, cascade-effecten, werkplezier, opleiding.
- O.b.v. een vragenlijst inventariseerden we het belang en impact van onderwerpen. Dit was geen representatieve vragenlijst. Resultaten zijn enkel gebruikt om het gesprek te structureren.
- In bijeenkomsten haalden we a.d.h.v. de resultaten van de vragenlijst inbreng op voor het rapport. Bij de bijeenkomsten waren medici, verpleegkundigen, patiëntvertegenwoordiging en zorgverzekeraars aanwezig.

# De gedetailleerdere planning in de regio zag er op hoofdlijnen als volgt uit, maar de organisatie en planning varieerde per regio<sup>1</sup>

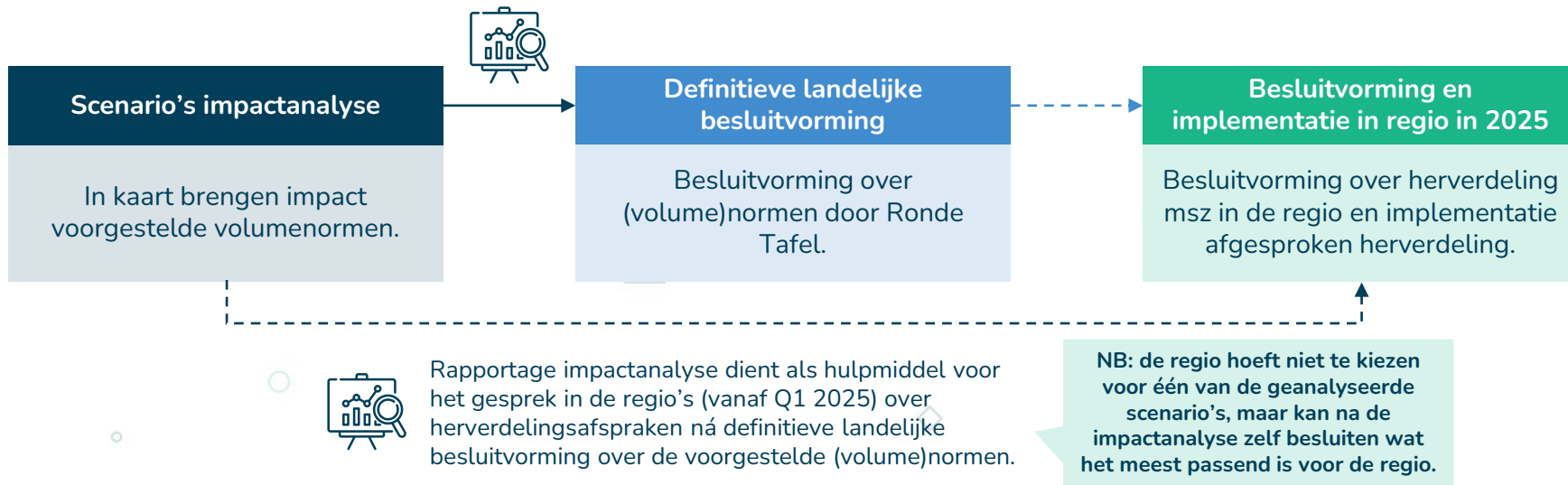


1. In Midden Nederland is de impactanalyse voor oncologie en vaatchirurgie bijvoorbeeld zoveel mogelijk gecombineerd georganiseerd. In Noord-Oost Nederland is de impactanalyse voor oncologie zowel op subregionaal als op CCN NO niveau uitgevoerd.

# De scenario's van de impactanalyse dienen ter ondersteuning van de landelijke besluitvorming en het regionale gesprek in 2025

Rapportage impactanalyse is input voor de Ronde Tafel bij de definitieve landelijke besluitvorming over de (volume)normen.

Na definitieve landelijke besluitvorming over (volume)normen start besluitvorming traject over herverdeling in de regio.





## 2. Synthese herverdelingsvraagstukken en aandachtspunten

# SiRM berekende de impact op productieparameters voor de aangedragen scenario's met combinaties van herverdelingsmogelijkheden

## We doorliepen de volgende vier stappen:

1. Als ziekenhuizen een voorgestelde volumennorm voor een behandeling niet halen, leidt dat tot herverdeling voor die behandeling als deze norm daadwerkelijk is vastgesteld.
2. Regio's brachten voor die behandelingen meerdere herverdelingsmogelijkheden in kaart.
3. Herverdelingsmogelijkheden zijn gecombineerd in scenario's, maximaal twee per ziekenhuis, zorgverzekeraar of patiëntenvertegenwoordiging.
4. SiRM heeft per scenario de impact op de productieparameters doorgerekend. Deze is o.a. uitgedrukt in relatieve impact ten opzichte van het gehele ziekenhuis. NB. Het gaat om de productie-parameters van de specifieke behandelingen die zijn herverdeeld. De mate waarin die in de praktijk worden opgevuld door andere zorg, of door spreiding, is niet meegenomen.

## Waarbij we de impact op de volgende parameters<sup>1</sup> schatten

- OK-tijd ziekenhuis
- OK-tijd specialisme chirurgie
- OK-tijd specialisme urologie
- IC-dagen
- Verpleegdagen
- Bruto schadelast
- Impact op zorgprofessionals
  - Verpleegkundige (IC, kliniek)
  - Anesthesiemedewerker
  - OK-assistent
  - Medisch specialisten uroloog, chirurgen (long/CT, upper GI, HPB, vaat)

## voor de aangedragen scenario's voor de impactanalyse

- De partijen in de regio hoefden in dit traject nog geen specifiek scenario te kiezen.
- Deelnemers droegen ieder twee scenario's aan, er hoefde geen consensus over scenario's te zijn.
- Daadwerkelijke concentratie na vaststellen van de norm kan ook met een nieuw scenario.
- Alle regio's kenden scenario's met:
  - zoveel mogelijk aanbieders (spreiding van behandeling)
  - concentratie bij enkele ziekenhuizen
  - en tussenliggende scenario's.
- Regio-overstijgende bewegingen zijn niet meegenomen.

# Samenvatting herverdelingsvraagstukken en aandachtspunten

## Titels van volgende dia's

## Toelichting

### Herverdelingsvraagstukken tranche 1 per regio per voorgestelde volumenorm

- Voor hoofd-hals (nog excl. radiotherapie) en carotislijden zijn er geen herverdelingsvraagstukken.
- Voor maag/slokdarm, long, pancreas, lokale behandeling nier en aneurysma aorta leiden de voorgestelde normen tot herverdeling. Dit raakt meestal een kwart tot een derde van de ziekenhuizen. Voor longresecties is dat bijna de helft en voor lokale behandeling nier bijna driekwart.

### De regio's<sup>1</sup> noemden aandachtspunten per tumortype en per vaatchirurgische behandeling

- Regio's noemen per tumortype meerdere aandachtspunten voor de landelijke besluitvorming over concentratie van behandelingen.
- Daarbij is ook ingegaan op de impact op cascade-effecten en reistijd, met extra aandacht voor reistijd voor maag/slokdarm en nier in enkele regio's.

### De regio's<sup>1</sup> noemden niet-interventiespecifieke aandachtspunten voor implementatie van concentratie van zorg

- De niet-interventiespecifieke aandachtspunten zijn gebaseerd op de kwalitatief in kaart gebrachte impact langs de perspectieven van patiënt, zorgaanbieder, zorgprofessional, zorgnetwerk en algemeen.

### Impact op productieparameters van geconcentreerde zorg

- De impact op totale OK-tijd en IC-dagen ligt in de meeste scenario's en voor de meeste ziekenhuizen tussen -3% en +3%, voor bruto-schadelast is dat -1% tot +1%. Er zijn enkele scenario's doorgerekend met grotere impact. Ook voor specifieke specialismes kan de impact groter zijn.

### Genoemde mogelijkheden van spreiding om capaciteit op te vullen en vrij te spelen

- In de besproken analyses is de impact van spreiding van zorg nog niet verwerkt.

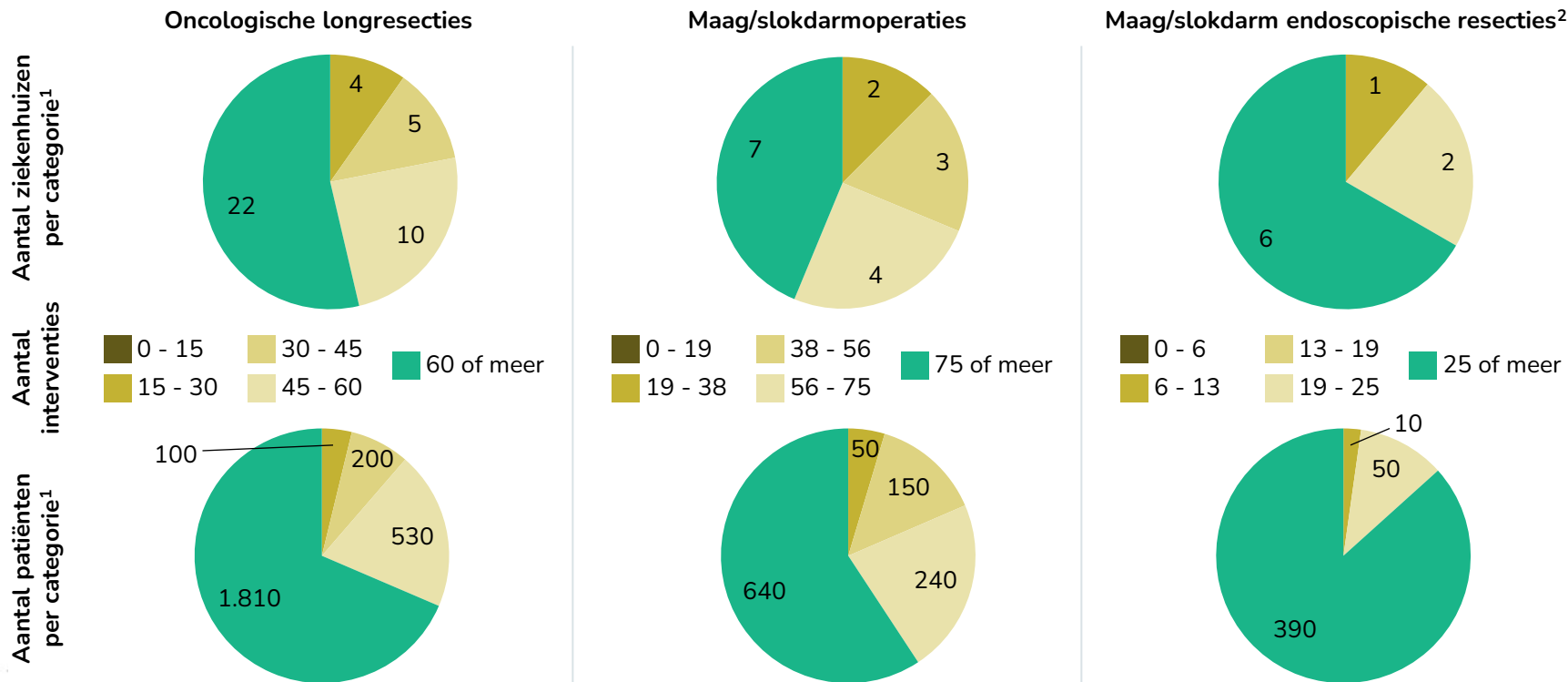
# Herverdelingsvraagstukken tranche 1 per regio per voorgestelde volumenorm

| Aantal ziekenhuizen dat <u>niet</u> aan voorgestelde norm voldoet <sup>1,2</sup> | Geheel Nederland | Noord-Oost Nederland | Oost Nederland | Zuid-Oost Nederland | Zuid-West Nederland | West Nederland                | Noord-Holland Flevoland | Midden Nederland | Aantal regio's norm niet behaald |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------------|----------------|---------------------|---------------------|-------------------------------|-------------------------|------------------|----------------------------------|
| Hoofd-halsresecties                                                              | -                | -                    | -              | -                   | -                   | -                             | -                       | -                | -                                |
| Hoofd-hals lapreconstr.                                                          | -                | -                    | -              | -                   | -                   | -                             | -                       | -                | -                                |
| Onc. longresecties                                                               | 19 van 41        | 3 van 8              | 1 van 5        | 3 van 5             | 3 van 8             | -                             | 7 van 8                 | 2 van 4          | 6                                |
| Long - radiotherapie                                                             | -                | -                    | -              | -                   | -                   | -                             | -                       | -                | -                                |
| Long – systeemtherapie <sup>2</sup>                                              | 1 van 71         | -                    | -              | -                   | 1 van 14            | -                             | -                       | -                | 1                                |
| Maag/slokdarmoperaties                                                           | 9 van 16         | 2 van 4              | 2 van 2        | 1 van 2             | 1 van 3             | 2 van 2                       | 1 van 2                 | -                | 6                                |
| Endo. resec. maag/slokdarm                                                       | 4 van 9          | -                    | 2 van 2        | -                   | -                   | 1 van 1                       | -                       | 1 van 2          | 3                                |
| Maag/slokdarm - radiotherapie                                                    | -                | -                    | -              | -                   | -                   | -                             | -                       | -                | -                                |
| Maag/slokdarm – systeemtherapie <sup>2</sup>                                     | 9 van 71         | 4 van 16             | -              | 3 van 9             | 1 van 14            | 1 van 6                       | -                       | -                | 4                                |
| Pancreasresecties                                                                | 5 van 15         | 1 van 4              | -              | -                   | 3 van 4             | -                             | 1 van 2                 | -                | 3                                |
| Pancreas ERCP's                                                                  | 16 van 61        | 5 van 14             | -              | 3 van 8             | 1 van 11            | 1 van 6                       | 5 van 10                | 1 van 5          | 6                                |
| Pancreas – systeemtherapie <sup>2</sup>                                          | 12 van 71        | 4 van 16             | -              | 4 van 9             | 1 van 14            | -                             | 3 van 13                | -                | 4                                |
| Lokale behandeling nier                                                          | 32 van 47        | 6 van 9              | 3 van 5        | 5 van 7             | 8 van 11            | 4 van 5                       | 5 van 7                 | 1 van 3          | 7                                |
| Nier – systeemtherapie <sup>2</sup>                                              | 37 van 60        | 10 van 16            | 4 van 8        | 5 van 9             | 6 van 14            | 2 van 6                       | 7 van 13                | 3 van 6          | 7                                |
| Aneurysma Aorta                                                                  | 14 van 55        | 1 van 11             | 1 van 7        | 2 van 7             | 3 van 11            | niet gevalideerd <sup>4</sup> | 3 van 8                 | 2 van 5          | 7                                |
| Aneurysma Aorta (complex)                                                        | 5 van 19         | -                    | -              | -                   | 2 van 4             | niet gevalideerd <sup>4</sup> | 3 van 4                 | -                | 3                                |
| Carotisliden <sup>3</sup> (volumenorm)                                           | -                | -                    | -              | -                   | -                   | -                             | -                       | -                | -                                |

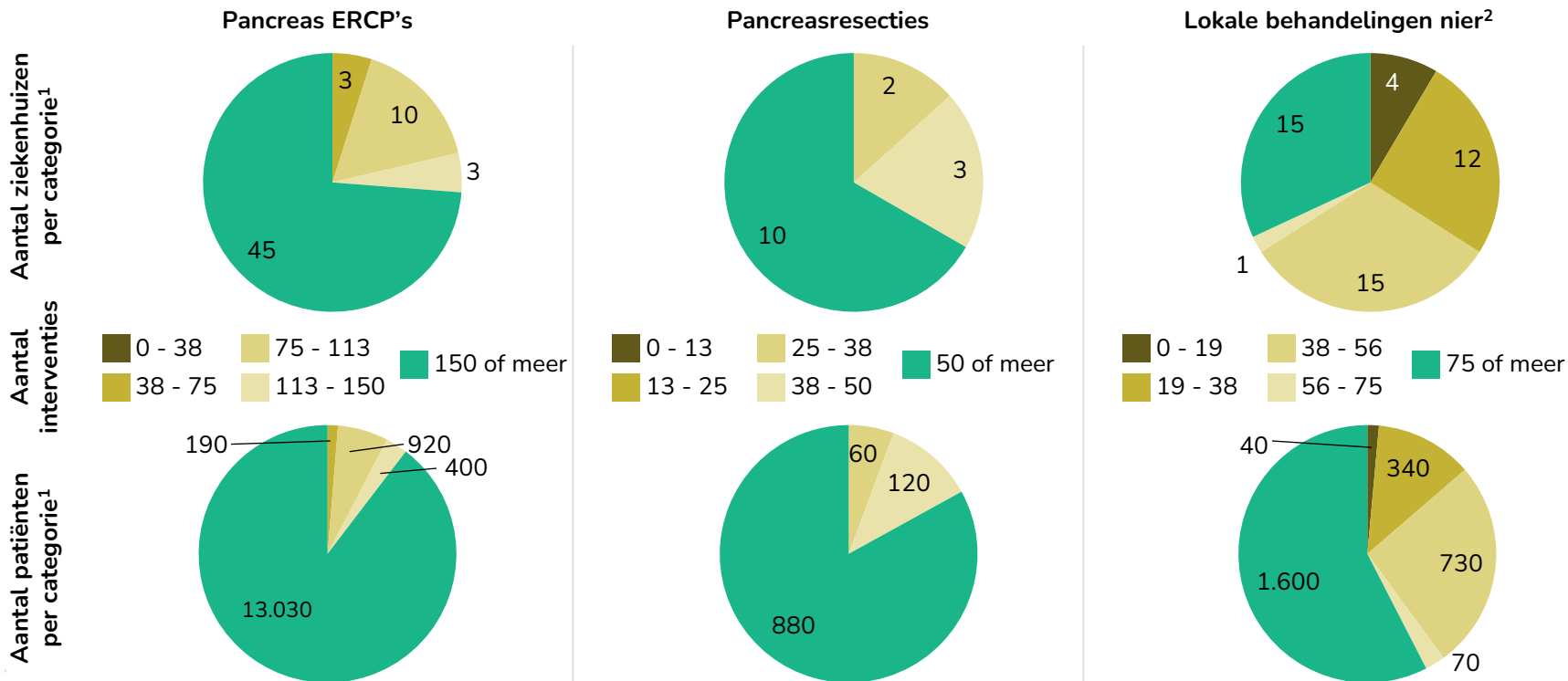
1. Van ziekenhuizen die interventie nu wel uitvoeren. In eerste instantie uitgegaan van data van 2022. Sommige getallen zijn geüpdatet waardoor overzicht niet gelijk is aan eerder overzicht van de NZa. De impactanalyse radiotherapie hoofd-hals volgt in 2025. Op plekken waar '-' staat, is er geen regionaal herverdelingsvraagstuk.
2. Minimumvolume bij shared care van 10 nieuw behandelde patiënten per jaar. Dit overzicht bevat niet de prevalentienormen voor systeemtherapie omdat deze niet per definitie tot herverdeling leiden. 3. Bestaande volumenorm NVvV. De voorgestelde procesnorm is niet meegenomen in de kwantitatieve impactanalyse (wel besproken in kwalitatieve impact) omdat deze procesnorm niet per definitie tot herverdeling leidt. 4. Voor de regio West (vaatnetwerken Groene Hart en Univ. VC West) is geen impactanalyse uitgevoerd.



# Verdeling aantal ziekenhuizen en aantal daar behandelde patiënten die wel/niet de voorgestelde volumenorm halen



# Verdeling aantal ziekenhuizen en aantal daar behandelde patiënten die wel/niet de voorgestelde volumenorm halen



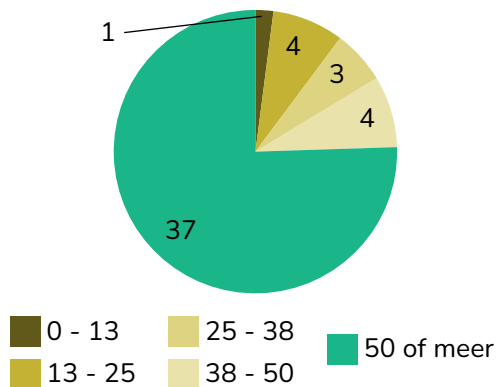
# Verdeling aantal ziekenhuizen en aantal daar behandelde patiënten die wel/niet de voorgestelde volumenorm halen

Aantal ziekenhuizen  
per categorie<sup>1</sup>

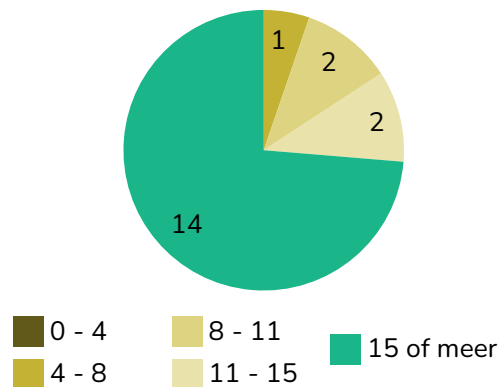
Aantal  
interventies

Aantal patiënten  
per categorie<sup>1</sup>

Aneurysma aorta<sup>2</sup>



Aneurysma aorta (complex)<sup>2</sup>



# In de regio genoemde aandachtspunten per tumortype t.b.v. landelijke besluitvorming

## Long



- Samenvatting herverdelingsvraagstukken:
  - 19 van 41 ziekenhuizen halen voorgestelde norm longresecties niet, verdeeld over 6 van de 7 regio's.
  - Op 1 ziekenhuis na halen de 71 ziekenhuizen die systeemtherapie leveren het minimumvolume patiënten.
- Genoemde aandachtspunten:
  - Impact op accreditatie, acute zorg en opleidingen (benigne en onco, en aanpalende vakken).
  - Voorziene knelpunten worden sterker als norm verder zou worden verhoogd tot 100.
  - Noord-Oost Nederland vraagt om een uitzondering van de volumenorm longresecties voor UMCG om de toegankelijkheid van tertiaire zorg in de regio te waarborgen.

## Pancreas



- Samenvatting herverdelingsvraagstukken:
  - 5 van 15 ziekenhuizen halen voorgestelde norm resecties niet, verdeeld over 3 van de 7 regio's.
  - 16 van 62 ziekenhuizen halen voorgestelde norm oncologische ERCP's niet, verdeeld over 6 van de 7 regio's.
  - 12 van 72 ziekenhuizen halen het minimumvolume nieuw behandelde patiënten voor systeemtherapie niet.
- Genoemde aandachtspunten:
  - Stoppen met resecties heeft impact op benigne zorg, differentiatie HPB-chirurgie en IC-level.
  - Door wegvallen oncologische ERCP's kan bij enkele ziekenhuizen totaal onder norm 50 per ERCP-ist komen, met repercuussies op niet-oncologische ERCP's. Impact van uitvoeren van totaal minder ERCP's door wegval oncologische pancreas-ERCP's op expertise en aantallen MDL-artsen voor de resterende ERCP's. Zorgaanbieders OncoWest en CCN NO en de zorgverzekeraars in Noord-Oost Nederland vragen om de norm van 50 per ERCP-ist te hanteren, niet 150 per centrum.

Zie aantallen en aandachtspunten per regio ([hier](#)) voor verdieping en meerdere aandachtspunten.

Opmerking: Voor hoofd-hals spelen geen herverdelingsvraagstukken.

# In de regio genoemde aandachtspunten per tumortype t.b.v. landelijke besluitvorming

## Maag- slok darm



- Samenvatting herverdelingsvraagstukken:
  - 9 van 16 ziekenhuizen halen voorgestelde norm operaties niet, verdeeld over 6 van de 7 regio's.
  - 4 van 9 ziekenhuizen halen voorgestelde norm endosc. resecties niet, verdeeld over 3 van de 7 regio's.
  - 9 van 71 ziekenhuizen halen het minimumvolume nieuw behandelde patiënten voor systeemtherapie niet.
- Genoemde aandachtspunten:
  - In enkele uitgestrekte regio's relatief veel impact op reistijd (afhankelijk van scenario, naar schatting voor 250 tot 350 patiënten), vaak voor patiënten met lage ses-score en bij aanbieders met 50 tot 75 interventies:
    - Zorgaanbieders ONF vragen om uitzondering voor de volumenorm bij maag/slokdarmoperaties voor Friesland.
    - Zorgaanbieders OncoZON vragen om volumenorm operaties te heroverwegen. Concentratie van de maag/slokdarminterventies in één centrum door voorgestelde volumenorm zet druk op toegankelijkheid.
    - Gedwongen concentratie tot één operatielocatie voor maag/slokdarm heeft volgens Onco Oost (zorgaanbieders) negatieve consequenties voor de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van deze zorg.
  - Koppeling locatie van endoscopische resecties met open resecties, waaronder in Barrett-centra.
    - OncoWest (zorgaanbieders) vraagt om bij norm voor endosc. maag/slokdarm resecties af te zien van de eis dat deze in hetzelfde centrum moeten plaatsvinden als de chirurgische resecties. Endoscopische resecties vinden nu in HagaZiekenhuis plaats dat een Barrett-centrum is.
    - Midden-Nederland geeft aan dat de koppeling van endosc. resecties maag/slokdarmkanker aan een chirurgisch centrum het risico met zich meebrengt dat de expertise van St. Antonius Ziekenhuis als Barrett expertisecentrum verloren raakt.

Zie aantallen en aandachtspunten per regio ([hier](#)) voor verdieping en meerdere aandachtspunten.

# In de regio genoemde aandachtspunten per tumortype t.b.v. landelijke besluitvorming

## Lokale behandeling nier



- Meeste herverdelingsvraagstukken van tranche 1, ook voor systeemtherapie:
  - 33 van 49 ziekenhuizen halen voorgestelde norm lokale behandeling nier niet, verdeeld over 7 v.d. 7 regio's.
  - 37 van 71 ziekenhuizen halen het minimumvolume nieuw behandelde patiënten voor systeemtherapie niet.
- Genoemde aandachtspunten:
  - Benutting investeringen (DaVinci), waaronder investeringen in expertisecentra. Impact op ziekenhuizen die alleen cryo-, rf-, en/of mw-ablatie uitvoeren, terwijl behandeling ook voor andere indicaties wordt ingezet. Oncologienetwerk Veluwe IJssel (zorgaanbieders) vraagt om een uitzonderingspositie op de volumenorm voor lokale behandeling nier en pleit voor netwerkmodel i.p.v. normen per locatie. Ook zorgaanbieders Onco Oost vragen om een shared care model voor lokale behandeling nier uit te werken.
  - In uitgestrekte regio's relatief veel impact op reistijd, maar sterk afhankelijk van scenario (min 500 tot max 1.400 patiënten).
  - Impact op OK-tijd urologen kan oplopen tot >10%.
  - Noord-Oost Nederland vraagt om uitzondering van de volumenorm voor UMCG bij lokale behandeling nier om de toegankelijkheid van tertiaire zorg in de regio te waarborgen.
  - Midden-Nederland vraagt voor UMCU een uitzonderingspositie aan voor lokale behandeling nier om de lokale interventies voor patiënten met zeldzame tumoren en patiënten uit het PMC te kunnen blijven bieden.
  - Zorgaanbieders OncoWest vragen de volumenorm voor lokale behandeling vast te stellen op 40, zij verwachten dat hogere norm eerder tot verlies van kwaliteit dan tot winst zal leiden.

Zie aantallen en aandachtspunten per regio ([hier](#)) voor verdieping en meerdere aandachtspunten.

# In de regio genoemde aandachtspunten per vaatchirurgische behandeling t.b.v. landelijke besluitvorming

## Aneurysma Aorta



- Samenvatting herverdelingsvraagstukken:
  - 15 van 56 ziekenhuizen halen voorgestelde volumenorm aneurysma aorta niet, verdeeld over 7 van de 7 regio's.
  - 7 van 29 ziekenhuizen halen voorgestelde volumenorm aa-complex niet, verdeeld over 3 van de 7 regio's.
- Genoemde aandachtspunten:
  - Ziekenhuizen verwachten volumenorm te halen door groei na 2022 en groei indicatiestelling complexe endovasculaire interventies.
  - Beschikbaarheid vaatchirurgische expertise voor andere operaties en acute zorg neemt af als ziekenhuizen geen aorta interventies meer doen.

## Carotis-lijden



- Samenvatting herverdelingsvraagstukken:
  - In alle regio's wordt al aan bestaande volumenorm chirurgische interventie voldaan.
- Genoemde aandachtspunten:
  - 52% van de ziekenhuizen haalt de procesnorm >80% binnen 2 weken niet en 98% van de ziekenhuizen haalt de procesnorm van >50% binnen 1 week niet.
  - Haalbaarheid procesnorm carotis interventie >50% binnen 1 week.

Zie aantallen en aandachtspunten per regio ([hier](#)) voor verdieping en meerdere aandachtspunten.



# De regio's noemden daarnaast niet-interventiespecifieke aandachtspunten t.b.v. landelijke besluitvorming

## Patiënt



- Reistijd: vrees van zorgaanbieders dat extra reistijd (vooral bij herverdeling maag/slokdarm- en/of pancreasresecties) leidt tot zorgmijding. Verder reizen niet voor alle patiënten haalbaar vooral in gebieden met beperkte OV-voorzieningen. Bredere beschikbaarheid vervoersvergoeding belangrijk (ook voor niet-oncologische patiënten).
- Kwaliteit van zorg voor oncologische patiënten met comorbiditeit en in de palliatieve fase, en voor niet-oncologische patiënten in de zendende ziekenhuizen.
- Gegevensuitwisseling essentieel voor waarborgen kwaliteit en dient gefaciliteerd te worden. Daarnaast zorgpaden stroomlijnen en afspraken over verantwoordelijkheidsverdeling.
- Besluitvorming over herverdeling vooral/ook baseren op uitkomsten. Uitkomsten monitoren en evalueren.
- Focus op volumennormen kan onbedoeld leiden tot afname van minder invasieve, innovatieve behandelingen.

## Zorg-aanbieder



- Kwaliteit en beschikbaarheid van benigne zorg, complicatie- en nazorg en soms ook aanpalende zorg (specialismen gynaecologie en heelkunde) in zendende ziekenhuizen (door expertiseverlies bij professionals).
- Aantrekkelijkheid van zendende ziekenhuizen als werkgever (ook voor aios).
- Impact op andere gespecialiseerde zorg, opleiding, onderwijs en onderzoek in zendende ziekenhuizen.
- Impact van herverdeling vaatchir. zorg op capaciteit diagnostiek / med. beeldvorming in ontvangende huizen.
- Spreiding van zorg (of concentratie van zorg uit een volgende tranche) is randvoorwaardelijk zodat wachttijden niet oplopen in ontvangende ziekenhuizen en nuttig gebruik gemaakt wordt van vrijgevalen capaciteit in zendende ziekenhuizen. Ook belangrijk voor bestaansrecht van kleinere ziekenhuizen.

Zie niet-interventiespecifieke aandachtspunten per regio ([hier](#)) voor verdieping en meerdere aandachtspunten. De niet-interventiespecifieke aandachtspunten zijn gebaseerd op de kwalitatief in kaart gebrachte impact. Zie ([hier](#)) voor landelijk beeld kwalitatief in kaart gebrachte impact.

# De regio's noemden daarnaast niet-interventiespecifieke aandachtspunten t.b.v. landelijke besluitvorming

## Zorgprofessional



- Meer samenwerking in oncologie- en vaatnetwerken, kost extra tijd van artsen (bijv. meer en grotere MDO's) en casemanagers die niet aan patiëntzorg besteed kan worden. Dit dient gefinancierd te worden.
- Zorgen over verlies van uitdaging en werkplezier voor zorgprofessionals in zendende ziekenhuizen.
- Regionale samenwerking (incl. meeverplaatsen) van zorgprofessionals dient goed gefaciliteerd worden. Ook investeren in verdiepen kennis en expertise op andere gebieden is van belang (bij niet meereizen).
- Impact op specialismes urologie en gediff. chirurgie is groter. Hiervoor biedt spreiden moeilijker oplossing.

## Zorgnetwerk



- Goede afspraken met huisartsen en ambulancezorg van groot belang. Daarnaast informatievoorziening richting patiënten en een vast aanspreekpunt voor hen.
- Meewegen risico van behandelingen teveel concentreren op één locatie in regio. Kwetsbaar bij uitzonderlijke situaties / crises in dat centrum (bijv. MRSA-uitbraak, personele uitval).
- Rekening houden met dunbevolkte gebieden.

## Algemeen



- Zorgvuldig implementatietraject incl. spreiding nodig: volledige implementatie per 2026 niet haalbaar.
- Totale beweging van C&S niet volledig te overzien, w.o. dat cascade-effecten niet gekwantificeerd zijn en inhoud volgende tranches. Zorgen over cumulatieve effect ervan op zorg, opleiding, onderwijs en onderzoek.
- Afwijkingen van volumennormen niet te binair benaderen, maar “pas toe of leg uit”-principe hanteren, zoals dat tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder in de praktijk al gebeurt.
- Belang van gedegen evaluatie van het proces voordat gestart kan worden met tweede tranche.

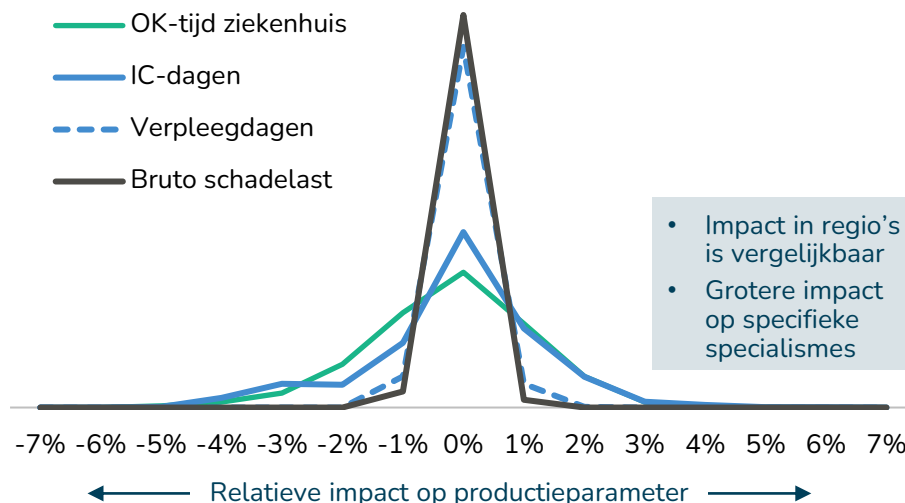
Zie niet-interventiespecifieke aandachtspunten per regio ([hier](#)) voor verdieping en meerdere aandachtspunten. De niet interventiespecifieke aandachtspunten zijn gebaseerd op de kwalitatief in kaart gebrachte impact. Zie ([hier](#)) voor landelijk beeld kwalitatief in kaart gebrachte impact.

# Impact op productieparameters van geconcentreerde zorg

## Impact op productieparameters van herverdeelde behandelingen

- SiRM heeft per scenario de impact op de productieparameters doorgerekend op basis van gegevens van zorgaanbieders en de proxytafel (tenzij de proxies zijn aangepast door de regio).
- Deze is onder andere uitgedrukt in relatieve impact ten opzichte van het gehele ziekenhuis.
- Het gaat om de productieparameters van de specifieke behandelingen die zijn herverdeeld.
- De grafiek toont de verdeling van de relatieve impact voor drie productieparameters en bruto schadelast (omzet) in alle doorgerekende scenario's.
- De meeste scenario's hebben een impact rond 0%, er zijn weinig scenario's met impact boven +/- 3%.
- De mate waarin vrijgevallen productieruimte in de praktijk wordt opgevuld door andere zorg, of door spreiding, is niet meegenomen.

Frequentiedistributie relatieve impact op productieparameters (Nederland)  
[aantal keren dat impact voorkomt in scenario's<sup>1</sup>]



Zie meer detail in Hoofdstuk 4  
Beeld van gekwantificeerde impact ([hier](#))

Bron: Analyse SiRM o.b.v. scenario's aangedragen door de regio's; door instellingen aangedragen proxywaarden en kengetallen, aantal interventies NZa en Geodan reistijdentabel 2023.  
1. In enkele scenario's nemen IC-dagen af tot -13%.

# Genoemde mogelijkheden van spreiding om capaciteit op te vullen en vrij te spelen – Niet vastgesteld in de regio's

Het belang van spreiding, ook van andere zorg dan tranche 1, is vaak genoemd (zie ook kwalitatief in kaart gebrachte impact).

Welke behandelingen dat kunnen zijn, verschilt sterk per regio, en bovendien verschillen meningen daarover binnen regio's.

De impactanalyses betreffen enkel onderzochte behandelingen zonder impact van spreiding en/of opvullen met andere zorg.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                         |                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Capaciteit opvullen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Nefrectomieën</li><li>• Oncologische zorg binnen profiel (bijvoorbeeld hematologie)</li><li>• Robot thymectomie en andere verplaatste zorg (HPB)</li><li>• Benigne longchirurgie</li></ul> <p>Capaciteit vrijspelen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Nefrectomieën</li></ul> | <p><b>Long-resecties</b></p>           | <p><b>Pancreas operaties</b></p>       | <p>Capaciteit opvullen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Upper GI</li><li>• Longresecties</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <p>Capaciteit opvullen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Longchirurgie</li><li>• Lateralisatie van RFA's voor dezelfde indicaties</li></ul> <p>Capaciteit vrijspelen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Hepatobiliaire chirurgie (o.a. pancreas)</li></ul>                                                                              | <p><b>Maag-slokdarm operaties</b></p>  | <p><b>Lokale behandeling nier</b></p>  | <p>Capaciteit opvullen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Oncologische zorg, zoals longresecties</li><li>• Cystectomieën, Radicale cystectomie</li><li>• Benigne indicaties (URS, benigne prostaathyperplasie), Steenchirurgie, bijv. percutane niersteen operaties (PNL), Prostaatdes obstructie (TURP/TUEB)</li><li>• Prostatectomieën</li><li>• Kinderurologie</li></ul> <p>Capaciteit vrijspelen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Benigne chirurgie, cystectomieën</li></ul> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                         | <p><b>Aorta</b></p>                    | <p>Capaciteit opvullen: Perifeer vaatlijden</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

N.B. De genoemde mogelijkheden zijn aangedragen door deelnemers van de regiobijeenkomsten voor de herverdelingsvraagstukken in de regio, ze zijn niet compleet (zo ontbreekt nog spreiding van laagcomplexiteit zorg) en er is geen consensus over. Hier enkel bedoeld als start voor overleg.

Klik [hier](#) voor rapportage over spreidingsmogelijkheden in kaart gebracht voor Zorginstituut.



# 3. Per regio: herverdelingsvraagstukken en aandachtspunten

# Hoofdconclusies impact scenario-analyses uit regio's en aandachtspunten voor landelijke besluitvorming

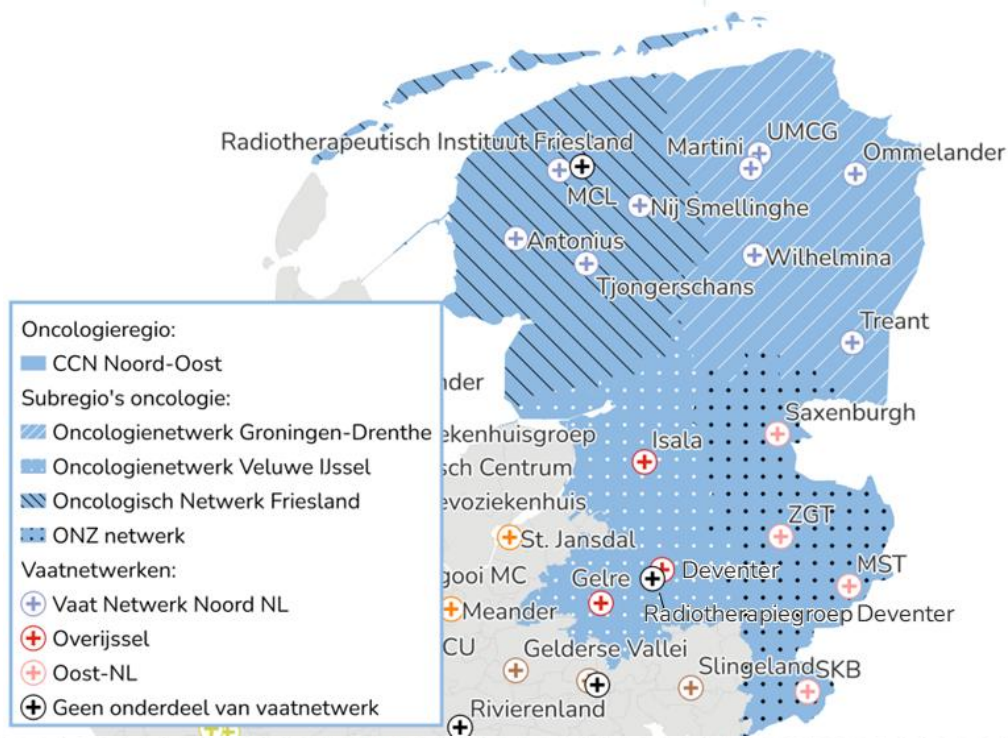
## Gedragenheid in regio

Daar waar op de volgende pagina's in plaats van de regionaam de naam van het oncologie- of vaatnetwerk is gebruikt, betekent dit dat alleen de zorgaanbieders in de regio het aandachtspunt ondersteunen.



Klik op  om naar de betreffende regio te gaan  
Klik linksboven een dia op  om terug te keren naar de landkaart

# Netwerken en zorginstellingen in regio Noord-Oost Nederland



## Zorginstellingen in regio:

- Antonius
- Tjongerschans
- MCL
- Nij Smellinghe
- RIF
- Martini
- UMCG
- Treant
- OZG
- WZA
- MST
- ZGT
- SKB
- SXB
- Isala
- DZ
- Gelre
- RTG



# Herverdelingsvraagstukken en hoofdconclusies scenario-analyse

## Noord-Oost Nederland

### Hoofdconclusies regio t.a.v. kwantitatief in kaart gebrachte impact van scenario's op instellingen

- De relatieve impact van de scenario's op de OK-uren van ziekenhuizen is maximaal -4% tot +3%. Scenario's met de minste impact hebben maximaal -2% tot +2% impact op OK-tijd van het ziekenhuis.
- De relatieve impact van de scenario's op de IC-dagen is maximaal -8% tot +3%. Scenario's met de minste impact hebben maximaal -3% tot +2% impact op het aantal IC-dagen in het ziekenhuis.

### Hoofdconclusies regio t.a.v. impact voor specifieke interventies

- NO NL vraagt om uitzondering volumenorm voor UMCG bij **long** en lokale behandeling **nier** om de toegankelijkheid van tertiaire zorg in de regio te waarborgen.<sup>1</sup>
- CCN NO en zorgverzekeraars vragen om norm van 50 per **ERCP**-ist te hanteren, niet 150 per centrum.
- Oncologienetwerk Veluwe IJssel (OVII) vraagt om een uitzonderingspositie op de volumenorm voor lokale behandeling **nier** en pleit voor netwerkmodel i.p.v. normen per locatie.
- Oncologienetwerk Friesland (ONF) vraagt om een uitzondering voor de volumenorm bij **maag-/slokdarm**operaties voor Friesland.

### Aantal ziekenhuizen die interventie uitvoeren

| Interventie                   |                                | Huidig | ..dat niet aan voorgestelde norm voldoet.. | ..in scenario's impactanalyse <sup>5</sup> |
|-------------------------------|--------------------------------|--------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <b>Hoofd-hals<sup>2</sup></b> | Resecties                      | 3      | -                                          | -                                          |
|                               | Lapreconstructies              | 3      | .. <sup>2</sup>                            | -                                          |
| <b>Pancreas</b>               | Resecties                      | 4      | 1                                          | 2-3                                        |
|                               | ERCP                           | 14     | 5                                          | 10-13                                      |
|                               | Syst. ther. (incid.)           | 16     | -                                          | .. <sup>3</sup>                            |
| <b>Nier</b>                   | Lok. behandeling               | 9      | 6                                          | 5                                          |
|                               | Syst. ther. (incid.)           | 11     | -                                          | .. <sup>3</sup>                            |
| <b>Long</b>                   | Resecties                      | 8      | 3                                          | 5                                          |
|                               | Radiotherapie                  | 5      | -                                          | -                                          |
|                               | Syst. ther. (incid.)           | 16     | -                                          | .. <sup>3</sup>                            |
| <b>Maag/slokdarm</b>          | Operaties                      | 4      | 2                                          | 2-3                                        |
|                               | Endo. resecties                | 1      | -                                          | -                                          |
|                               | Radiotherapie                  | 5      | -                                          | -                                          |
|                               | Syst. ther. (incid.)           | 16     | -                                          | .. <sup>3</sup>                            |
| <b>Aorta</b>                  | Totaal                         | 11     | 1                                          | 9                                          |
|                               | Complex                        | 3      | -                                          | -                                          |
| <b>Carotisl.</b>              | Chirurgische int. <sup>4</sup> | 9      | -                                          | -                                          |

1. Het is belangrijk om deze interventies voor patiënten met zeer complex te opereren tumoren en/of complexe comorbiditeit te blijven bieden in UMCG. Een uitzonderingspositie draagt bij aan spreiding van zorg in de regio en hiermee wordt door betere benutting van de capaciteit van UMCG de toegankelijkheid voor (andere) tertiaire zorg in de regio beter geborgd. 2. De aantallen voor hoofd-hals lapreconstructies betreffen een onderschatting. Hoogstwaarschijnlijk voldoen alle ziekenhuizen aan voorgestelde norm. 3. Systeemtherapie is niet meegenomen in de regionale herverdelingsscenario's. 4. Reeds bestaande volumenorm. 5. Voor interventies met een '-' is er geen regionaal herverdelingsvraagstuk.





# De analyses voor Noord-Oost NL zijn gebaseerd op de volgende aantallen per ziekenhuis

| Interventie (aantal 2022 tenzij anders aangegeven)<br>* = aantal 2023            | Beoogde<br>norm  | RIF             | Antonius | MCL             | Nij Smel-<br>linghe | Tjonger-<br>schans | OZG | Martini | Treant | UMCG             | WZA | MST             | SXB            | SKB            | ZGT | DZ   | Gelre | Isala             | RTG               |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------|----------|-----------------|---------------------|--------------------|-----|---------|--------|------------------|-----|-----------------|----------------|----------------|-----|------|-------|-------------------|-------------------|
| Hoofd/hals - resecties excl. schildklier en bijschildklier                       | 50               |                 |          | 77              | 3                   |                    |     |         | 4      | 187              | 4   | 52              |                | 1              | 2   |      | 3     | 4                 |                   |
| Hoofd/hals - gesteelde of vrij gevasculariseerde lapreconstructies               | 20               |                 |          | 15 <sup>2</sup> |                     |                    |     |         |        | 30               |     | 10 <sup>2</sup> |                |                |     |      |       | 1                 |                   |
| Long - oncologische longresecties                                                | 60               |                 |          | 63*             |                     |                    |     | 64      | 24     | 77               |     | 55              |                |                | 36  |      | 68*   | 60*               |                   |
| Long - radiotherapeutische interventies                                          | 50               | 179             |          |                 |                     |                    |     |         |        | 263              |     | 152             |                |                |     |      |       | 238               | 353               |
| Long - systeemtherapie (incidentie)                                              | 10               |                 | 79       | 209             | 79                  | 70                 | 145 | 189     | 213    | 332              | 100 | 239             | 36             | 58             | 162 | 140  | 265   | 410               |                   |
| Long - systeemtherapie (prevalentie, incl. follow-up)                            | 100 <sup>3</sup> |                 | 309      | 726             | 299                 | 252                | 510 | 727     | 760    | 828              | 293 | 854             | 215            | 235            | 722 | 422  | 962   | 1.272             |                   |
| Long - systeemtherapie (prevalentie, incl. follow-up)                            | 300 <sup>3</sup> |                 | 309      | 726             | 299                 | 252                | 510 | 727     | 760    | 828              | 293 | 854             | 215            | 235            | 722 | 422  | 962   | 1.272             |                   |
| Maag/slokdam - oncologische, chirurgische slokdam- en maagresecties <sup>4</sup> | 75               |                 |          | 64*             |                     |                    |     |         |        | 80*              |     |                 |                |                | 90* |      | 54*   |                   |                   |
| Maag/slokdam - oncologische, endoscopische resecties (vroeg)carcinoom            | 25               |                 |          |                 |                     |                    |     |         |        | 62               |     |                 |                |                |     |      |       | 0* <sup>10</sup>  |                   |
| Maag/slokdam - radiotherapeutische interventies                                  | 50               | 95 <sup>5</sup> |          |                 |                     |                    |     |         |        | 261 <sup>8</sup> |     | 83              |                |                |     |      |       | 118 <sup>11</sup> | 217 <sup>11</sup> |
| Maag/slokdam - systeemtherapie (incidentie)                                      | 10               |                 | 5        | 115             | 6                   | 13                 | 9   | 18      | 23     | 169              | 7   | 39              | 14             | 26             | 104 | 49   | 62    | 111               |                   |
| Maag/slokdam - systeemtherapie (prevalentie, incl. follow-up)                    | 50 <sup>3</sup>  |                 | 14       | 261             | 18                  | 29                 | 38  | 51      | 57     | 344              | 33  | 81              | 37             | 58             | 165 | 73   | 129   | 170               |                   |
| Pancreas - pancreasresecties ongeacht diagnose                                   | 50               |                 |          | 47              |                     |                    |     |         |        | 68               |     | 50              |                |                |     |      |       | 60                |                   |
| Pancreas - aantal ERCP's ongeacht indicatie                                      | 150              |                 | 89       | 261             | 85                  | 149                | 81  | 297     | 246    | 407              | 103 | 383             |                |                | 308 | 153* | 251   | 283               |                   |
| Pancreas - systeemtherapie (incidentie)                                          | 10               |                 | 7        | 38              | 10                  | 19                 | 9   | 27      | 25     | 49               | 4   | 34              | 3              | 15             | 27  | 13   | 25    | 63                |                   |
| Pancreas - systeemtherapie (prevalentie, incl. follow-up)                        | 30 <sup>3</sup>  |                 | 24       | 89              | 26                  | 33                 | 35  | 61      | 63     | 137              | 27  | 66              | 14             | 41             | 51  | 35   | 68    | 137               |                   |
| Nier - lokale behandelingen                                                      | 75               | 0 <sup>6</sup>  |          | 34 <sup>7</sup> | 52 <sup>7</sup>     |                    |     | 76      | 81     | 66               |     | 142             |                | 0*             | 0*  | 41   | 54    | 23                |                   |
| Nier - systeemtherapie (incidentie)                                              | 10               |                 |          | 60              | 3                   | 2                  |     | 23      |        | 103              |     | 23              |                | 3              | 23  | 17   | 1     | 73                |                   |
| Nier - systeemtherapie (prevalentie, incl. follow-up)                            | 50 <sup>3</sup>  |                 | 4        | 110             | 13                  | 5                  | 14  | 45      | 6      | 191              | 5   | 82              | 6              | 14             | 51  | 39   | 16    | 142               |                   |
| Rectum - oncologische rectumresecties (reikwijdteverbreding)                     |                  |                 |          |                 |                     |                    |     |         |        |                  |     | 35              | 0 <sup>9</sup> | 0 <sup>9</sup> | 32  |      |       |                   |                   |
| Aneurysma Aorta - aorta interventies (totaal)                                    | 50               |                 |          | 115*            | 54*                 |                    |     | 51*     | 62*    | 146*             | 42* | 114             |                |                | 92  | 50   | 51    | 108               |                   |
| Aneurysma Aorta - aorta interventies (complex)                                   | 15               |                 |          | 39              |                     |                    |     |         |        |                  |     | 19*             |                |                | 1   | 1    |       | 23                |                   |
| Carotis - chirurgische interventies                                              | 20               |                 |          | 83*             |                     |                    |     | 37*     | 91*    | 90*              |     | 73              |                |                | 63  | 26   | 42    | 57                |                   |

1. We interpreteren lage aantallen als registratie-onvolkomenheden, deze worden in de analyse niet meegenomen. 2. De aantallen voor hoofd-hals lapreconstructies betreffen een onderschatting. Hoogstwaarschijnlijk voldoen alle ziekenhuizen aan voorgestelde norm. 3. Als het netwerk de zorg inricht volgens het shared-caremodel voor systeemtherapie geldt de prevalentienorm voor echelon 1 en incidentienorm (10) voor echelon 2. 4. Voor maag/slokdamoperaties rekenen we in CCN NO met cijfers uit 2023. In 2024 is het aantal voor ZGT hoogstwaarschijnlijk lager omdat DZ naar een ander ziekenhuis verwijst. 5. Cijfer door RIF aangeleverd aan SiRM. 6. Het RIF is in 2024 gestart met radiotherapie bij niertumoren en verwacht in 2024 20-25 patiënten te zullen bestalen. 7. In 2023 en 2024 heeft NS ~10 patiënten voor een partiële nefrectomie doorverwezen naar MCL. In 2025 gaat NS deze zelf weer uitvoeren. 8. Cijfer door UMCG aangeleverd aan SiRM. 9. SXB en SKB voerden in 2022 wel rectumresecties uit. Omdat dit aantal lager dan 5 is namen we deze aantallen niet mee in de impactanalyse. 10. In 2022 voerde Isala nog wel endoscopische resecties maag/slokdam uit. Deze vinden inmiddels in het UMCU plaats door een arts uit Isala. 11. Cijfers door Isala en RTG aangeleverd aan SiRM. Bron: aanlevering cijfers NZa en correcties door Noord-Oost NL.



# Aandachtspunten t.b.v. landelijke besluitvorming Noord-Oost Nederland

## Algemeen | Impactanalyse



- NO NL benadrukt dat de totale beweging van concentratie en spreiding niet in voldoende mate te overzien is. NO NL verwacht dat de voorgestelde volumennormen in delen van de regio aanzienlijke en o.b.v. de impactanalyse onoverzienbare cascade-effecten zullen veroorzaken, zonder dat er nu al zicht is op concrete mitigerende maatregelen. De impactanalyse biedt vooral bij boven(sub)regionale/landelijke verschuivingen onvoldoende grip op alle aspecten die gevolg zijn van concentratie.
  - Onduidelijkheid over voor welke ingrepen in de toekomst volumennormen zullen worden vastgesteld (inhoud volgende tranches), en wanneer dit gebeurt.
  - Eventuele herverdeling heeft impact op een uitgebreid scala aspecten (reistijd, wachttijd, bedrijfsvoering, werkplezier zorgprofessionals, efficiëntie, et cetera). De objectivering en weging van deze impact is erg ingewikkeld.
- NO NL stelt dat wanneer een ziekenhuis of subregio door concentratie zorg verliest, dit geadresseerd dient te worden door spreiding van andere zorg, of concentratie van zorg in een volgende tranche. Hier is tot op heden onvoldoende aandacht voor, terwijl dit wel onderdeel is van de opdracht in het IZA.

## Algemeen | Normen

- NO NL vraagt de Ronde Tafel om bij besluitvorming over normen rekening te houden met dunbevolkte gebieden.
- NO NL vraagt de Ronde Tafel om bij afwijkingen van vastgestelde volumennormen als spelregel het “pas toe of leg uit”-principe te hanteren, zoals dat tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder in de praktijk al gebeurt.



# Aandachtspunten t.b.v. landelijke besluitvorming Noord-Oost Nederland

## Patiënt



- CCN NO verwacht dat extra reistijd bij herverdeling maag/slok darmoperaties en/of pancreasresecties in NO NL leidt tot zorgmijding.<sup>1</sup>
- Spreiding van zorg is randvoorwaardelijk om ervoor te zorgen dat wachttijden niet oplopen in ontvangende ziekenhuizen en dat vrijgevallende capaciteit in zendende ziekenhuizen nuttig gebruikt wordt. Dit is ook belangrijk voor het bestaansrecht en de kwaliteit van zorg van kleinere ziekenhuizen.<sup>2</sup>
- NO NL wil dat keuzes over evt. herverdeling gebaseerd zijn op uitkomsten van zorg en dat uitkomsten zorgvuldig gemonitord en geëvalueerd worden (in elk geval op evt. cascade-effecten). Hiervoor kunnen bestaande kwaliteitsinstrumenten worden gebruikt, zoals DICA en IKNL.<sup>3</sup>

## Zorgnetwerk



- NO NL geeft aan dat het verbeteren van gegevensuitwisseling randvoorwaardelijk<sup>4</sup> is voor het borgen van de kwaliteit in het (subregionale) oncologienetwerk. Dit moet goed gefaciliteerd worden.
- NO NL vindt informatievoorziening richting patiënten en verwijzers van groot belang, zodat patiënten op de juiste plek terechtkomen. Ook een vast aanspreekpunt is van belang.
- NO NL vraagt dat bij de besluitvorming over normen de toegankelijkheid van zorg in een regio in geval van uitzonderlijke situaties / bij crises wordt meegewogen.

1. Een patiëntvertegenwoordiger van de NFK geeft op basis van onderzoek NFK aan dat de meeste patiënten, ook praktisch opgeleiden en groepen die geassocieerd zijn met een lagere SES, bereid zijn langer te reizen voor gespecialiseerde zorg. Zie rapport 'Concentratie en spreiding van oncologische zorg: wat vinden mensen met kanker?' 2. Tegelijkertijd signaleert NO NL dat het vinden van geschikte 'spreidingskandidaten' niet altijd eenvoudig is. 3. De zorgverzekeraar merkt op dat dit in de praktijk niet haalbaar lijkt, omdat ziekenhuizen kwaliteitsinformatie verschillend interpreteren. 4. NFK geeft aan dat deze randvoorwaarde geen vertragende factor mag zijn, omdat er nu ook al oncologische zorg in netwerken geleverd wordt. Opmerking: deze slides zijn een synthese van de aandachtspunten besproken in de 4 oncologienetwerken en VNNN.



# Aandachtspunten t.b.v. landelijke besluitvorming Noord-Oost Nederland

## Zorgaanbieder



- NO NL verwacht dat de kwaliteit en beschikbaarheid van benigne zorg, complicatie- en nazorg en soms ook aanpalende zorg (specialismen gynaecologie en heelkunde) in zendende ziekenhuizen daalt als oncologische interventies niet meer worden gedaan.
- NO NL vindt de aantrekkelijkheid van het zendende ziekenhuis een aandachtspunt bij herverdeling. Het is belangrijk dat ziekenhuizen in staat blijven om voldoende zorgprofessionals aan te trekken. NO NL benadrukt dat wanneer de aantrekkelijkheid van een ziekenhuis afneemt doordat zorg verdwijnt, het risico bestaat dat toegankelijkheid van zorg onder druk komt, zowel voor het betreffende specialisme, als voor aanpalende specialismen.

## Zorgprofessional



- De samenwerking in de vier oncologienetwerken, op CCN NO niveau, en binnen de vaatnetwerken, kost extra tijd van artsen en casemanagers die niet aan patiëntzorg besteed kan worden. NO NL vindt het belangrijk dat dit gefaciliteerd wordt door aanvullende financiering.
- NO NL verwacht dat herverdeling leidt tot uitstroom van medisch specialisten, medisch ondersteunend en verpleegkundig personeel in zendende ziekenhuizen. Om dit enigszins proberen te beperken moet meeverplaatsen met de interventies en het stimuleren van verdieping van kennis en expertise op andere gebieden goed gefaciliteerd worden.
- NO NL vraagt aandacht voor impact op diagnostiek / medische beeldvorming bij herverdeling van vaat-chirurgische zorg, gezien (bestaande) capaciteitstekorten.



# Aandachtspunten t.b.v. landelijke besluitvorming Noord-Oost Nederland



## Uitzonderingspositie UMCG | onc. longresecties en lokale behandeling nier



NO NL vraagt voor UMCG een uitzonderingspositie op de volumennormen voor lokale behandeling nier en oncologische longresecties om de toegankelijkheid van tertiaire zorg in de regio te waarborgen.

- Het is belangrijk om ook in de toekomst deze interventies voor patiënten met zeer complex te opereren tumoren en/of complexe comorbiditeit te bieden in het UMCG.
- De interventie wordt uitgevoerd vanuit het regionale tumortypenetwerk door betrokken operateurs vanuit het huis / de huizen die wél aan de volumennormen voldoen. Het regionale MDO ziet hierbij toe op de indicatiestelling van de behandeling, en adviseert over de locatie van de interventie.
- Een uitzonderingspositie draagt bij aan spreiding van zorg in de regio en hiermee wordt door betere benutting van de capaciteit van UMCG de toegankelijkheid voor (andere) tertiaire zorg in de regio beter geborgd.

## Uitzonderingspositie OVIJ | lokale behandeling nier



Oncologienetwerk Veluwe-IJssel (OVIJ) vraagt de Ronde Tafel om een uitzonderingspositie op de volumennorm voor lokale behandeling nier en pleit voor netwerkmodel i.p.v. normen per locatie.

- De drie ziekenhuizen in OVIJ werken als netwerk samen, waarbij ieder ziekenhuis gericht is op een specifieke behandeling<sup>1</sup> en indicatiestelling plaatsvindt in een gezamenlijk MDO. Samen behalen de ziekenhuizen ruim de norm.
- De behandelingen verschillen sterk van elkaar en zijn niet zozeer tumorspecifiek.<sup>2</sup>
- OVIJ pleit daarom voor het behoud van een netwerkmodel, met behoud van lokale expertise en toetsing op kwaliteit.



# Aandachtspunten t.b.v. landelijke besluitvorming Noord-Oost Nederland

## Pancreas ERCP's



CCN NO en zorgverzekeraars<sup>1</sup> vragen de Ronde Tafel om alleen de volumenorm per ERCP-ist te hanteren – 50 ERCP's per persoon, zoals landelijk gedragen door de beroepsgroep en ook in internationale literatuur naar voren komt – en niet de norm van 150 per instelling.

- Zowel het concentreren van pancreas ERCP's als het spreiden ervan leidt tot onwenselijke situaties voor patiënten met (verdenking op) pancreascarcinoom, maar ook voor patiënten met galsteenlijden en pancreatitis.
- Doordat voor de volumenorm het aantal benigne ERCP's het overgrote deel vormen (circa 90%), heeft een oncologische norm onevenredig veel impact op benigne zorg, inclusief evt. verplaatsing van deze patiënten.
- Als de pancreas ERCP's niet meer gedaan worden dreigen ERCP-isten in kleinere centra de algemeen geaccepteerde volumenorm van 50 per ERCP-ist niet te halen.

## Maag/slokdarm operaties



- CCN NO verwacht dat het verdwijnen van maag/slokdarmoperaties (en mogelijk ook pancreasresecties<sup>2</sup>) in de eerste tranche een majeure impact zal hebben op de zorg in Friesland.
- CCN NO voorziet een domino-effect dat kan leiden tot een afname van kenniskapitaal, een verschraving van de zorg, en een verminderde aantrekkelijkheid van Friesland als werkgebied voor zorgprofessionals.
- ONF vraagt daarom om een uitzondering voor de volumenorm bij maag/slokdarmoperaties voor Friesland. Ongeacht het besluit hierover verplicht CCN NO zich tot het organiseren van flexibiliteit en maatwerk voor toekomstbestendige oncologische zorg binnen het managed clinical network (eveneens voor MCN HPB-tumoren).

1. NFK vindt het te vroeg om verzoek te doen tot aanpassing van de norm bij pancreas ERCP, maar vraagt de Ronde Tafel om de zorgen rondom deze norm voor te leggen aan de betreffende tumortafel. 2. Voor pancreasresecties ziet NO NL wel mogelijkheden om te concentreren (bijv. gezamenlijk HPB-centrum UMCG/MCL), met spreiding van andere complexe HPB-zorg naar MCL. Opmerking: deze slides zijn een synthese van de aandachtspunten zoals deze zijn besproken in de vier oncologienetwerken en VNNN. De aandachtspunten per netwerk staan in de bijlage.





# Netwerken en zorginstellingen in regio Oost Nederland



## Zorginstellingen in regio<sup>1</sup>:

- Bernhoven
- CWZ
- JBZ<sup>2</sup>
- Maasziekenhuis
- Radboudumc
- Rijnstate
- RTG
- Slingeland
- ZGV

1. In VascuZON zijn ook Anna Ziekenhuis, Catharina Ziekenhuis, Elkerliek Ziekenhuis, Máxima MC en SJG Weert betrokken.

2. JBZ is voor pancreas en nier in EMBRAZE (Zuidwest-Nederland) betrokken.

Opmerking: Alleen voor vaatchetwerk VascuZON heeft een impactanalyse plaatsgevonden, inclusief de ziekenhuizen in VascuZON die niet bij Oost-Nederland horen. Vaatchetwerk Gelderland-Midden, Radboudumc en Maasziekenhuis zijn voor vaatchetwerk niet in de impactanalyse meegenomen omdat hier geen herverdelingsvraagstukken zijn.



# Herverdelingsvraagstukken en hoofdconclusies scenario-analyse

## Oost Nederland

### Kwantitatief in kaart gebrachte impact van scenario's op instellingen

- Vanuit kwantitatief oogpunt lijken scenario's voor herverdeling van zorg grotendeels haalbaar. De relatieve impact op ziekenhuizen (OK-tijd, IC-dagen) varieert van maximaal -3% tot +3%. Bij scenario's waarbij zorg verplaatst wordt naar centra met voldoende volume, is er sprake van gemiddeld 15-20 minuten extra reistijd voor patiënten.
- Voor **hoofd-hals**, **pancreas** en **carotis**<sup>4</sup> is geen herverdeling nodig.

### Kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid bij voorgestelde normen

- Volgens Onco Oost heeft gedwongen concentratie tot één operatie-locatie voor maag-slokdarm negatieve consequenties voor de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van deze zorg. Zorgverzekeraars en NFK hebben ondanks het feit dat sprake is van goede kwaliteit en samenwerking, wél sterke voorkeur voor concentratie, in lijn met de landelijk vastgestelde eis van één locatie.
- Bij concentratie van longresecties vreest Onco Oost gevolgen voor niet onc. longzorg en acute zorg voor de Achterhoek. Zorgverzekeraars en NFK hebben sterke voorkeur voor voorgest. volumennormen per locatie.<sup>6</sup> Zij zien geen onoverkomel. problemen in de toekomst. toegankelijkheid.
- Onco Oost stelt voor nieren voor om een shared care model uit te werken om nadelige consequenties voor patiënten, zorgprofessionals en zorgaanbieders te voorkomen, ook al is concentratie mogelijk. Zorgverzekeraars en NFK hebben sterke voorkeur voor concentratie van lokale behandeling nier waarbij de regio voldoet aan de voorgestelde volumennormen.
- De cliëntenraden van Onco Oost kunnen zich goed vinden in de voorstellen van de tumortafels van Onco Oost.

### Aantal zorginstellingen dat interventie uitvoert

| Interventie       |                                | ..huidig       | ..dat niet aan voor-<br>gestelde norm<br>voldoet | ..in scenario's<br>impactanalyse <sup>7</sup> |
|-------------------|--------------------------------|----------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Hoofd-<br>hals    | Resecties                      | 2              | -                                                | -                                             |
|                   | Lapreconstructies              | 1              | -                                                | -                                             |
| Pancreas          | Resecties                      | 1 <sup>1</sup> | -                                                | -                                             |
|                   | ERCP                           | 8              | -                                                | -                                             |
|                   | Syst. ther. (incidentie)       | 8              | -                                                | ..5                                           |
| Nier              | Lok. behandeling               | 5 <sup>1</sup> | 3 <sup>2</sup>                                   | 2-3                                           |
|                   | Syst. ther. (incidentie)       | 8              | 4                                                | ..5                                           |
| Long              | Resecties                      | 5              | 1                                                | 4                                             |
|                   | Radiotherapie                  | 2              | -                                                | -                                             |
|                   | Syst. ther. (incidentie)       | 8              | -                                                | ..5                                           |
| Maag/<br>slokdarm | Operaties                      | 2              | 2                                                | 1                                             |
|                   | Endo. resecties                | 2              | 2                                                | 1                                             |
|                   | Radiotherapie                  | 2              | -                                                | -                                             |
|                   | Syst. ther. (incidentie)       | 8              | -                                                | ..5                                           |
| Aorta             | Totaal                         | 7 <sup>3</sup> | 1                                                | 0-1                                           |
|                   | Complex                        | 3 <sup>3</sup> | -                                                | -                                             |
| Carotis           | Chirurgische int. <sup>4</sup> | 7 <sup>3</sup> | -                                                | -                                             |

1. JBZ is voor pancreas en nier in EMBRAZE (Zuidwest-Nederland) betrokken. 2. De radicale nefro-ureterectomieën zijn niet geïncludeerd in de operationalisatie door de NZa. Radboudumc haalt met de radicale nefro-ureterectomieën erbij de voorgestelde volumennorm (76). 3. Bernhoven, CWZ en JBZ nemen deel in vaatnetwerk VascuZON. In ARTZ Vasculair en voor Radboudumc spelen geen herverdelingsvraagstukken voor vaatchirurgische zorg uit tranche 1, daarvoor heeft geen impactanalyse plaatsgevonden.

4. Reeds bestaande volumennorm. 5. Systeemtherapie is niet meegenomen in de regionale herverdelingsscenario's. 6. Omdat bundeling van kennis en kunde naar verwachting zal leiden tot verdere kwaliteitsverbetering. 7. Voor interventies met een '-' is er geen regionaal herverdelingsvraagstuk.





# Voor Oost Nederland zijn we uitgegaan van de volgende aantallen oncologie per ziekenhuis

| Interventie (aantal 2022 tenzij anders aangegeven)            | Beoogde norm     | Rijnstate    | Slingeland | ZGV | CWZ | Radboud umc     | JBZ             | Bernhoven | Maasziekenhuis  | RTG |
|---------------------------------------------------------------|------------------|--------------|------------|-----|-----|-----------------|-----------------|-----------|-----------------|-----|
| Hoofd/hals - resecties excl. schildklier en bijschildklier    | 50               | 62           | 2          |     | 2   | 177             | 1               | 1         |                 |     |
| Hoofd/hals - gesteelde of vrij gevasc. lapreconstructies      | 20               |              |            |     |     | 41              |                 |           |                 |     |
| Long - oncologische longresecties                             | 60               | 84           | 27         |     | 67  | 108             | 67              |           |                 |     |
| Long - radiotherapeutische interventies                       | 50               |              |            |     |     | 195             |                 |           |                 | 353 |
| Long - systeemtherapie (incidentie) <sup>5</sup>              | 10               | 268          | 133        | 138 | 192 | 315             | 307             | 125       | 52              |     |
| Long - systeemtherapie (prevalentie incl. follow-up)          | 100 <sup>2</sup> | 1.083        | 472        | 551 | 697 | 1.080           | 1.073           | 506       | 238             |     |
| Long - systeemtherapie (prevalentie incl. follow-up)          | 300 <sup>2</sup> | 1.083        | 472        | 551 | 697 | 1.080           | 1.073           | 506       | 238             |     |
| Maag/slokdarm – onc. chirurgische slokdarm- en maagresecties  | 75               | 40<br>(2023) |            |     |     | 57<br>(2023)    |                 |           |                 |     |
| Maag/slokdarm – onc. endosc. resecties (vroeg)carcinoom       | 25               | 12           |            |     |     | 24              |                 |           |                 |     |
| Maag/slokdarm - radiotherapeutische interventies              | 50               |              |            |     |     | 65              |                 |           |                 | 190 |
| Maag/slokdarm – systeemtherapie (incidentie) <sup>5</sup>     | 10               | 70           | 44         | 46  | 73  | 77              | 52              | 18        | 23              |     |
| Maag/slokdarm – systeemtherapie (prevalentie incl. follow-up) | 50 <sup>2</sup>  | 122          | 62         | 82  | 100 | 129             | 142             | 42        | 42              |     |
| Pancreas - pancreasresecties ongeacht diagnose                | 50               |              |            |     |     | 63              | 27 <sup>3</sup> |           |                 |     |
| Pancreas - aantal ERCP's ongeacht indicatie                   | 150              | 316          | 151        | 188 | 177 | 235             | 273             | 173       | 18 <sup>6</sup> |     |
| Pancreas- systeemtherapie (incidentie) <sup>5</sup>           | 10               | 33           | 20         | 27  | 12  | 56              | 51              | 20        | 11              |     |
| Pancreas – systeemtherapie (prevalentie incl. follow-up)      | 30 <sup>2</sup>  | 84           | 44         | 59  | 38  | 127             | 101             | 40        | 18              |     |
| Nier - lokale behandelingen <sup>4</sup>                      | 75               | 95           |            | 40  | 43  | 76 <sup>4</sup> | 20              | 38        |                 |     |
| Nier- systeemtherapie (incidentie) <sup>5</sup>               | 10               | 27           | 5          | 5   | 12  | 112             | 33              | 6         | 3               |     |
| Nier- systeemtherapie (prevalentie incl. follow-up)           | 50 <sup>2</sup>  | 74           | 12         | 26  | 31  | 178             | 67              | 18        | 11              |     |

1. We interpreteren lage aantallen als registratie-onvolkomenheden, deze worden in de analyse niet meegeteld. 2. Als het netwerk de zorg inricht volgens het shared-caremodel voor systeemtherapie geldt de prevalentienorm voor echelon 1 en incidentienorm (10) voor echelon 2. 3. Voor pancreascarcinoom participeert JBZ in oncologienetwerk EMBRAZE. 4. De radicale nefro-ureterectomieën waren niet geïnccludeerd in de operationalisatie door de NZa. Radboudumc haalt met de radicale nefro-ureterectomieën erbij wel de voorgestelde volumenor. Zonder was het aantal 56. Het aantal van 76 is wel in deze tabel verwerkt, maar niet in de scenario-analyse. SiRM verwerkt het aantal ook in de PowerBI. 5. NZa rekent met unieke patiënten per jaar i.p.v. nieuwe patiënten en dit aantal is daarom een overschatting. 6. Maasziekenhuis geeft aan alle ERCP's te verwijzen naar Radboudumc. Bron: analyse SiRM op basis van ZI 2022, aanlevering cijfers NZa en correcties door regio Oost.

# Aandachtspunten oncologie t.b.v. landelijke besluitvorming

## Maag/slokdarm | Huidige situatie



- Binnen Onco Oost is de maag-slokdarmzorg al geconcentreerd in één centrum: het SMACON. Onco Oost licht toe dat er een goed functionerend regionaal MDO is en een regionaal zorgpad dat door alle verwijzers wordt gevolgd. Onco Oost geeft aan dat het centrum voldoet aan de normering, met uitzondering van de twee operatielocaties. Onco Oost benadrukt dat het centrum in de top 3 van Nederland staat qua grootte en geeft aan dat het de beste kwaliteit van zorg levert. Onco Oost merkt op dat de patiënten van het SMACON profiteren van de unieke situatie dat Rijnstate en Radboudumc complementaire hoog specialistische expertise bezitten op het gebied van enerzijds maag-, en anderzijds slokdarmkanker. Bij patiënten met complexe carcinomen, waarbij zowel slokdarm- als maagexpertise vereist is, voeren de maag- en slokdarmchirurgen de operatie samen uit. Dit komt 4-6 keer per jaar voor.

## Maag/slokdarm | Voorgestelde normen



- Onco Oost geeft aan dat bij een gedwongen concentratie tot één operatielocatie in het ontvangende huis een geheel nieuwe behandelindicatie zal moeten worden opgestart en geïntegreerd in de lokale zorgpaden. Onco Oost vraagt hierop een uitzondering, omdat het oncologienetwerk vindt dat hiermee afbreuk wordt gedaan aan de huidige excellente kwaliteit van zorg en de al geconcentreerde en stevig geborgde en efficiënte zorgorganisatie voor de gehele regio.
- Zorgverzekeraars en NFK hebben ondanks het feit dat sprake is van goede kwaliteit en samenwerking, een sterke voorkeur voor het concentreren, in lijn met de landelijk vastgestelde eis van één locatie, van de maag- en slokdarm operaties binnen het Radboudumc of Rijnstate omdat bundeling naar verwachting zal leiden tot verdere kwaliteitsverbetering. Zij zien geen onoverkomelijke problemen in de toekomstige toegankelijkheid. Zorgverzekeraars en NFK zien graag ook een uitwerking van de concentratie op één operatielocatie tegemoet, met daarbij de voor- en nadelen. Ze willen hierover in januari 2025 verder in gesprek met Onco Oost.

# Aandachtspunten oncologie t.b.v. landelijke besluitvorming

## Longtumoren



- Slingeland Ziekenhuis (inclusief cliëntenraad) maakt zich grote zorgen over het effect van concentratie voor de niet oncologische longzorg én de Level2-traumafunctie voor patiënten uit de Achterhoek. Men signaleert een verlies in expertise, slechtere bereikbaarheid, langere wachttijden en een verhoogd risico op complicaties voor patiënten. Omwille van deze zorgen voor de patiënten uit de Achterhoek én omdat de huidige kwaliteit van de longresecties aantoonbaar uitstekend stelt Onco Oost voor om te gaan werken met een shared care model om daarmee deze zorg en expertise voor de Achterhoek te behouden.
- Zorgverzekeraars en NFK hebben een sterke voorkeur voor het hanteren van de voorgestelde volumennormen voor oncologische longresecties per locatie omdat bundeling van kennis en kunde naar verwachting zal leiden tot verdere kwaliteitsverbetering. Zij zien geen onoverkomelijke problemen in de toekomstige toegankelijkheid voor benigne longchirurgie. Daarom zien zij graag de verdere uitwerking van concentratievariant naar 4 locaties tegemoet, met daarbij de voor- en nadelen. Ze willen hierover in januari 2025 verder in gesprek met Onco Oost.

## Lokale behandeling nier



- Verdere concentratie heeft volgens Onco Oost een aantal ongewenste consequenties voor patiënten, zorgaanbieders en zorgprofessionals. Daarom stelt Onco Oost voor om op basis van een nader uit te werken shared care model deze zorg op vijf locaties te blijven doen.
- Zorgverzekeraars en NFK hebben een sterke voorkeur voor concentratie van de lokale behandeling van de nieren waarbij de regio voldoet aan de voorgestelde volumennormen. Omdat bundeling van kennis en kunde naar verwachting zal leiden tot verdere kwaliteitsverbetering. Zorgverzekeraars en NFK hanteren de voorstelde normen als uitgangspunt en zien daarom ook graag de verdere de uitwerking van concentratievarianten die hieraan voldoen tegemoet, met daarbij de voor- en nadelen. Ze willen hierover in januari 2025 verder in gesprek met Onco Oost.

# Aandachtspunten oncologie t.b.v. landelijke besluitvorming

## Patiënt in regionaal zorgnetwerk



- Onco Oost signaleert een verlies in expertise, slechtere bereikbaarheid, langere wachttijden, verminderde toegankelijkheid en een verhoogd risico op complicaties voor patiënten uit de Achterhoek (long).
- Onco Oost vreest mogelijk langere wachttijden door capaciteitsproblemen bij de geconcentreerde ziekenhuizen (nier).
- Onco Oost verwacht verminderde kwaliteit en toegankelijkheid van zorg bij een gedwongen concentratie naar één operatielocatie (maag-slokdarm).
- Onco Oost merkt op dat verder reizen niet goed haalbaar is voor alle patiënten, bijv. met een lage SES (alle interventies).
- De cliëntenraden van Onco Oost kunnen zich goed vinden in de voorstellen van de tumortafels van Onco Oost.

## Zorgaanbieder



- Onco Oost geeft aan dat SMACON een unieke verdeling van maag- en slokdarmresecties kent, waarbij de kwaliteit positief wordt versterkt door de expertise van het ziekenhuis. Onco Oost vindt dat gedwongen verplaatsing naar één locatie afbreekt, inefficiënt is en de huidige excellente kwaliteit van zorg aantast (maag-slokdarm).
- Onco Oost heeft grote zorgen om het kunnen handhaven van de Level2-traumafunctie en de benigne longzorg voor patiënten uit de Achterhoek (long).
- Onco Oost vreest potentiële uitstroom van zorgprofessionals in combinatie met zorgen om beschikbaarheid van personeel, zeker in de Achterhoek (nier, long).
- Onco Oost verwacht dat spreiding van interventie-radiologie dreigt door concentratie op tumorsoort (nier).
- Onco Oost voorziet nadelige effecten op de bredere zorgketen en de expertise binnen de regio (alle interventies).

# Aandachtspunten oncologie t.b.v. landelijke besluitvorming

## Zorgprofessional



- Onco Oost benadrukt dat gespecialiseerde zorg die nu is ingebed in Rijnstate en Radboudumc niet eenvoudig overgenomen kan worden op de andere locatie, met risico's voor de continuïteit van zorg (maag-slokdarm).
- Onco Oost verwacht dat het moeilijk zal zijn om een brede opleiding voor specialisten te kunnen behouden (nier).
- Onco Oost maakt zich zorgen over verlies van expertise en uitdagingen voor zorgprofessionals (alle interventies).
- Onco Oost vreest dat er geen bereidheid zal zijn om naar een andere werkplek te gaan, waardoor uitholling van het vak kan worden ervaren met als gevolg een verhoogde kans op uitstroom (alle interventies).
- Onco Oost merkt op dat verplaatsing van zorg impact heeft op onderwijs en onderzoek, wat niet zomaar op een andere locatie kan worden overgenomen (alle interventies).



# Aandachtspunten vaatchirurgie t.b.v. landelijke besluitvorming

## Carotislijden



- Wanneer de voorgestelde procesnorm voor carotislijden (50% van de patiënten ondergaat binnen 1 week na eerste contact in de tweede lijn interventie) wordt vastgesteld, dan zal ARTZ Vasculair zich hieraan conformeren. Volgens ARTZ Vasculair draagt deze norm niet bij aan een verhoging van de kwaliteit van de geleverde zorg.



# Voor Oost Nederland zijn we uitgegaan van de volgende aantallen vaatchirurgie voor de ziekenhuizen in VascuZON

Volgdoet aan beoogde norm ■ Volgdoet niet aan beoogde norm

| Interventie (aantal 2022 tenzij anders aangegeven)                          | Beoogde norm | SJG Weert | Anna Ziekenhuis <sup>1</sup> | Catharina Ziekenhuis | Elkerliek Ziekenhuis | Máxima Medisch Centrum | Bernhoven  | Canisius Wilhelmina Ziekenhuis | Jeroen Bosch Ziekenhuis |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------|------------------------------|----------------------|----------------------|------------------------|------------|--------------------------------|-------------------------|
| Aneurysma aorta - aorta interventies (totaal)                               | 50           |           | 9 (2023)                     | 138 (2023)           | 41 (2023)            | 59                     | 41 (2023)  | 69                             | 78                      |
| Aneurysma aorta - aorta interventies (complex)                              | 15           |           |                              | 18 (2023)            |                      |                        |            |                                | 18 (2023)               |
| Carotis - percentage dat interventie ondergaat binnen 1 week na 1e contact  | 50%          |           | 27%                          | 2%                   | 15% (2023)           | 10%                    | 15%        | 15%                            | 11%                     |
| Carotis - percentage dat interventie ondergaat binnen 2 weken na 1e contact | 80%          |           | 88% (2023)                   | 18% (2023)           | 82% (2023)           | 57%                    | 87% (2023) | 67%                            | 87%                     |
| Carotis - chirurgische interventies                                         | 20           |           | 27 (2023)                    | 79 (2023)            | 45 (2023)            | 61                     | 41 (2023)  | 54                             | 63                      |

Ziekenhuizen Oost-Nederland





# Daarnaast zijn we uitgegaan van de volgende aantallen vaat-chirurgie voor de huizen in ARTZ Vasculair en voor Radboudumc

Voldoet aan beoogde norm

Voldoet niet aan beoogde norm

| Interventie (aantal 2022 tenzij anders aangegeven)                          | Beoogde norm | Radboudumc             | ARTZ vasculair |                       |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------|------------------------|----------------|-----------------------|----------------------------|
|                                                                             |              |                        | Rijnstate      | Slingeland Ziekenhuis | Ziekenhuis Gelderse Vallei |
| Aneurysma aorta - aorta interventies (totaal)                               | 50           | 92                     | 149            | 50                    | 63                         |
| Aneurysma aorta - aorta interventies (complex)                              | 15           | 26 (2024) <sup>1</sup> | 28             | 0                     | 0                          |
| Carotis - percentage dat interventie ondergaat binnen 1 week na 1e contact  | 50%          | 26                     | 22             | 24                    | 10                         |
| Carotis - percentage dat interventie ondergaat binnen 2 weken na 1e contact | 80%          | 72                     | 81             | 95                    | 74                         |
| Carotis - chirurgische interventies                                         | 20           | 47                     | 74             | 38                    | 43                         |

# Netwerken en zorginstellingen in regio Zuid-Oost Nederland



## Zorginstellingen in regio<sup>1</sup>:

- Anna Ziekenhuis
- Catharina Ziekenhuis
- Elkerliek Ziekenhuis
- Laurentius Ziekenhuis
- Maastricht UMC+
- Maastricht
- Máxima MC
- SJG Weert
- VieCuri Venlo
- Zuyderland MC



# Herverdelingsvraagstukken en hoofdconclusies scenario-analyse

## Zuid-Oost Nederland

### Kwantitatief in kaart gebrachte impact van scenario's op instellingen

Binnen Zuid-Oost Nederland zijn scenario's mogelijk waarbij de impact op OK en IC tussen  $\pm 1\%$  blijft en waarbij de impact op de inzet van zorgprofessionals minder is dan  $\pm 1$  FTE per type zorgprofessional. Dit is voornamelijk bij behoud op de huidige locaties of bij herverdeling waarbij effecten tegen elkaar opwegen.

### Toegankelijkheid specifieke interventies bij voorgestelde normen

- Concentratie van de **maag/slokdarm** operaties in één centrum door voorgestelde volumenorm zet druk op toegankelijkheid, OncoZON vraagt Ronde Tafel om norm te heroverwegen (zie ook onderbouwing in bestuurlijke oplegger zorgaanbieders).
- Voor **long** en **nier** verwacht Zuid-Oost NL de toegankelijkheid van zorg te blijven borgen bij vaststelling huidige voorgestelde normen (i.e. 60 voor long, niet bij 100), ondanks uitdagingen.
- Voor **hoofd-hals, pancreas, aorta en carotis** is de impact in Zuid-Oost NL beperkt.

### Aantal zorginstellingen dat interventie uitvoert..

| ..Interventie |                                | ..huidig       | ..dat niet aan voorgestelde norm voldoet | ..in scenario's impact-analyse <sup>1</sup> |
|---------------|--------------------------------|----------------|------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Hoofd-hals    | Resecties                      | 1              | -                                        | -                                           |
|               | Lapreconstructies              | 1              | -                                        | -                                           |
| Pancreas      | Resecties                      | 2              | -                                        | 1-2                                         |
|               | ERCP                           | 8              | 3                                        | .. <sup>2</sup>                             |
|               | Syst. ther. (incidentie)       | 9              | 4                                        | .. <sup>3</sup>                             |
| Nier          | Lok. behandeling               | 7              | 5 <sup>4</sup>                           | 3                                           |
|               | Syst. ther. (incidentie)       | 8              | 4                                        | .. <sup>3</sup>                             |
| Long          | Resecties                      | 5              | 3                                        | 2-5                                         |
|               | Radiotherapie                  | 2              | -                                        | -                                           |
|               | Syst. ther. (incidentie)       | 9              | -                                        | .. <sup>3</sup>                             |
| Maag/slokdarm | Operaties                      | 2              | 1                                        | 1                                           |
|               | Endo. resecties                | 1              | -                                        | 1                                           |
|               | Radiotherapie                  | 2              | -                                        | -                                           |
|               | Syst. ther. (incidentie)       | 9              | 3                                        | .. <sup>3</sup>                             |
| Aorta         | Totaal                         | 7 <sup>5</sup> | 2                                        | 6                                           |
|               | Complex                        | 3 <sup>5</sup> | -                                        | -                                           |
| Carotisl.     | Chirurgische int. <sup>6</sup> | 7 <sup>5</sup> | -                                        | -                                           |

1. In de impactanalyse zijn 18 scenario's doorgerekend; op basis hiervan vond in regionale, tripartiete overleggen aanscherping van uitgangspunten en verdere indikking van het aantal scenario's voor de volgende fase plaats. Voor interventies met een '-' is er geen regionaal herverdelingsvraagstuk. 2. Omdat de regio aangeeft dat de ziekenhuizen die de volumenorm niet halen (vrijwel) geen oncologische pancreas ERCP's doen, nemen we dit niet mee als herverdelingsvraagstuk. 3. Systeemtherapie is niet opgenomen in de regionale herverdelingsscenario's. 4. Zuyderland haalt met de radicale nefro-ureterectomieën erbij de voorgestelde volumenorm (83). 5. Vaatnetwerk Limburg en VascuZON samen, excl. de ziekenhuizen in VascuZON die niet bij Zuid-Oost Nederland horen. 6. Reeds bestaande volumenorm.



# De analyses zijn gebaseerd op de volgende aantallen per ziekenhuis

| Interventie (aantal 2022 tenzij anders aangegeven)                     | Beoogde norm     | Maastro        | Laurentius Ziekenhuis | VieCuri Venlo | Maastricht UMC+ | Zuyderland MC   | SIG Weert | Anna Ziekenhuis | Catharina Ziekenhuis | Elkerliek Ziekenhuis | Máxima Medisch Centrum |
|------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------|-----------------------|---------------|-----------------|-----------------|-----------|-----------------|----------------------|----------------------|------------------------|
| Hoofd/hals - resecties excl. schildklier en bijschildklier             | 50               |                |                       |               | 127             | 1               | 1         |                 |                      | 4                    | 1                      |
| Hoofd/hals - gesteelde of vrij gevasculariseerde lapreconstructies     | 20               |                |                       |               | 37              |                 |           |                 |                      |                      |                        |
| Long - oncologische longresecties                                      | 60               |                | 66                    |               | 48              | 105             |           |                 | 56                   |                      | 57 <sup>3</sup>        |
| Long - radiotherapeutische interventies                                | 50               | 279            |                       |               |                 |                 |           |                 | 212                  |                      |                        |
| Long - systeemtherapie (incidentie)                                    | 10               |                | 128                   | 157           | 327             | 400             | 28        | 108             | 240                  | 126                  | 161                    |
| Long - systeemtherapie (prevalentie incl. follow-up)                   | 100 <sup>2</sup> |                | 558                   | 619           | 888             | 1.241           | 181       | 317             | 800                  | 420                  | 605                    |
| Long - systeemtherapie (prevalentie incl. follow-up)                   | 300 <sup>2</sup> |                | 558                   | 619           | 888             | 1.241           | 181       | 317             | 800                  | 420                  | 605                    |
| Maag/slokdarm - oncologische, chirurgische slokdarm- en maagresecties  | 75               |                |                       |               |                 | 57              |           |                 | 77                   |                      |                        |
| Maag/slokdarm - oncologische, endoscopische resecties (vroeg)carcinoom | 25               |                |                       |               |                 |                 |           |                 | 78                   |                      |                        |
| Maag/slokdarm - radiotherapeutische interventies                       | 50               | 127            |                       |               |                 |                 |           |                 | 122                  |                      |                        |
| Maag/slokdarm - systeemtherapie (incidentie)                           | 10               |                | 17                    | 42            | 10              | 116             | 7         | 7               | 202                  | 8                    | 19                     |
| Maag/slokdarm - systeemtherapie (prevalentie incl. follow-up)          | 50 <sup>2</sup>  |                | 39                    | 92            | 22              | 326             | 18        | 14              | 307                  | 43                   | 33                     |
| Pancreas - pancreasresecties ongeacht diagnose                         | 50               |                |                       |               | 61 <sup>3</sup> |                 |           |                 | 70 <sup>3</sup>      |                      |                        |
| Pancreas - aantal ERCP's ongeacht indicatie                            | 150              |                | 94                    | 190           | 308             | 400             | 12        | 68              | 301                  | 88                   | 174                    |
| Pancreas - systeemtherapie (incidentie)                                | 10               |                | 12                    | 12            | 54              | 9               | 8         | 2               | 50                   | 5                    | 32                     |
| Pancreas - systeemtherapie (prevalentie incl. follow-up)               | 30 <sup>2</sup>  |                | 19                    | 29            | 115             | 41              | 22        | 9               | 108                  | 20                   | 71                     |
| Nier - lokale behandelingen                                            | 75               | 9 <sup>4</sup> | 16                    | 40            | 35              | 83 <sup>5</sup> |           |                 | 92                   | 2                    | 28                     |
| Nier - systeemtherapie (incidentie)                                    | 10               |                |                       | 29            | 45              | 50              | 2         | 2               | 2                    | 2                    | 89                     |
| Nier - systeemtherapie (prevalentie incl. follow-up)                   | 50 <sup>2</sup>  |                | 9                     | 54            | 77              | 89              | 3         | 9               | 11                   | 7                    | 161                    |
| Aneurysma Aorta - aorta interventies (totaal)                          | 50               |                |                       | 97            | 104             | 121             |           | 9 <sup>3</sup>  | 138 <sup>3</sup>     | 41 <sup>3</sup>      | 59                     |
| Aneurysma Aorta - aorta interventies (complex)                         | 15               |                |                       |               | 30              | 20 <sup>3</sup> |           |                 | 18 <sup>3</sup>      |                      |                        |
| Carotis - chirurgische interventies                                    | 20               |                |                       | 57            | 71              | 115             |           | 27 <sup>3</sup> | 79 <sup>3</sup>      | 45 <sup>3</sup>      | 61                     |

1. We interpretern lage aantallen als registratie-onvolkomendheden, deze worden in de analyse niet meegeteld. 2. Als het netwerk de zorg inricht volgens het shared-caremodel voor systeemtherapie geldt de prevalentienorm voor echelon 1 en incidentienorm (10) voor echelon 2. 3. Aantal in 2023. In de scenario's gaan we uit van de aanname dat Elkerliek 30 longresecties naar MMC gaat verwijzen i.p.v. naar Radboudumc. Elkerliek onderzoekt of ze eenzelfde samenwerking in OncoZON kunnen opzetten, waarbij Elkerliek in de toekomst 30 longpatiënten met dezelfde kwalitatieve mogelijkheden zoals nu binnen longkankernet naar MMC kan verwijzen conform OncoZON uitgangspunten. Het niet meenemen van deze aanname heeft zeer beperkte impact op de hoofdconclusies. 4. Voorgestelde norm geldt niet als instellingen alleen radiotherapie doen. 5. De radicale nefro-ureterectomieën zijn niet geïncleudeerd in de operationalisatie door de NZa. Voor Zuyderland zijn deze wel meegeteld. Zuyderland haalde in eerdere opgave zonder de radicale nefro-ureterectomieën 66 interventies, dit aantal is in scenario's meegenomen.

Bron: analyse SiRM op basis van ZI 2022, aanlevering cijfers NZa en correcties door OncoZON.

# Concentratie door voorgestelde norm maag/slokdarm zet druk op toegankelijkheid, OncoZON vraagt Ronde Tafel norm te heroverwegen

## Maag/slokdarm



- OncoZON vraagt de ronde tafel om landelijke uniforme vaststelling van volumennorm maag/slokdarm operaties te heroverwegen.<sup>1</sup> De volumennorm voor maag/slokdarm operaties zou ertoe leiden dat deze ingreep in heel Zuid-Oost Nederland maar op één plek aangeboden wordt. Catharina Ziekenhuis Eindhoven is dan de meest logische locatie met 77 interventies (incl. Barrett Expert Center) versus Zuyderland met 57.
- Gezien de regionale geografie (uitgestrekt gebied) met herhaaldelijke reistijden tot ~1,5 uur en lage SES van inwoners uit Zuid-Limburg, zijn er zorgen dat patiënten zorg mijden of voor buitenland kiezen als er in Zuid-Limburg geen aanbod beschikbaar blijft.
- Bovendien denkt OncoZON dat:
  - Uitkomsten van zorg o.b.v. DUCA/DICA vergelijkbaar zijn tussen Zuyderland MC en Catharina zkh en de OECI-accreditatie aantoont dat kwaliteit in oncologische netwerkzorg geborgd is. De ambitie van de regio is om de samenwerking conform shared care model verder te versterken om zo expertise, innovatie en kwaliteit te stimuleren.
  - Bij concentratie naar één locatie het risico op verminderde beschikbaarheid van zorg toeneemt in geval van bijzondere situaties in het centrum (bijv. MRSA-uitbraak, personele uitval) en bij crises of rampen (bijv. een pandemie).



# Voor long en nier verwacht Zuid-Oost NL toegankelijkheid van zorg te blijven borgen bij vaststelling normen, ondanks grote impact

## Oncologische longresecties



- Bij een volumennorm van 60 oncologische longresecties verwacht Zuid-Oost NL herverdeling te kunnen realiseren waarbij de toegankelijkheid van zorg geborgd blijft:
  - Scenario's zijn mogelijk met max. 1% impact op OK en IC.
  - Gemiddelde extra reistijd tussen de 8 en 12 minuten.
- Verdergaande concentratie (bijvoorbeeld als volumennorm in toekomst toeneemt naar 100<sup>1</sup>) heeft volgens OncoZON grote impact, zonder dat het de kwaliteit verhoogt. Als ziekenhuizen geen longresecties meer uitvoeren, worden evt. investeringen teniet gedaan, bijvoorbeeld:
  - **Opleiding:** (Differentiatie)opleiding tot cardio-thoracaal- en/of longchirurg in CZE, MMC, MUMC+ of ZMC kan daar niet meer aangeboden worden
  - **Expertise, onderzoek en innovatie:** Minder expertise voor longbeademing/pathologie op afdelingen anesthesiologie en IC (expertise gewenst bij slokdarm-chirurgie) en negatieve gevolgen hebben voor onderzoek dat MMC/ZMC doen op longoncologie.

## Lokale behandeling nier



- Bij een volumennorm van 75 voor lokale behandeling nier verwacht Zuid-Oost NL herverdeling te kunnen realiseren waarbij de toegankelijkheid van zorg geborgd blijft:
  - Scenario's zijn mogelijk met max. 1% impact op OK en IC.
  - Scenario's zijn mogelijk met gem. extra reistijd v. 15 min.
- OncoZON benadrukt dat als door evt. herverdeling ziekenhuizen geen lokale behandeling nier meer uitvoeren, investeringen teniet worden gedaan, bijv.:
  - **Apparatuur:** Het minder goed benutten van de Da Vinci Robot (MUMC+ en ZMC) en hybride OK's (meerdere ziekenhuizen)
  - **Infrastructuur:** Het niet meer uitvoeren van nieroperaties in MUMC+ heeft negatieve impact in OncoZON op de (team)infrastructuur voor niertransplantaties en -operaties bij kinderen.
- De (benodigde) herverdeling van lokale behandeling nier zorgt in alle scenario's voor een verandering in OK-tijd van urologen van tenminste -9% tot +11% per ziekenhuis.



# Voor hoofd-hals, pancreas, aorta en carotis is de impact in Zuid-Oost NL beperkt. Wel zetten ziekenhuizen vraagtekens bij vaatnorm.

- In Zuid-Oost NL zijn geen veranderingen nodig als de hoofd-hals-normen worden vastgesteld.

## Hoofd-hals



## Aorta



- In vaatnetwerk Limburg is geen herverdeling nodig voor de aorta-interventies.
- In VascuZON zijn beperkt zorgen over de toename in reistijd en reiskosten door de aorta-volumenormen. VascuZON maakt zich wel zorgen over de patiënten in andere vaatnetwerken waar de extra reistijd hoger ligt, gezien de relatief lage sociaal-economische status bij patiënten met vaatproblemen.

- Voor pancreasresecties voldoet de regio aan de volumennorm en is er geen herverdeling nodig. De impactanalyse laat zien dat concentreren naar 1 centrum grote impact heeft:
  - >35 minuten gemiddelde extra reistijd
  - 1-2% verandering van de OK-tijd
- Voor de ERCP-norm is volgens Zuid-Oost NL geen herverdeling nodig, omdat de ziekenhuizen onder de norm (vrijwel) geen oncologische pancreas ERCP's uitvoeren.

## Pancreas



## Carotis



- In Zuid-Oost NL voldoen alle ziekenhuizen aan de volumennorm voor carotis interventies.
- Beide vaatnetwerken vinden dat het onduidelijk is of de voorgestelde procesnorm positief werkt voor de kwaliteit van de vaatchirurgie in breedste zin en zetten specifiek vraag-tekens bij de procesnormen voor carotis. Het ondergaan van de interventie <1 week is een organisatorische uitdaging en er is twijfel over kwaliteitswinst.





# Regio Zuid-Oost NL geeft de Ronde Tafel graag de volgende algemene aandachtspunten mee bij de besluitvorming over normen

## Patiënt in regionaal zorgnetwerk



- OncoZON vindt dat er bij herverdeling breder naar kwaliteit en doelmatigheid van zorg gekeken moet worden, bijvoorbeeld door uitkomsten<sup>1</sup> en beschikbaarheid van zorg mee te wegen bij evt. herverdeling. De OECI-accreditatie toont aan dat kwaliteit in oncologische netwerkzorg geborgd is. De ambitie van de regio is om de samenwerking conform shared care model verder te versterken om zo expertise, innovatie en kwaliteit te stimuleren.
- OncoZON heeft zorgen over de extra reistijd (en -kosten) bij concentratie, zeker gezien de uitgestrekte regio, beperkte OV-voorzieningen, laag inkomen, lage SES en beperkte gezondheidsvaardigheden van de inwoners, met name in Zuid-Limburg. Dit geeft risico op zorgmijding of keuze voor zorg in het buitenland.

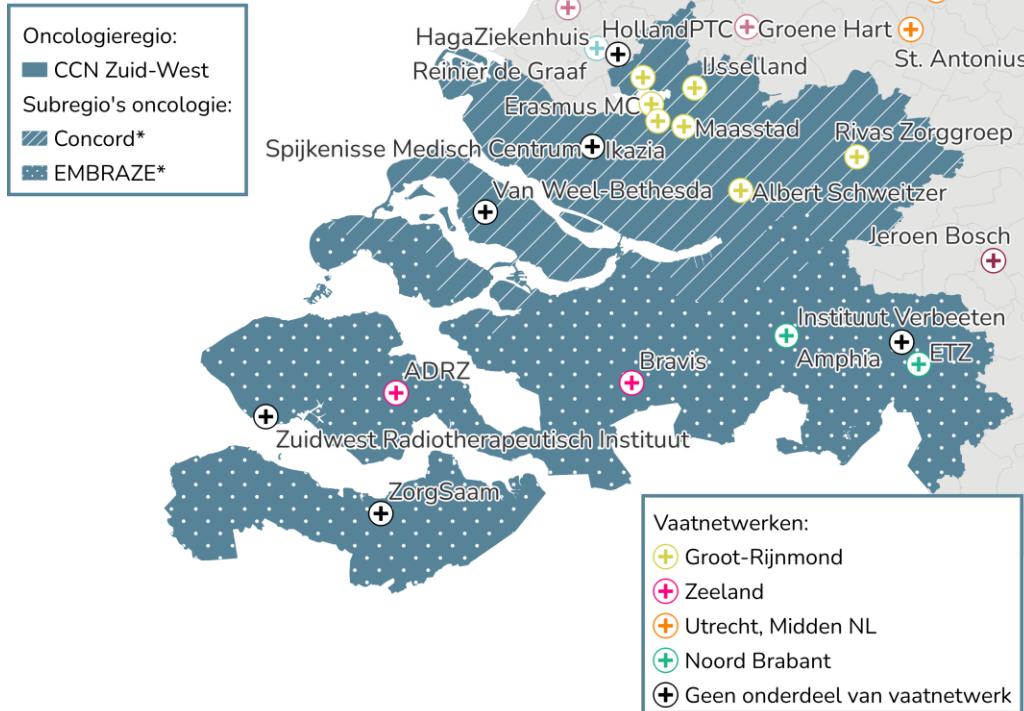
## Zorgaanbieder



- OncoZON vraagt de Ronde Tafel om volumenormen genuanceerd te benaderen i.p.v. binair o.b.v. wel/niet behalen minimum volumes. Bij maag/slokdarmkanker, long- en nier liggen huidige volumes soms vlak onder de norm. Hoe dichterbij de norm hoe groter de impact<sup>2</sup> is bij het stoppen op desbetreffende locatie. Bovendien is de verwachting dat door de demografische groei in de Brainport regio de volumes daar toe gaan nemen.
- OncoZON ziet een risico bij teveel concentreren van behandelingen, zeker wanneer dat op één locatie in de regio zou zijn. Dat maakt de beschikbaarheid van zorg kwetsbaar in het geval van bijzondere situaties in het centrum (bijv. MRSA-uitbraak, personele uitval) en bij crises of rampen (bijv. een pandemie) en het vermindert de regionale toegankelijkheid.
- Hoewel de relatieve impact op parameters t.o.v. hele ziekenhuis beperkt kan zijn, is in het belang van de optimale benutting van capaciteiten spreiding van zorg belangrijk.
- OncoZON benadrukt dat de organisatie van deze zorg complexer wordt bij concentratie, doordat er meer verschillende zorgverleners en ziekenhuizen betrokken zijn per patiënt, met grotere MDO's tot gevolg. Op basis van eerdere ervaring met herverdeling van zorg is het een uitdaging om dit goed te gaan organiseren. Zuid-Oost NL vindt het belangrijk dat dit goed gefaciliteerd wordt.



# Netwerken en zorginstellingen in regio Zuid-West Nederland



## Zorginstellingen in regio:

- Adrz
- Amphia
- ASZ
- Bravis
- FGV
- Erasmus MC
- ETZ
- IJsselland
- Ikazia
- Inst. Verbeeten
- JBZ<sup>1</sup>
- Maasstad
- Rivas<sup>2</sup>
- SMC
- VVB
- ZorgSaam
- ZRTI



# Herverdelingsvraagstukken en hoofdconclusies scenario-analyse

## Zuid-West Nederland

### Kwantitatief in kaart gebrachte impact van scenario's op instellingen

- De regio benadrukt dat de kwantitatief in kaart gebrachte impact alleen de parameters van interventies uit tranche 1 betreft dus zonder cascade-effecten<sup>6</sup> en dat de impact hierdoor groter is. Ook spreiding is nog niet gekwantificeerd.
- De relatieve impact van de subregionale scenario's op de OK-uren en IC-dagen van ziekenhuizen is max. +/- 2% (Concord en EMBRAZE), met name door verplaatsing lokale behandeling nier en longresecties (Concord). Er zijn scenario's met max impact tussen +/-1%. Impact scenario vaatchirurgie tussen -3% en +1%
- Gecombineerd met regionale scenario's (pancreasresectie en maag-slokdarm) is de impact maximaal -4% en 2% op OK-tijd en IC-dagen. Er zijn scenario's waarbij de impact maximaal +/- 1% is.

### Kwantitatief in kaart gebrachte impact bij specifieke interventies

- Verplaatsing lokale behandeling nier leidt in alle scenario's tot ruime verdubbeling van reistijd voor patiënten nabij zendende ziekenhuizen in EMBRAZE. Dat is met name in Zeeland en ZH-eilanden problematisch.
- Wachttijden moeten worden gemeten en betrokken bij uitwerking in de regio.
- De regio wijst erop dat de volumenorm van 75 voor nier leidt tot significante impact voor 8 van de 11 ziekenhuizen. Dat is uiteraard minder bij 50, dan halen 4 van de 11 ziekenhuizen de norm niet.
- De zorginstellingen achten een volumenorm van 100 voor longchirurgie niet uitvoerbaar.

### Aantal zorginstellingen dat interventie uitvoert..

| ..Interventie |                                | ..huidig        | ..dat niet aan voorgestelde norm voldoet | ..in scenario's impact-analyse <sup>1</sup> |
|---------------|--------------------------------|-----------------|------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Hoofd-hals    | Resecties                      | 2               | -                                        | -                                           |
|               | Lapreconstructies              | 2               | -                                        | -                                           |
| Pancreas      | Resecties                      | 4               | 3                                        | 2-3                                         |
|               | ERCP                           | 11 <sup>2</sup> | 1                                        | 10-11                                       |
|               | Syst. ther. (incidentie)       | 15              | 2                                        | - <sup>3</sup>                              |
| Nier          | Lok. behandeling               | 11              | 8                                        | 3-7                                         |
|               | Syst. ther. (incidentie)       | 15              | 6                                        | - <sup>3</sup>                              |
| Long          | Resecties                      | 9               | 3                                        | 6-7                                         |
|               | Radiotherapie                  | 3               | -                                        | -                                           |
|               | Syst. ther. (incidentie)       | 15              | 1                                        | - <sup>3</sup>                              |
| Maag/slokdarm | Operaties                      | 3               | 1                                        | 2                                           |
|               | Endo. resecties                | 1               | -                                        | -                                           |
|               | Radiotherapie                  | 3               | -                                        | -                                           |
|               | Syst. ther. (incidentie)       | 15              | 1                                        | - <sup>3</sup>                              |
| Aorta         | Totaal                         | 12              | 4                                        | 8                                           |
|               | Complex                        | 4               | 2                                        | 3 <sup>4</sup>                              |
| Carotis       | Chirurgische int. <sup>5</sup> | 10              | -                                        | -                                           |

1. In de impactanalyse zijn meerdere scenario's doorgerekend; op basis hiervan heeft in regionale, tripartiete overleggen een verdere indikking van het aantal scenario's plaatsgevonden. Voor interventies met een '-' is er geen regionaal herverdelingsvraagstuk. 2. Excl. Rivas. 3. Systeemtherapie is niet meegenomen in de regionale herverdelingsscenario's. 4. Impactanalyse vaatnetwerk Noord-Brabant pas in 2025. 5. Reeds bestaande volumenorm. 6. De regio heeft cascade-effecten per interventie beschreven in aandachtspunten per interventie en hoofdconclusies kwalitatieve impact.



# De analyses zijn gebaseerd op de volgende aantallen per ziekenhuis

|                                                                        |                 | Concord |                  |                  |     |                 |                   |                  |                 |            |                     | EMBRAZE |          |                  |                  |                  |                  |                  |  |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------|------------------|------------------|-----|-----------------|-------------------|------------------|-----------------|------------|---------------------|---------|----------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|--|
|                                                                        | Beoogde norm    | SMC     | VWB              | Rivas            | ASZ | FGV             | IJsselland        | Ikazia           | Maasstad        | Erasmus MC | Instituut Verbeeten | ZRTI    | ZorgSaam | ADRZ             | Bravis           | Amphia           | ETZ              | JBZ              |  |
| Interventie (aantal 2022 tenzij anders aangegeven)                     |                 |         |                  |                  |     |                 |                   |                  |                 |            |                     |         |          |                  |                  |                  |                  |                  |  |
| Hoofd/hals - resecties excl. schildklier en bijschildklier             | 50              |         |                  |                  | 5   | 2               | 1                 |                  |                 | 981        |                     |         | 2        | 1                | 1                | 6                | 73               | 1                |  |
| Hoofd/hals - gesteelde of vrij gevasculariseerde lapreconstructies     | 20              |         |                  |                  |     |                 |                   |                  |                 | 100        |                     |         |          |                  |                  |                  | 22               |                  |  |
| Long - oncologische longresecties                                      | 60              |         |                  |                  | 72  | 58 <sup>5</sup> |                   | 25               | 50 <sup>6</sup> | 124        |                     |         |          |                  | 117 <sup>7</sup> | 73               | 80 <sup>8</sup>  | 67               |  |
| Long - radiotherapeutische interventies                                | 50              |         |                  |                  |     |                 |                   |                  |                 | 408        | 418                 | 196     |          |                  |                  |                  |                  |                  |  |
| Long – systeemtherapie (incidentie)                                    | 10 <sup>2</sup> | 8       | 55               | 93               | 274 | 300             | 26                | 106              | 198             | 542        |                     |         | 84       | 141              | 291              | 341              | 317              | 307              |  |
| Long – systeemtherapie (prevalentie, incl. follow-up)                  | 100             | 137     | 260              | 284              | 910 | 1.168           | 304               | 402              | 654             | 1.420      |                     |         | 335      | 484              | 1.000            | 1.313            | 1.298            | 1.073            |  |
| Long – systeemtherapie (prevalentie, incl. follow-up)                  | 300             | 137     | 260              | 284              | 910 | 1.168           | 304               | 402              | 654             | 1.420      |                     |         | 335      | 484              | 1.000            | 1.313            | 1.298            | 1.073            |  |
| Maag/slokdarm - oncologische, chirurgische slokdarm- en maagresecties  | 75              |         |                  |                  |     |                 |                   |                  | 26              | 93         |                     |         |          |                  |                  |                  | 85               |                  |  |
| Maag/slokdarm - oncologische, endoscopische resecties (vroeg)carcinoom | 25              |         |                  |                  |     |                 |                   |                  |                 | 59         |                     |         |          |                  |                  |                  |                  |                  |  |
| Maag/slokdarm - radiotherapeutische interventies <sup>12</sup>         | 50              |         |                  |                  |     |                 |                   |                  |                 | 225        | 70                  | 99      |          |                  |                  |                  |                  |                  |  |
| Maag/slokdarm – systeemtherapie (incidentie)                           | 10 <sup>2</sup> | 5       | 16               | 16               | 31  | 19              | 18                | 18               | 34              | 221        |                     |         | 35       | 35               | 83               | 86               | 85               | 52               |  |
| Maag/slokdarm – systeemtherapie (prevalentie, incl. follow-up)         | 50              | 23      | 63               | 49               | 55  | 36              | 39                | 46               | 85              | 401        |                     |         | 88       | 106              | 182              | 198              | 162              | 142              |  |
| Pancreas - pancreasresecties ongeacht diagnose                         | 50              |         |                  |                  |     |                 |                   |                  | 36 <sup>9</sup> | 91         |                     |         |          |                  |                  | 38 <sup>10</sup> |                  | 27               |  |
| Pancreas - aantal ERCP's ongeacht indicatie                            | 150             |         | 1                | 104              | 224 | 334             | 151 <sup>11</sup> | 87               | 335             | 569        |                     |         |          | 204              | 177              | 265              | 272              | 273              |  |
| Pancreas – systeemtherapie (incidentie)                                | 10 <sup>2</sup> | 2       | 10 <sup>12</sup> | 13               | 10  | 15              | 12                | 10               | 39              | 94         |                     |         | 22       | 25               | 16               | 44               | 25               | 51               |  |
| Pancreas – systeemtherapie (prevalentie, incl. follow-up)              | 30              | 10      | 32               | 31               | 38  | 41              | 29                | 29               | 95              | 285        |                     |         | 58       | 57               | 44               | 111              | 67               | 101              |  |
| Nier - lokale behandelingen                                            | 75              |         |                  | 2                | 52  | 168             | 9                 | 1                | 20              | 88         |                     |         | 17       | 23 <sup>13</sup> | 51               | 50               | 82 <sup>14</sup> | 20 <sup>14</sup> |  |
| Nier – systeemtherapie (incidentie)                                    | 10 <sup>2</sup> | 1       | 2                | 1                | 17  | 54              | 1                 | 1                | 20              | 105        |                     |         | 8        | 11               | 13               | 67               | 28               | 33               |  |
| Nier – systeemtherapie (prevalentie, incl. follow-up)                  | 50              | 6       | 15               | 11               | 48  | 116             | 7                 | 13               | 52              | 214        |                     |         | 31       | 28               | 43               | 134              | 82               | 67               |  |
| Aneurysma Aorta - aorta interventies (totaal)                          | 50              |         |                  | 32 <sup>15</sup> | 78  | 86              | 16                | 17               | 98              | 131        |                     |         | 24       | 62               | 50 <sup>17</sup> | 96               | 79               | 78               |  |
| Aneurysma Aorta - aorta interventies (complex)                         | 15              |         |                  |                  | 1   | 2               |                   |                  | 16              | 61         |                     |         |          |                  |                  | 8 <sup>18</sup>  | 7 <sup>18</sup>  | 18               |  |
| Carotis - chirurgische interventies                                    | 20              |         |                  |                  | 57  | 63              |                   | 20 <sup>16</sup> | 59              | 50         |                     |         | 33       | 42               | 52               | 70               | 52               | 63               |  |

1: We interpretern lage aantallen als registratie-onvolkomenheden, we tellen deze in de analyses niet mee. 2: Als het netwerk de zorg inricht volgens het shared-caremodel voor systeemtherapie geldt de prevalentienorm voor echelon 1 en incidentienorm (10) voor echelon 2. 3: EMC heeft nieuwe aantallen voor hoofd-hals aangeleverd, hier stonden resp. 211, 50, 517. 4: Hier stond 14, o.b.v. correctie ETZ aangepast. 5: FGV heeft 58 voor 2023 aangeleverd, hier stond 48. 6: Nieuwe aanlevering Maasstad 2023, gerekend met aantal 2022: 50. 7: Hier stond 76, aantal 2023 door Bravis aangeleverd. 8: Hier stond 57, aantallen 2021 en 2023 ETZ waren respectievelijk 70 en 80. 9: Nieuwe aanlevering Maasstad 2023, gerekend met aantal 2022: 35. 10: Hier stond 31, aantallen 2023 aangeleverd door Amphia.

11: Hier stond 149, aantallen aangeleverd door IJsselland. 12: Hier stond 8, aantal aangeleverd van 2023. 13: Hier stond 11, aantal 2023 aangeleverd. 14: Sinds 2023 verwijst JBZ patiënten voor nefrectomieën naar ETZ, waardoor ETZ aan voorgestelde volumennorm voldoet. JBZ behoudt wel de ablaties. Wijzigingen o.b.v. aantallen 2022 doorgevoerd. 15: Hier stond 23, 32 aangeleverd door Rivas voor 2024 (tot november). 16. Aantal 2023 (was 18 in 2022). 17. Aantal 2023 (was 44 in 2022). 18. Aantal 2023, aangeleverd door Amphia en ETZ. Vaatnetwerk Noord-Brabant heeft aangegeven geen impactanalyse uit te voeren. Opmerking: toevoegingen ureterectomie zijn nog niet opgenomen in tabel. Bron: analyse SiRM op basis van Zi 2022 en aanlevering cijfers NZa (2 oktober)



# Tumorspecifieke hoofdconclusies en aandachtspunten voor longresecties en lokale behandeling nier

## Oncologische longresecties



- Volumenorm van 60 oncologische longresecties:
  - EMBRAZE - Geen herverdeling
  - Concord - Scenario's mogelijk met max. +/- 1% impact op OK en IC voor longresecties met max. 7-10 min extra gemiddelde reistijd. Impact op opleiding en afname expertise voor benigne longchirurgie.
- Zorginstellingen achten hogere volumenorm voor longresecties (100 ipv 60) onuitvoerbaar vanwege verwachte effecten op:
  - Opleiding longgeneeskunde en differentiatie longchirurgie.
  - Certificering voor longchirurg waardoor op termijn geen benigne chirurgie meer gedaan kan worden.
  - Dit geeft groter effect op niet oncologische patiënt, productieparameters en toegankelijkheid acute as.

## Lokale behandeling nier



- CCN Zuid-West benadrukt dat gecombineerde volumenorm van 75 lokale behandelingen nier, zeker wanneer behandeling ook wordt ingezet voor andere organen/tumoren, mogelijk leidt tot versnippering van expertise voor ablatie (cryo, rfa, mwa).<sup>1</sup>
- Verplaatsing nier leidt in EMBRAZE in alle scenario's tot ruime verdubbeling van gemiddelde reistijd voor patiënten nabij zendende ziekenhuizen. Extra reistijd is gemiddeld:
  - Met 3 centra buiten Zeeland gemidd. 24 min.
  - Met 2 centra tussen 18 min. (nier in Zeeland) en 27 min. (nier niet in Zeeland). Bij scenario met nier in Zeeland hebben ~170 patiënten extra reistijd.
- Bij de voorgestelde volumenorm zijn scenario's mogelijk met max 2% impact op OK door nier.
- De impact op de OK-tijd van urologie is door verplaatsing van nier ten minste tussen de -2% en +4% in Concord en -12% en +8% in EMBRAZE.



# Hoofdconclusies en aandachtspunten voor hoofd-hals, pancreas en maag-slokdarm

## Hoofd-hals



- In Zuid-West Nederland is geen herverdeling nodig als de voorgestelde normen voor hoofd-hals worden vastgesteld.

## Maag/slokdarm



- In Zuid-West Nederland hebben alle scenario's dezelfde herverdeling voor maag/slokdarm. De (gekwantificeerde) impact door maag/slokdarm-operaties is:
  - +/- 1% impact op OK en IC
  - +/- 2% impact op IC.

## Pancreas



- Bij een volumennorm van 50 pancreasresecties heeft CCN Zuid-West de volgende (gekwantificeerde) impact:
  - Scenario's max. +/- 2% impact op OK en IC door pancreasresecties.
  - Gemiddelde extra reistijd tussen 12 en 25 minuten.
- De regio ziet risico's bij herverdeling door verlies van behandeling in zendende ziekenhuizen:
  - Afbname expertise voor benigne zorg.
  - Opleiding differentiatie HPB.
  - IC-level.

# Aandachtspunten t.b.v. landelijke besluitvorming

## Patiënt in regionaal zorgnetwerk



- CCN-ZW maakt zich zorgen over reistijden voor patiënten in Zeeland en Zuid-Hollandse eilanden. Deze neemt het meest toe bij de scenario's voor lokale behandeling niet voor Zeeland.
- CCN-ZW noemt het gevolg dat patiënten aan randen van oncologieregio mogelijk uitwijken naar andere regio of België.
- CCN-ZW verwacht bij concentratie van zorg ook impact op wachttijden voor niet-onc. patiënten en daarmee toegankelijkheid van zorg, de regio benadrukt het belang van spreiding om wachttijden te beperken en capaciteit in zendende centra nuttig te gebruiken.

## Zorgaanbieder



- CCN-ZW noemt het risico van cascade-effecten van herverdeling van zorg, waardoor in kaart gebrachte effecten op expertise voor (niet-)oncologische patiënten, capaciteiten en financiën op termijn groter kunnen zijn dan uit de scenario-analyse blijkt. De impact kan groter zijn in subregio's.
- Het is van belang dat verantwoordelijkheid voor de patiënt in het zorgpad over meerdere ziekenhuizen duidelijk belegd wordt.
- Concentratie kan niet zonder spreidingsbeweging. Tertiaire zorg moet toegankelijk zijn.
- Vooral voor ziekenhuizen met een brede lokale 'systeemfunctie' zoals in Zeeland moet de impact goed in kaart worden gebracht.
- Goed georganiseerde gegevensuitwisseling en zorgpaden zijn randvoorwaarde voor concentratie van zorg.

## Zorgprofessional



- De rel. impact op OK-tijd t.o.v. hele ziekenhuis is beperkt, maar de impact voor specialismes zoals urologie of gedifferentieerde chirurgie is groter, hiervoor biedt spreiden moeilijker een oplossing.
- In het algemeen moet rekening worden gehouden met de aantrekkelijkheid van een ziekenhuis voor zorgpersoneel en medisch specialisten
- Aandacht is nodig voor impact opleidingen en aantrekkelijkheid voor aios en zorgpersoneel.





# Hoofdconclusies en aandachtspunten voor aorta en carotis interventies

## Carotislijden



- In Zuid-West Nederland voldoen alle ziekenhuizen aan de volumenorm voor carotis interventies.
- Bestuurders en vaatchirurgen van vaatnetwerken Groot-Rijnmond, Zeeland en ZorgSaam kunnen zich niet vinden in procesnorm carotis (50% geopereerd <1 week na eerste contact), de gevolgen zijn niet te kwantificeren met een impactanalyse. Ze verwachten ook dat het halen van de procesnorm bemoeilijkt wordt door herverdeling, o.a. vanwege cascade-effecten als tekort van neurologen en andere zorgverleners betrokken bij vaatchirurgische zorg, die randvoorwaardelijk zijn om procesnorm te halen. Tevens verwachten ze dat een herinrichting van het logistieke proces om de norm te halen leidt tot verdringing, inefficiënties en oplopende wachttijden voor andere patiënten.

## Aneurysma Aorta



- In vaatnetwerk Groot-Rijnmond, Zeeland en ZorgSaam is een herverdelingsvraagstuk voor de chirurgische interventies aan de aorta.
- Een deel van de herverdeling sinds 2022 is al gerealiseerd voor de start van de impactanalyse:
  - Maximale relatieve impact op
    - IC-dagen -3% en 1%
    - OK-tijd -1% en 1%.
  - De maximale impact op OK-tijd van het specialisme chirurgie is +/- 3%.



# Aandachtspunten t.b.v. landelijke besluitvorming

## Patiënt in regionaal zorgnetwerk



Bij het maken van herverdelingsafspraken zijn spreidingsafspraken belangrijk, o.a. om ervoor te zorgen dat wachttijden niet oplopen in ontvangend ziekenhuis en dat vrijgevalen capaciteit in zendend ziekenhuis nuttig gebruikt wordt.

## Zorgaanbieder



Hoewel relatieve impact op parameters t.o.v. hele ziekenhuis beperkt is, is in het belang van optimale benutting van capaciteiten spreiding belangrijk en heeft verplaatsen van interventies groter effect op betrokken zorgprofessionals, dit geeft risico op moeilijker aantrekken van nieuwe artsen, verpleegkundigen en assistenten.

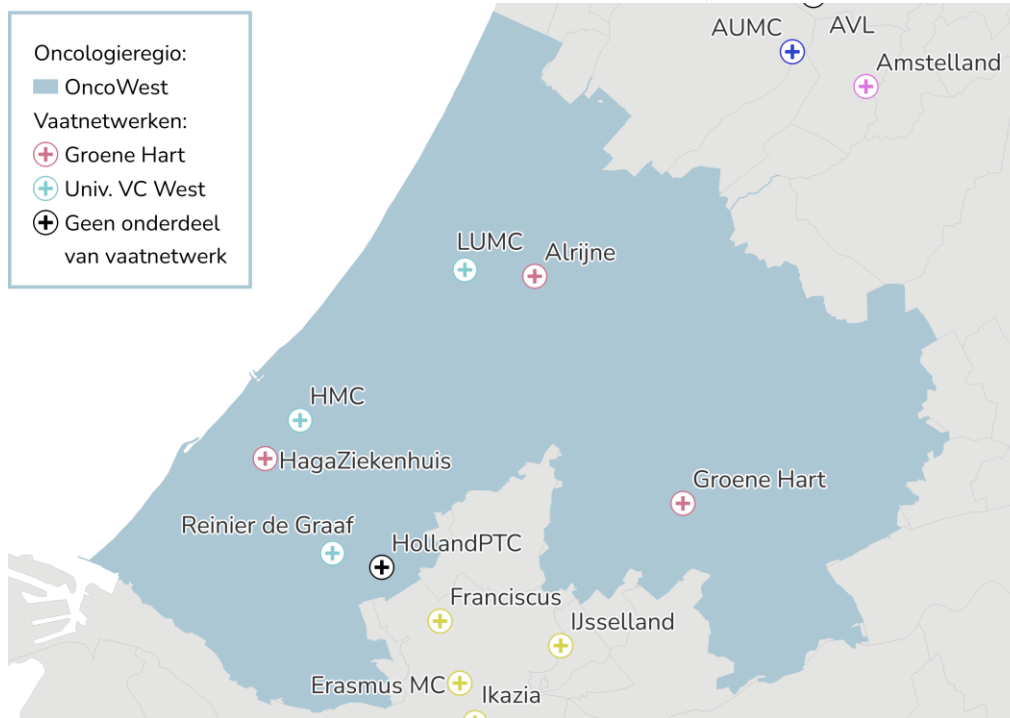
## Zorgprofessional



Faciliteren regionale samenwerking vaatchirurgen om voldoende expertise in het netwerk te behouden. Bijv. door als vaatchirurg op zowel hoog- als laagcomplexiteit vaatchirurgie-locaties te kunnen werken.



# Netwerken en zorginstellingen in regio West Nederland



## Ziekenhuizen in regio:

- Alrijne
- Groene Hart
- HagaZiekenhuis
- HMC
- LUMC
- Reinier de Graaf



# Herverdelingsvraagstukken en hoofdconclusies scenario-analyse West Nederland

## Kwantitatief in kaart gebrachte impact van onco.scenario's op instellingen

- De maximale relatieve impact van de oncologiescenario's op IC-dagen is gelijk voor alle scenario's (-2% tot 1%).
- De relatieve impact van de scenario's is minimaal -1% tot 1% en maximaal -3% tot 2% op de OK-tijd van instellingen.
- Scenario's waarbij RdGG zendend is voor nier en maag/slokdarm hebben grootste impact op tijd zorgprofessionals en waarbij RdGG zendend is voor maag/slokdarm en ontvangend is voor nier de kleinste impact.

## Toegankelijkheid specifieke interventies bij voorgestelde normen

OncoWest vraagt de Ronde Tafel om:

- bij norm voor endosc. maag/slokdarm resecties af te zien van de eis dat deze in hetzelfde centrum moeten plaatsvinden als chirurg. resecties.
- alleen de volumennorm van 50 per ERCP-ist te hanteren, en niet de norm van 150 per instelling, omdat OncoWest verwacht dat dit tot niet te mitigeren kwaliteitsverlies zal leiden.
- de norm voor lokale behandeling nier vast te stellen op 40 omdat OncoWest verwacht dat een hogere norm eerder tot verlies van kwaliteit dan tot winst zal leiden.<sup>1</sup>

## Aantal zorginstellingen dat interventie uitvoert

| Interventie   |                          | ..huidig | ..dat niet aan voorgestelde norm voldoet | ..in scenario's impact-analyse <sup>5</sup> |
|---------------|--------------------------|----------|------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Hoofdhals     | Resecties                | 2        | -                                        | -                                           |
|               | Lapreconstructies        | 2        | -                                        | -                                           |
| Pancreas      | Resecties                | 1        | -                                        | -                                           |
|               | ERCP                     | 6        | 1                                        | 6                                           |
|               | Syst. ther. (incidentie) | 6        | -                                        | -                                           |
| Nier          | Lok. behandeling         | 5        | 4                                        | 2-3                                         |
|               | Syst. ther. (incidentie) | 6        | 4                                        | .. <sup>2</sup>                             |
| Long          | Resecties                | 3        | .. <sup>3</sup>                          | -                                           |
|               | Radiotherapie            | 4        | -                                        | -                                           |
|               | Syst. ther. (incidentie) | 6        | -                                        | -                                           |
| Maag/slokdarm | Operaties                | 2        | 2                                        | 1                                           |
|               | Endo. resecties          | 1        | 1                                        | 1                                           |
|               | Radiotherapie            | 4        | .. <sup>4</sup>                          | .. <sup>4</sup>                             |
|               | Syst. ther. (incidentie) | 6        | 1                                        | .. <sup>2</sup>                             |

1. Zorgverzekeraars en NFK onderschrijven deze conclusie niet en verwachten dat bij de nieuwe voorgestelde normen de kwaliteit van zorg verder zal toenemen.

2. Systeemtherapie wordt meegenomen in landelijke rapportage. 3. Haga voldoet in 2023 net niet aan volumennorm maar verwacht wel aan norm te gaan voldoen. 4. Radiotherapie in ziekenhuizen die niet aan norm voldoen hebben verregaande samenwerking.

5. Voor interventies met een '1' is er geen regionaal herverdelingsvraagstuk.



# De analyses zijn gebaseerd op de volgende aantallen per ziekenhuis

| Interventie (aantal 2022 tenzij anders aangegeven)                     | Beoogde norm     | Alrijne | GHZ | Haga            | HMC             | LUMC | RdGG |
|------------------------------------------------------------------------|------------------|---------|-----|-----------------|-----------------|------|------|
| Hoofd/hals - resecties excl. schildklier en bijschildklier             | 50               | 3       |     | 3               | 55              | 81   |      |
| Hoofd/hals - gesteelde of vrij gevasculariseerde lapreconstructies     | 20               |         |     |                 | 26 <sup>3</sup> | 23   |      |
| Long - oncologische longresecties                                      | 60               |         |     | 59 <sup>4</sup> | 71              | 76   |      |
| Long - radiotherapeutische interventies                                | 50               |         |     | 78              | 132             | 113  | 81   |
| Long - systeemtherapie (incidentie)                                    | 10               | 48      | 114 | 237             | 267             | 222  | 180  |
| Long - systeemtherapie (prevalentie incl. follow-up)                   | 100 <sup>2</sup> | 502     | 433 | 951             | 1.058           | 789  | 572  |
| Long - systeemtherapie (prevalentie incl. follow-up)                   | 300 <sup>2</sup> | 502     | 433 | 951             | 1.058           | 789  | 572  |
| Maag/slokdarm - oncologische, chirurgische slokdarm- en maagresecties  | 75               |         |     |                 |                 | 58   | 23   |
| Maag/slokdarm - oncologische, endoscopische resecties (vroeg)carcinoom | 25               |         |     | 22 <sup>6</sup> |                 |      |      |
| Maag/slokdarm - radiotherapeutische interventies <sup>5</sup>          | 50               |         |     | 19              | 51              | 116  | 39   |
| Maag/slokdarm - systeemtherapie (incidentie)                           | 10               | 9       | 17  | 41              | 49              | 88   | 67   |
| Maag/slokdarm - systeemtherapie (prevalentie incl. follow-up)          | 50 <sup>2</sup>  | 34      | 35  | 82              | 109             | 281  | 120  |
| Pancreas - pancreasresecties ongeacht diagnose                         | 50               |         |     |                 |                 | 110  |      |
| Pancreas - aantal ERCP's ongeacht indicatie                            | 150              | 183     | 133 | 200             | 280             | 431  | 199  |
| Pancreas - systeemtherapie (incidentie)                                | 10               | 22      | 13  | 35              | 34              | 57   | 28   |
| Pancreas - systeemtherapie (prevalentie incl. follow-up)               | 30 <sup>2</sup>  | 57      | 37  | 79              | 69              | 116  | 68   |
| Nier - lokale behandelingen <sup>7</sup>                               | 75               | 34      |     | 37 <sup>8</sup> | 54              | 103  | 48   |
| Nier - systeemtherapie (incidentie)                                    | 10               | 8       | 3   | 37              | 25              | 106  | 23   |
| Nier - systeemtherapie (prevalentie incl. follow-up)                   | 50 <sup>2</sup>  | 19      | 12  | 75              | 60              | 161  | 46   |

1. We interpretern lage aantallen als registratie-onvolkomendheden, we tellen deze in de analyses niet mee. 2. Als het netwerk de zorg inricht volgens het shared-caremodel voor systeemtherapie gelden de prevalentienormen voor echelon 1 en incidentienorm voor echelon 2. Ziekenhuizen in echelon 3 bieden volgens shared care model geen systeemtherapie. 3. Aangeleverd door HMC. 4. Aantal 2023, Haga voldoet naar verwachting in 2026 aan norm. 5. Cijfers aangeleverd door zorginstellingen aan SiRM. Vier ziekenhuizen voeren radiotherapeutische maag/slokdarm interventies uit. Omdat drie ziekenhuizen (Haga, LUMC, RdGG) als instelling samenwerken, geeft de regio aan geen herverdelingsvraagstuk te hebben. 6. Haga voldoet in 2024 wel aan de volumennorm. 7. De radicale nefro-ureterectomieën zijn niet geïncludeerd in de operationalisatie door de NZa. RdGG heeft incl. deze 50 i.p.v. 48. SiRM verwerkt deze in 2025 in de PowerBI. 8. Hier stond 22, aangeleverd door Haga o.b.v. nieuw aantal 2023 door verandering in bieden focale therapie. Bron: op basis van ZI 2022, aanlevering cijfers NZa en correcties door OncoWest. N.B.: niet alle aangeleverde cijfers zijn gevalideerd. Daarnaast zijn niet alle beperkingen van de data vermeld, die wel impact kunnen hebben op de resultaten.

# Aandachtspunten t.b.v. landelijke besluitvorming

## Patiënt



- OncoWest benoemt dat het beschikbaar maken van vervoersvergoeding belangrijker wordt bij toenemende concentratie. Voor een deel van de oncologiepatiënten is het ingewikkeld aanspraak te maken op de vergoeding en bovendien kunnen patiënten voor niet-oncologische zorg geen aanspraak maken op de vergoeding.<sup>1</sup>
- Cliëntenraden in OncoWest vragen aandacht voor hoe het advies- en instemmingsrecht dat cliëntenraden van individuele ziekenhuizen hebben zich verhoudt tot de besluitvorming over de voorgestelde normen op landelijk niveau. Daarbij merkt OncoWest op dat cliëntenraden en de NFK, die op landelijk niveau het patiëntenperspectief vertegenwoordigt, regelmatig niet hetzelfde aankijken tegen aspecten als kwaliteit en toegankelijkheid van (oncol.) zorg.

## Zorgprofessionals



- OncoWest vraagt om bij de besluitvorming over de normen mee te wegen dat normen op locatieniveau, i.p.v. op netwerkniveau, concurrentie tussen ziekenhuizen / medisch specialisten kunnen bevorderen in plaats van samenwerking.
- Meer concentratie zorgt voor een groter aandeel netwerkzorg in het zorgpad. De organisatie van zorg met verschillende instellingen is complexer. OncoWest benadrukt dat dit tijd kost van zorgprofessionals en dat hier aandacht voor dient te zijn.

# Aandachtspunten t.b.v. landelijke besluitvorming

## Endoscopische maag/slokdarmresecties



**OncoWest vraagt de Ronde Tafel om bij volumenorm voor endoscopische maag/slokdarm resecties af te zien van de eis dat deze in hetzelfde centrum moeten plaatsvinden als de chirurgische resecties:**

- OncoWest geeft aan dat de IZA volumenorm niet alle interventies betreft, maar alleen de EMR/ESD. Deze technieken worden zowel in maag als slokdarm toegepast. De voorgestelde volumenorm voor endosc. resecties is 25 interventies per instelling per jaar. Er is als extra voorwaarde gesteld dat de endoscopische behandelingen plaats dienen te vinden in een centrum waar slokdarm chirurgie plaatsvindt én waar deze endoscopische behandelingen nu al plaatsvinden. Gegeven de huidige situatie in OncoWest zou dit betekenen dat deze interventies worden verplaatst naar buiten de regio. Dit speelt landelijk, niet alleen in OncoWest. In twee andere regio's zijn er ook twee Barrett centra die geen operatieve resecties uitvoeren. In beide regio's is er echter al wel een ander centrum dat op dit moment zowel endoscopische resecties als operatieve resecties uitvoert.
- OncoWest benadrukt dat indien de concept norm wordt toegepast, de reistijd voor patiënten zal toenemen, omdat de endosc. resectie dan buiten OncoWest (m.n. Rotterdam of Amsterdam) zal worden uitgevoerd. Omdat de diagnostiek, de overige endoscopische behandelingen en follow up van deze patiënten in het HagaZiekenhuis blijven, zorgt dit voor verslechtering van de logistiek en versnippering van het zorgpad.

- Tegelijkertijd voorziet OncoWest geen verbetering van kwaliteit van zorg, eerder een verslechtering. Het zal in de praktijk leiden tot extra procedures. Nu kan in Haga scopie en endoscopische resectie in een keer worden uitgevoerd. Dat zou bij doorvoering van de concept norm niet meer kunnen, maar in een ander huis opnieuw moeten worden ingepland waardoor patiënten tweemaal een scopie moeten ondergaan.
- De endoscopische resecties zijn al sterk geconcentreerd in Nederland. OncoWest vindt dat een verdere concentratie voor patiënten in OncoWest geen verbetering van kwaliteit oplevert en wel een verslechtering van reistijd, versnippering van het zorgpad en kans op het moeten ondergaan van meer procedures.
- O.b.v. de feiten, gegeven de specifieke situatie binnen OncoWest en om de negatieve impact te voorkomen komt het Haga tot de conclusie dat er goede redenen zijn om de endoscopische resecties te blijven uitvoeren in het Haga. Dit is in lijn met het standpunt van OncoWest en de BEC-organisatie.

## Chirurgische maag/slokdarmresecties<sup>1</sup>



- OncoWest geeft aan dat bij de norm voor chirurgische resectie van chirurgische maag/slokdarm resecties gerelateerd aan de Upper GI het plateau voor kwaliteitswinst vanuit wetenschappelijke onderbouwing ligt bij maximaal 60 interventies. OncoWest is van mening dat de norm hierbij vastgesteld hoort te worden op 60 in plaats van 75. Tevens is de koppeling met systeemtherapie volgens OncoWest onwenselijk en gaat voorbij aan het patiëntenbelang in een kwetsbare mogelijk laatste fase van het leven.



# Aandachtspunten t.b.v. landelijke besluitvorming

## Lokale behandelingen nier<sup>1</sup>



- OncoWest stelt voor het netwerk m.b.t. uro-oncologie in de regio meer te benutten bij de te behalen kwaliteitswinst en minder belang te hechten aan volumennormen per locatie en op basis daarvan tot herverdeling te komen.
- OncoWest benadrukt dat het plateau voor kwaliteitswinst voor chirurgische ingrepen bij nierkanker op maximaal 40 ligt, zoals eerder door de NVZ ook al aan de landelijke tafel aangegeven.
- OncoWest acht de impact van nierconcentratie in de geschetste scenario's te groot vanwege de cumulerende nadelen die hierdoor ontstaan op gelieerde centra waar de betrokken urologen een functie hebben bij complicaties en gecompliceerde geplande zorg en ook in aanpalende vakgebieden.

**OncoWest vraagt de Ronde Tafel om de volumennorm voor nier vast te stellen op 40 omdat OncoWest verwacht dat een hogere norm eerder tot verlies van kwaliteit dan tot winst zal leiden.**

## Pancreas ERCP's



- Zoals ook door de NVZ in een brief van 11 december 2024 verwoord benadrukt OncoWest dat de kwal. impact van volume normen moeilijker hard te maken is dan de kwantitatieve. OncoWest vindt dat dit als groot risico heeft dat deze aspecten onderbelicht blijven in de afweging die op de landelijke tafels gemaakt moet worden. Wij noemen hierbij nadrukkelijk het verlies van expertise bij het niet meer uitvoeren van ERCP's bij pancreascarcinoom. Dit zou bij ziekenhuizen die nu net onder de norm van 150 zitten negatieve effecten hebben op de niet oncologische ERCP's. Dit moet mede in het licht worden gezien van mogelijke toekomstige keuzes rondom volumennormen die de nadelige effecten van de keuzes van vandaag aanzienlijk kunnen versterken. Specifiek voor ERCP's geven zorgverleners aan dat het onwenselijk is dat patiënten tijdens een opname, voor een (spoed-)ERCP naar een ander ziekenhuis moeten verplaatsen. Ook kan door de link van ERCP pancreas met systeemtherapie de reisafstand voor patiënt op meer frequente basis toenemen. Deze koppeling met systeemtherapie is onwenselijk en gaat voorbij aan het patiëntenbelang in een kwetsbare mogelijk laatste fase van het leven.
- OncoWest kan niet genoeg benadrukken dat elk centrum ERCP's moet blijven doen en zich daar ook voor in zal zetten.

**OncoWest vraagt de Ronde Tafel om alleen de volumennorm van 50 per ERCP-ist te hanteren, en niet de norm van 150 per instelling omdat OncoWest verwacht dat dit tot niet te mitigeren kwaliteitsverlies zal leiden.**



# Aandachtspunten t.b.v. landelijke besluitvorming

De punten op deze slide betreffen de opvatting van OncoWest en niet die van de zorgverzekeraar of de NFK

## Algemeen | Impactanalyse<sup>1</sup>



- OncoWest benadrukt dat er geen formele impactanalyse geweest is naar de verwachte uitkomst op kwaliteit van zorg van de gehanteerde normen, omdat deze (volgens OncoWest onterecht) als vaststaand aangenomen zijn. Met als groot risico dat deze aspecten onderbelicht blijven en voorbij gaan aan het verhogen van de kwaliteit van zorg voor de patiënt. Zo is er bijv. geen analyse gedaan naar de proportie patiënten met comorbiditeit en welk deel van de patiënten straks in meerdere instituten behandeld zullen gaan worden. OncoWest verwijst naar de inbreng van de NVZ aan de landelijke tafels eerder.
- OncoWest benadrukt dat alle ziekenhuizen / NVZ-leden voorbehouden hebben gemaakt in een bestuursverklaring over aantallen correcties door de NZa waardoor de gebruikte data niet als vaststaand en maatgevend beschouwd mogen worden. Dat geldt niet alleen voor de proxy's, waarover een voetnoot is opgenomen, maar ook voor de NZa data, definities en correcties die onjuistheden bevatten.
- OncoWest vindt het essentieel dat voordat gestart kan worden met de tweede tranche een gedegen evaluatie plaatsvindt van het proces, met input van de regio's, zoals dit in de eerste tranche is doorlopen.

## Algemeen | Proces normen<sup>1</sup>



- OncoWest vindt dat voor de totstandkoming van de volumennormen een zorgvuldig proces doorlopen dient te worden, waarbij wetenschappelijke onderbouwing de basis vormt. OncoWest is van mening dat een wetenschappelijke onderbouwing en gedegen proces ontbreekt met betrekking tot de definitieve vaststelling van de normen.
- OncoWest vindt dat er in de huidige werkwijze onvoldoende rekening gehouden wordt met oplossingen die binnen een netwerk kunnen worden gerealiseerd en daarmee de lokale kwaliteit en samenhang ten goede komen. De nu voorgestelde locatiegerelateerde normen doen hier geen recht aan.
- OncoWest is van mening dat het vaststellen van de normen rondom systeemtherapie (shared care model) een ondoorzichtig proces is geweest en zonder impactanalyse is vastgesteld. Dit staat haaks op het proces rondom concentratie en spreiding zoals dat door de partijen is ingezet.
- OncoWest benadrukt dat de procesnorm vaatchirurgie geen onderdeel is van de impactanalyses.

Op basis van bovengenoemde (zowel regionale als landelijke) argumenten, met name vanwege de kwalitatieve impact, adviseert OncoWest met klem deze normen niet vast te stellen.<sup>2</sup>

1. Zorgverzekeraars en NFK herkennen zich niet in de gestelde opmerkingen en zijn van mening dat het landelijke proces om te komen tot zowel de 'Impactanalyse' als het 'Proces normen' zorgvuldig is geweest en in voldoende mate tegemoetkomt voor besluitvorming van de nieuwe normen.
2. Zorgverzekeraars en NFK abstraheren zich van deze conclusie en zijn juist van mening dat de voorgestelde verhoogde volumennormen zullen bijdragen aan bundeling van kennis en kunde en hierdoor naar verwachting aan een betere kwaliteit van zorg.



# Aandachtspunten t.b.v. landelijke besluitvorming

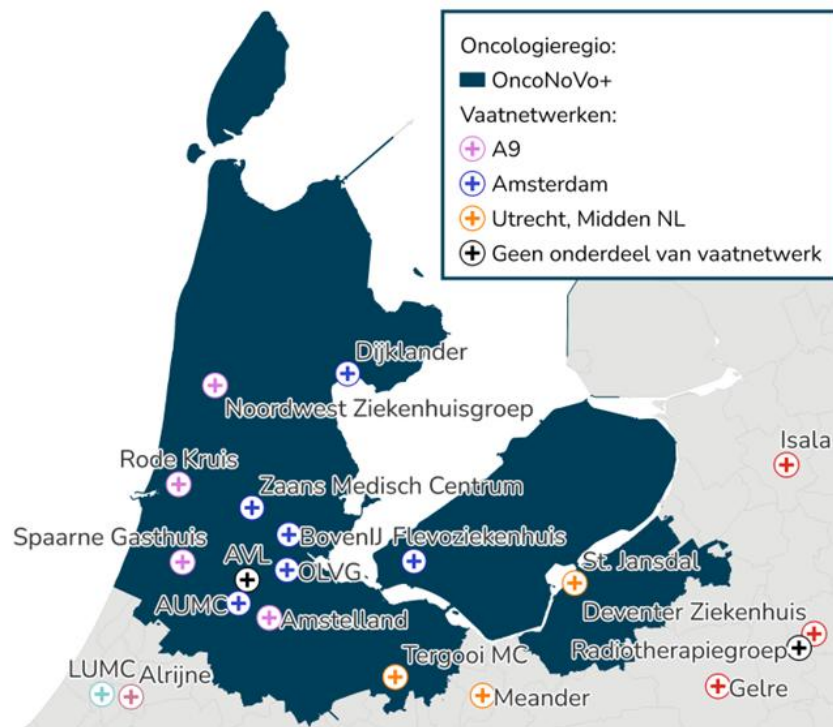
## Algemeen | Doel en implementatie<sup>1</sup>



- OncoWest hecht eraan om bij gesprekken over eventuele herverdeling vast te blijven houden aan het doel van kwaliteitsverbetering. Om die kwaliteit te benaderen zijn volumennormen voorgesteld. Het zou echter geen doel op zich moeten zijn om een interventie in minder ziekenhuizen in de regio aan te bieden. Het gaat het erom dat ieder ziekenhuis die de interventie aanbiedt goede kwaliteit biedt.
- OncoWest geeft aan dat een zorgvuldig implementatietraject incl. spreiding nodig is om de kwaliteit van zorg te borgen. OncoWest geeft aan dat volledige implementatie per 2026 niet haalbaar is, o.a. door benodigde tijd voor regionale besluitvorming en implementatie.



# Netwerken en zorginstellingen in regio Noord-Holland/Flevoland



Ziekenhuizen in regio:

- Amstelland
- Amsterdam UMC
- AvL
- BovenIJ
- Dijklander
- Flevoziekenhuis
- Noordwest
- OLVG
- St. Jansdal<sup>1</sup>
- Spaarne Gasthuis
- Tergooi MC<sup>1</sup>
- Rode Kruis
- Zaans MC



# Herverdelingsvraagstukken en hoofdconclusies scenario-analyse

## Noord-Holland/Flevoland

### Kwantitatief in kaart gebrachte impact van scenario's op instellingen

- OncoNovo+ scenario's waarbij interventies op meerdere locaties blijven geven relatief de kleinste impact op IC en OK (+/-1%) en op zorgprofessionals (tussen -1.050 en +1.400 uur per type zorgprof.).
- In Vaatnetwerk A9 is de impact van concentratie complexe aorta minder dan 1% op de IC en OK en tussen +/-300 uur per type zorgprof.
- Voor vaatnetwerk Ams. is de impact van concentratie aorta naar 3 centra op de IC tussen de -1% en 0% en op de OK tussen de -1% en 0%. De impact op de zorgprofessionals is tussen +/-250 per type.

### Toegankelijkheid specifieke interventies bij voorgestelde normen

- OncoNoVo+ ziet het als gezamenlijk belang om vraagstukken over concentratie en spreiding samen op te lossen, met steun van verzekeraar.
- Toegankelijkheid van vaatzorg kan in regionale vaatnetwerken geborgd blijven, spreidingsafspraken zijn hiervoor randvoorwaardelijk.

### Aantal zorginstellingen dat interventie uitvoert..

| ..Interventie |                          | ..huidig         | ..dat niet aan voorgestelde norm voldoet | ..in scenario's impactanalyse <sup>5</sup> |
|---------------|--------------------------|------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Hoofdhals     | Resecties                | 3                | -                                        | -                                          |
|               | Lapreconstructies        | 3                | -                                        | -                                          |
| Pancreas      | Resecties                | 2                | 1                                        | 1 - 2                                      |
|               | ERCP                     | 11               | 5 <sup>1</sup>                           | 1 - 11                                     |
|               | Syst. ther. (incidentie) | 13               | 2                                        | - <sup>2</sup>                             |
| Nier          | Lok. behandeling         | 7                | 5                                        | 1 - 6                                      |
|               | Syst. ther. (incidentie) | 8                | 3                                        | - <sup>2</sup>                             |
| Long          | Resecties                | 8                | 7                                        | 1 - 7                                      |
|               | Radiotherapie            | 2                | -                                        | -                                          |
|               | Syst. ther. (incidentie) | 13               | -                                        | -                                          |
| Maag/slokdarm | Operaties                | 2                | 1                                        | 1 - 2                                      |
|               | Endo. resecties          | 1                | -                                        | -                                          |
|               | Radiotherapie            | 3                | -                                        | -                                          |
|               | Syst. ther. (incidentie) | 13               | -                                        | -                                          |
| Aorta         | Totaal                   | 8 <sup>3</sup>   | 3                                        | 5 - 7                                      |
|               | Complex                  | 4 <sup>3</sup>   | 3                                        | 3 - 4                                      |
| Carotis       | Chirurgische int.        | 9 <sup>3,4</sup> | -                                        | 9                                          |

1. De regio geeft aan dat de ziekenhuizen die niet aan de voorgestelde volumennorm van 150 ERCP's voldoen geen ERCP's voor pancreascarcinoom uitvoeren. 2. Systeemtherapie zit niet in de regionale herverdelingsscenario's. 3. Vaatnetwerk A9 en Vaatnetwerk Amsterdam en Tergooi en St. Jansdal (onderdeel van vaatnetwerk Midden Nederland). 4. Reeds bestaande volumennorm. 5. Voor interventies met een '-' is er geen regionaal herverdelingsvraagstuk.



# De analyses zijn gebaseerd op de volgende aantallen per ziekenhuis

|                                                                        | Beoogde<br>norm  | Antoni van<br>Leeuwen-<br>hoek | Amster-<br>dam UMC | BovenIJ<br>Ziekenhuis | Dijklander<br>Ziekenhuis | Flevo-<br>ziekenhuis<br>Almere | OLVG           | Zaans<br>Medisch<br>Centrum | Noordwest       | Rode Kruis<br>Ziekenhuis | Spaarne<br>Gasthuis | Ziekenhuis<br>Amstel-<br>land | Tergooi<br>MC <sup>5,6</sup> | Ziekenhuis<br>St.<br>Jansdal <sup>6</sup> |
|------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------------------------|--------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------------------|----------------|-----------------------------|-----------------|--------------------------|---------------------|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------|
| <b>Interventie</b> (aantal 2022 tenzij anders aangegeven)              |                  |                                |                    |                       |                          |                                |                |                             |                 |                          |                     |                               |                              |                                           |
| Hoofd/hals - resecties excl. schildklier en bijschildklier             | 50               | 118                            | 174                |                       | 1                        | 1                              | 4              |                             | 60              | 2                        |                     | 1                             |                              | 2                                         |
| Hoofd/hals - gesteelde of vrij gevasculariseerde lapreconstructies     | 20               | 26                             | 46                 |                       |                          |                                |                |                             | 24 <sup>3</sup> |                          |                     |                               |                              |                                           |
| Long - oncologische longresecties                                      | 60               | 52                             | 147                | 7                     | 55                       | 0                              | 51             |                             | 52              |                          | 44                  |                               | 21                           | 44                                        |
| Long - radiotherapeutische interventies                                | 50               | 361                            | 254                |                       |                          |                                |                |                             | 109             |                          |                     |                               |                              |                                           |
| Long - systeemtherapie (incidentie)                                    | 10               | 835                            | 337                | 53                    | 187                      | 109                            | 259            | 99                          | 272             | 61                       | 281                 | 54                            | 159                          | 191                                       |
| Long - systeemtherapie (prevalentie, incl. follow-up)                  | 100 <sup>7</sup> | 2.276                          | 1.113              | 279                   | 711                      | 386                            | 988            | 334                         | 951             | 300                      | 1.074               | 258                           | 561                          | 706                                       |
| Long - systeemtherapie (prevalentie, incl. follow-up)                  | 300 <sup>7</sup> | 2.276                          | 1.113              | 279                   | 711                      | 386                            | 988            | 334                         | 951             | 300                      | 1.074               | 258                           | 561                          | 706                                       |
| Maag/slokdarm - oncologische, chirurgische slokdarm- en maagresecties  | 75               | 55                             | 139                |                       |                          |                                |                |                             |                 |                          |                     |                               |                              |                                           |
| Maag/slokdarm - oncologische, endoscopische resecties (vroeg)carcinoom | 25               |                                | 78                 |                       |                          |                                |                |                             |                 |                          |                     |                               |                              |                                           |
| Maag/slokdarm - radiotherapeutische interventies                       | 50               | 157                            | 203                |                       |                          |                                |                |                             | 71              |                          |                     |                               |                              |                                           |
| Maag/slokdarm - systeemtherapie (incidentie)                           | 10               | 132                            | 269                | 13                    | 70                       | 39                             | 18             | 20                          | 93              | 11                       | 60                  | 14                            | 27                           | 29                                        |
| Maag/slokdarm - systeemtherapie (prevalentie, incl. follow-up)         | 50 <sup>7</sup>  | 369                            | 611                | 26                    | 132                      | 57                             | 42             | 53                          | 149             | 12                       | 117                 | 27                            | 47                           | 64                                        |
| Pancreas - pancreasresecties ongeacht diagnose                         | 50               |                                | 167                |                       |                          |                                | 39             |                             |                 |                          |                     |                               |                              |                                           |
| Pancreas - aantal ERCP's ongeacht indicatie                            | 150              | 85 <sup>2</sup>                | 1.209              | 14                    | 181                      | 66                             | 329            | 56                          | 337             | 86                       | 313                 | 105 <sup>4</sup>              | 118                          | 182                                       |
| Pancreas - systeemtherapie (incidentie)                                | 10               | 9                              | 86                 | 8                     | 38                       | 10                             | 64             | 16                          | 30              | 5                        | 32                  | 19                            | 26                           | 19                                        |
| Pancreas - systeemtherapie (prevalentie, incl. follow-up)              | 30 <sup>7</sup>  | 54                             | 432                | 24                    | 81                       | 25                             | 129            | 30                          | 81              | 9                        | 81                  | 45                            | 47                           | 51                                        |
| Nier - lokale behandelingen                                            | 75               | 85                             | 155                |                       | 33                       |                                | 53             |                             | 54              |                          | 56                  |                               |                              | 21                                        |
| Nier - systeemtherapie (incidentie)                                    | 10               | 205                            | 94                 |                       | 4                        |                                | 18             |                             | 14              | 1                        | 12                  |                               |                              | 8                                         |
| Nier - systeemtherapie (prevalentie, incl. follow-up)                  | 50 <sup>7</sup>  | 428                            | 172                | 6                     | 24                       | 9                              | 33             | 4                           | 43              | 2                        | 29                  | 5                             |                              | 35                                        |
| Aneurysma Aorta - aorta interventies (totaal)                          | 50               |                                | 177                |                       | 70                       |                                | 91             | 23                          | 151             |                          | 97                  |                               |                              |                                           |
| Aneurysma Aorta - aorta interventies (complex)                         | 15               |                                | 29                 |                       |                          |                                | 9 <sup>8</sup> |                             | 13              |                          | 12 <sup>9</sup>     |                               |                              |                                           |
| Carotis - chirurgische interventies                                    | 20               |                                | 42                 |                       | 72                       | 43                             | 68             |                             | 70              | 27                       | 44                  |                               |                              |                                           |

1. We interpreteren lage aantallen als registratie-onvolkomenheden, we tellen deze in de analyses niet mee. 2. In het AVL worden geen patiënten met pancreascarcinoom behandeld, maar er worden wel ERCP's uitgevoerd bij vernauwing of obstructie van de galwegen veroorzaakt door andere tumoren of metastasen. 3. Aantal 2023. De volumennorm is in 2022 krap geweest bij Noordwest vanwege de post-corona periode (dat is een landelijke trend). In 2023 en 2024 werd de norm behaald. 4. Er is een stijging te zien in het aantal ERCP's in Ziekenhuis Amstelland (in 2024 zijn er bijv. tot nu toe al 118 ERCP's verricht en naar verwachting eind dit jaar 140-150). 5. Tergooi MC werkt voor niercarcinoom samen in OncoMid. 6. Tergooi MC en St. Jansdal behoren tot vaatnetwerk Midden-Nederland. 7. Als het netwerk de zorg inricht volgens het shared-caremodel voor systeemtherapie geldt de prevalentienorm voor echelon 1 en incidentienorm (10) voor echelon 2. 8. In 2024 waren in OLVG tot eind oktober 14 interventies uitgevoerd en is de verwachting dat ze voor 2026 de voorgestelde norm van 15 behalen. 9. Aantal 2023. Spaarne Gasthuis is na 2022 complexe endovasculaire behandelingen gaan uitvoeren. Bron: analyse SiRM o.b.v. aantallen NZa.

# OncoNoVo+ ziet het als gezamenlijk belang om de vraagstukken over concentratie en spreiding samen op te lossen in de regio

## Zorgnetwerk



- OncoNoVo+ geeft aan (als netwerk dat ~25% van de oncologische zorg van NL biedt) de herverdelingsvraagstukken op te willen lossen. Ze zien hierbij wel de nodige uitdagingen.
- OncoNoVo+ vraagt om de voorgestelde normen niet verder te verhogen, omdat de impact dan nog veel groter is en opnieuw bepaald moet worden.
- OncoNoVo+ benadrukt dat bij de implementatie van concentratie en spreiding wel mandaat, steun en flexibiliteit van zorgverzekeraars nodig te hebben.
- OncoNoVo+ onderstreept het belang van aandacht voor de vitaliteit van alle betrokken ziekenhuizen.
- De insteek is dat de normen in 2026 in gaan. OncoNoVo+ verwacht daterschikking meer tijd vraagt en geeft aan dat toepassing van de normen bij het inkoopbeleid voor 2026 onwenselijk is.

## Patiënt



- OncoNoVo+ vreest dat de kwaliteit van zorg voor patiënten met comorbiditeit en in de palliatieve fase afneemt bij verdeling van zorg voor de patiënt over verschillende ziekenhuizen
  - Verlies integraal beeld en relatie zorgverlener
  - Onduidelijkheden over verantwoordelijkheden
  - Beperkingen in informatiebeschikbaarheid
- Binnen de regio is al sprake van capaciteitsproblematiek. OncoNoVo+ ziet hierdoor risico's in het oplopen van wachttijden, met name bij de scenario's met verregaande concentratie.
- Alhoewel er reisbereidheid van patiënten voor gespecialiseerde zorg is, hebben regionale partijen zorgen over bereikbaarheid van zorg voor patiënten en mantelzorgers met een lage SES. OncoNoVo+ vraagt aandacht voor zorg dichtbij als het kan.



# OncoNoVo+ ziet het als gezamenlijk belang om de vraagstukken over concentratie en spreiding samen op te lossen in de regio

## Zorgaanbieder



- OncoNoVo+ benadrukt dat deze impactanalyse alleen de impact in kaart brengt van de interventies binnen tranche 1 en dat het effect op de hele keten (incl. spreiding) nog niet in beeld is. Het cascade effect is veel groter dan meegenomen in de kwantitatieve analyse, zowel in zendende als ontvangende ziekenhuizen. Het betreft benigne en acute zorg, gespecialiseerde zorg, expertise bij ondersteunende specialismen, systeemtherapie, etc. Kwalitatieve en kwantitatieve impact dienen verder uitgewerkt te worden voordat een eindscenario gekozen wordt.
- Spreiding van zorg is noodzakelijk, zowel om impact op (sub)specialismen te dempen in zendende ziekenhuizen, als om overbelasting te voorkomen in ontvangende ziekenhuizen. De impact van spreiding is niet meegenomen in deze analyses.

## Zorgprofessional



- OncoNoVo+ benadrukt – in lijn met het IZA – de opdracht om al het zorgpersoneel zoveel mogelijk te behouden.
- OncoNoVo+ ziet het vertrek van medewerkers als een risico bij concentratie en ziet het als een belangrijke uitdaging om (schaarse) breed opgeleide en gemotiveerde medewerkers te behouden. OncoNoVo+ zet bij de uitwerking in op nieuwe innovatieve concepten. Voor dit soort concepten is flexibiliteit nodig binnen de normen, zodat het bijvoorbeeld mogelijk is dat één team op meerdere locaties opereert (en waarbij de norm voor het team geldt).
- Voor specifieke (sub)specialismen (met name urologie en longchirurgie) is de kwantitatieve impact substantieel.



# Toegankelijkheid van vaatzorg kan in A9 netwerk geborgd blijven met aantal aandachtspunten t.b.v. landelijke besluitvorming

## Patiënt in regionaal zorgnetwerk



- Vaatnetwerk A9 vindt het voor patiënten belangrijk op twee (NWZ en SG) locaties complexe endo. aorta interventies aan te bieden. Door verdere lateralisatie bestaat risico op kennisverlies in het zendende ziekenhuis met potentieel negatieve effecten voor de patiënt gedurende het hele behandeltraject (van indicatiestelling tot controle).
- Om de beschikbare capaciteit optimaal te benutten en patiënten flexibel te kunnen plannen is het belangrijk om complexe aorta interventies op twee (SG en NWZ) locaties aan te bieden.

## Zorgaanbieder



- Om aantrekkelijk te blijven als werkgever en opleidingsinstituut is van belang hoog-complexe vaatchir. zorg aan te bieden (voor verpleegk., OK-as. en (vaat-) chirurgen).
- Vaatnetwerk A9 vindt het belangrijk het L1-traumacentrum in Noordwest te behouden (en daarvoor ook de complexe vaatchir. expertise).
- Vaatnetwerk A9 geeft aan dat om de kwaliteitsnorm van 50% van alle carotis interventies binnen een week te realiseren, flexibiliteit in het netwerk essentieel is. In dit kader kan het in de toekomst noodzakelijk zijn dat ZHA opnieuw carotiszorg aanbiedt.

## Zorgprofessional



- Vaatnetwerk A9 maakt zich zorgen over expertiseverlies bij professionals in zendende ziekenhuizen bij lateralisatie en de gevolgen hiervan voor patiëntenzorg en voor het opleiden van nieuwe professionals.
- De verwachting is dat verdere lateralisatie o.b.v. de voorgestelde volumennorm voor complex endovasculaire aorta interventies binnen het vaatnetwerk niet nodig is. Zodoende wil het netwerk deze zorg op twee van de vier locaties behouden. De partijen blijven de kwaliteitsuitkomsten met elkaar delen om de zorg binnen het netwerk te verbeteren.



# Toegankelijkheid vaatzorg kan in vaatnetwerk Amsterdam geborgd blijven, spreidingsafspraken zijn hiervoor randvoorwaardelijk

Vaatnetwerk Amsterdam benadrukt dat het bij verplaatsing van aorta interventies noodzakelijk is om ook spreidingsafspraken te maken binnen het netwerk (bijv. over perifeer vaatlijden) voor behoud vaatchirurgische expertise, interventieradiologie en optimale benutting van de hybride OK in ZaansMC.

## Patiënt in regionaal zorgnetwerk



Vaatnetwerk Amsterdam benadrukt het belang om een breed palet aan vaatchirurgische zorg toegankelijk te houden voor alle patiënten in de regio. Het netwerk committeert zich aan de gezamenlijke verantwoordelijkheid om dit als netwerk te regelen en met elkaar kwalitatief de beste zorg te leveren.

## Zorgaanbieder



Vaatnetwerk Amsterdam vindt het belangrijk dat de vaatchirurgische praktijk en interventieradiologie van ZaansMC behouden blijft en de hybride OK's (in alle ziekenhuizen in het netwerk) optimaal benut worden. Hoewel primaire verantwoordelijkheid ligt bij de samenwerking met het DLZ als ontvangend ziekenhuis, committeren alle netwerkpartijen en zorgverzekeraars zich aan deze opgave.

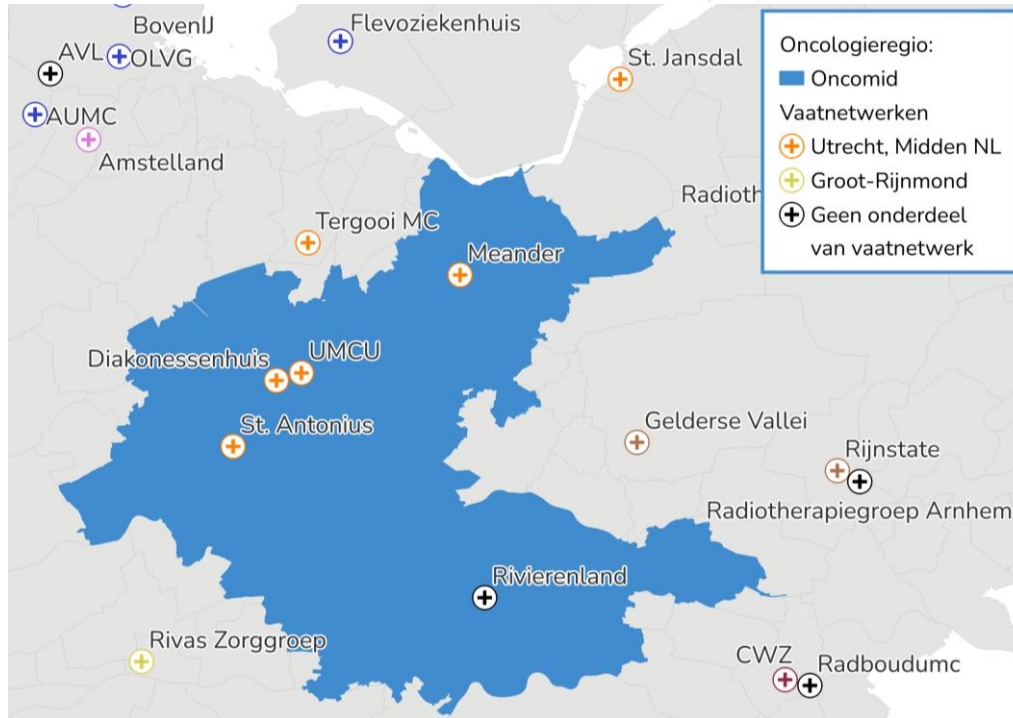
## Zorgprofessional



Vaatnetwerk Amsterdam vindt het belangrijk dat voor vaatchirurgen en interventieradiologen in ZaansMC voldoende interessante vaatchirurgische zorg behouden blijft, om expertise en uitdaging te behouden. Hiervoor zet het netwerk zich in door bijvoorbeeld gezamenlijke teams te vormen. De vakgroep chirurgie DLZ en de maatschap chirurgie ZMC hebben de intentie samen op te gaan in één chirurgische vakgroep.



# Netwerken en zorginstellingen in regio Midden Nederland



## Ziekenhuizen in regio:

- Diakonessenhuis
- Meander
- St. Jansdal<sup>1</sup>
- Rivas<sup>2</sup>
- Rivierenland
- St. Antonius
- Tergooi MC<sup>3</sup>
- UMCU



# Herverdelingsvraagstukken en hoofdconclusies scenario-analyse

## Midden Nederland

### Kwantitatief in kaart gebrachte impact van scenario's op instellingen

- De impact van de gecombineerde scenario's (vaatchir. en oncologie) is het kleinst bij verdeling van aorta over 6 centra, long in 3 en nier in 2 centra: voor zowel IC als OK is de rel. impact tussen 0% en +1%.
- De scenario's met de minste rel. impact vragen om een verschuiving van 0,1 FTE per type medisch specialist en ruim 1 FTE per type vpk.
- Midden-Nederland benadrukt dat de impact hoger is dan uit de kwantitatieve analyse blijkt, omdat de impact groter is dan alleen de verschuiving van de interventies uit tranche 1 zelf (o.a. benigne zorg) en spreiding niet is meegenomen.

### Toegankelijkheid specifieke interventies bij voorgestelde normen

- Midden-Nederland vraagt voor UMCU een uitzonderingspositie aan voor lokale beh. nier om de lokale interventies voor patiënten met zeldzame tumoren en patiënten uit het PMC te kunnen blijven bieden.
- De koppeling van endo. res. maag/slokdarmkanker aan een chirurgisch centrum brengt het risico met zich mee dat de expertise van St. Antonius Ziekenhuis als Barrett expertisecentrum verloren raakt.

### Aantal zorginstellingen dat interventie uitvoert

| Interventie       |                                | ..huidig       | ..dat niet aan voor-<br>gestelde norm<br>voldoet | ..in scenario's<br>impact-<br>analyse <sup>4</sup> |
|-------------------|--------------------------------|----------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Hoofdhals         | Resecties                      | 1              | -                                                | n.v.t.                                             |
|                   | Lapreconstructies              | 1              | -                                                | n.v.t.                                             |
| Pancreas          | Resecties                      | 1              | -                                                | n.v.t.                                             |
|                   | ERCP                           | 5              | 1                                                | 4-5                                                |
|                   | Syst. ther. (incidentie)       | 6              | -                                                | n.v.t. <sup>4</sup>                                |
| Nier              | Lok. behandeling               | 3              | 1                                                | 1-3                                                |
|                   | Syst. ther. (incidentie)       | 6              | 2                                                | n.v.t. <sup>4</sup>                                |
| Long              | Resecties                      | 4              | 2                                                | 2-3                                                |
|                   | Radiotherapie                  | 1              | -                                                | n.v.t.                                             |
|                   | Syst. ther. (incidentie)       | 5              | -                                                | n.v.t. <sup>4</sup>                                |
| Maag/<br>slokdarm | Operaties                      | 1              | -                                                | n.v.t.                                             |
|                   | Endo. resecties                | 2              | 1                                                | 1                                                  |
|                   | Radiotherapie                  | 1              | -                                                | n.v.t.                                             |
| Aorta             | Syst. ther. (incidentie)       | 6              | -                                                | n.v.t. <sup>3</sup>                                |
|                   | Totaal                         | 5 <sup>1</sup> | 2                                                | 3-4                                                |
|                   | Complex                        | 2 <sup>1</sup> | -                                                | n.v.t.                                             |
| Carotis           | Chirurgische int. <sup>2</sup> | 3 <sup>1</sup> | -                                                | 3                                                  |



# De analyses zijn gebaseerd op de volgende aantallen per ziekenhuis

| Interventie (aantal 2022 tenzij anders aangegeven)                     | Beoogde norm     | Ziekenhuis Rivierenland | Rivas Zorggroep <sup>3</sup> | Diakones-senhuis | Meander Medisch Centrum | St. Antonius Ziekenhuis | UMC Utrecht | Tergooi MC <sup>4</sup> | St. Jansdal <sup>5</sup> |
|------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------------|------------------------------|------------------|-------------------------|-------------------------|-------------|-------------------------|--------------------------|
| Hoofd/hals - resecties excl. schildklier en bijschildklier             | 50               | 3                       |                              | 8                | 7                       | 3                       | 276         |                         |                          |
| Hoofd/hals - gesteelde of vrij gevasculariseerde lapreconstructies     | 20               |                         |                              |                  |                         |                         | 34          |                         |                          |
| Long - oncologische longresecties                                      | 60               |                         |                              | 32               | 60                      | 98 <sup>6</sup>         | 42          |                         |                          |
| Long - radiotherapeutische interventies                                | 50               |                         |                              |                  |                         |                         | 339         |                         |                          |
| Long – systeemtherapie (incidentie)                                    | 10               | 78                      | 93                           | 112              | 229                     | 312                     | 113         |                         |                          |
| Long - systeemtherapie (prevalentie, incl. follow-up)                  | 100 <sup>2</sup> | 270                     | 284                          | 480              | 843                     | 1.435                   | 504         |                         |                          |
| Long - systeemtherapie (prevalentie, incl. follow-up)                  | 300 <sup>2</sup> | 270                     | 284                          | 480              | 843                     | 1.435                   | 504         |                         |                          |
| Maag/slokdarm - oncologische, chirurgische slokdarm- en maagresecties  | 75               |                         |                              |                  |                         |                         | 86          |                         |                          |
| Maag/slokdarm - oncologische, endoscopische resecties (vroeg)carcinoom | 25               |                         |                              |                  |                         | 63 <sup>7</sup>         | 50          |                         |                          |
| Maag/slokdarm - radiotherapeutische interventies                       | 50               |                         |                              |                  |                         |                         | 140         |                         |                          |
| Maag/slokdarm – systeemtherapie (incidentie)                           | 10               | 23                      | 16                           | 27               | 47                      | 59                      | 113         |                         |                          |
| Maag/slokdarm - systeemtherapie (prevalentie, incl. follow-up)         | 50 <sup>2</sup>  | 57                      | 49                           | 51               | 90                      | 145                     | 215         |                         |                          |
| Pancreas - pancreasresecties ongeacht diagnose                         | 50               |                         |                              |                  |                         | 137                     | 6           |                         |                          |
| Pancreas - aantal ERCP's ongeacht indicatie                            | 150              |                         | 104                          | 161              | 255                     | 491                     | 268         |                         |                          |
| Pancreas – systeemtherapie (incidentie)                                | 10               | 14                      | 13                           | 22               | 39                      | 72                      | 17          |                         |                          |
| Pancreas - systeemtherapie (prevalentie, incl. follow-up)              | 30 <sup>2</sup>  | 41                      | 31                           | 46               | 82                      | 150                     | 77          |                         |                          |
| Nier - lokale behandelingen                                            | 75               |                         |                              |                  |                         | 169 <sup>8</sup>        | 30          | 115 <sup>4</sup>        |                          |
| Nier – systeemtherapie (incidentie)                                    | 10               |                         | 1                            | 2                | 21                      | 59                      | 58          | 13                      |                          |
| Nier - systeemtherapie (prevalentie, incl. follow-up)                  | 50 <sup>2</sup>  | 16                      | 11                           | 13               | 45                      | 120                     | 110         | 63                      |                          |
| Aneurysma Aorta - aorta interventies (totaal)                          | 50               |                         |                              | 30               | 72                      | 187                     | 57          | 43                      | 37                       |
| Aneurysma aorta - aorta interventies (complex)                         | 15               |                         |                              |                  | 2                       | 30 (2023)               | 30          | 1                       |                          |
| Carotis - chirurgische interventies                                    | 20               |                         |                              |                  | 38                      | 93                      | 101         | 46                      | 36                       |

1: We interpreteren lage aantallen als registratie-onvolkomendheden, we tellen deze in de analyses niet mee. 2: Als het netwerk de zorg inricht volgens het shared-caremodel voor systeemtherapie gelden de volumennormen per netwerk i.p.v. per locatie. 3. Rivas Zorggroep neemt in twee regio's deel (Midden-Nederland en Zuid-West Nederland). Voor vaatchirurgie is Rivas aangesloten bij Groot-Rijnmond. 4. Tergooi MC werkt alleen voor niercarcinoom en vaatchirurgie samen in Midden-Nederland. 5. St. Jansdal werkt alleen voor vaatchirurgie samen in Midden-Nederland. 6. Aantal 2023 omdat huidige aantallen significant afwijken van 2022. 7. St. Antonius voldoet niet aan de voorgestelde norm omdat het voor het behalen van deze norm noodzakelijk is ook de maag/slokdarmoperaties te doen. 8. Er zijn bestaande afspraken dat lokale interventies voor patiënten met nierkanker vanuit Rivas, Diakonessenhuis en ZRT in St. Antonius plaatsvinden en vanuit Meander MC in Tergooi MC. Bron: analyse SiRM op basis aanlevering cijfers NZa en correcties regio.

# Aandachtspunten Midden-Nederland t.b.v. landelijke besluitvorming

## Patiënt in regionaal zorgnetwerk



- Midden-Nederland maakt zich zorgen over patiënten met comorbiditeit die door concentratie voor hun aandoeningen in verschillende ziekenhuizen zorg ontvangen.
- De regio benadrukt het belang van goede afspraken met verwijzers zoals de ambulancezorg en huisartsen zodat zij patiënten goed kunnen ondersteunen en doorverwijzen (bijvoorbeeld bij complicaties).
- In Midden-Nederland zijn zorgen over dat de focus op volumenormen bij de conventionele veelal chirurgische ingrepen onbedoeld leidt tot een afname van minder invasieve, innovatieve behandelingen, zoals beeldgestuurde interventies.

## Zorgprofessional



- Er zijn in Midden-Nederland zorgen over de impact van opeenvolgende tranches van concentratie op zowel zorg, als opleiding, onderwijs en onderzoek. Midden-Nederland vraagt de Ronde Tafel om bij de besluitvorming over tranche 1 alvast vooruit te kijken naar de volgende tranches en het cumulatieve effect ervan op zorg, opleiding, onderwijs en onderzoek hiervan.
- De regio merkt op dat concentratie niet per definitie leidt tot hogere efficiëntie, maar ook kan leiden tot inefficiëntie.





# Aandachtspunten Midden-Nederland t.b.v. landelijke besluitvorming

## Zorgaanbieder



- Midden-Nederland geeft aan dat financiering nodig is om informatie-uitwisseling tussen ziekenhuizen goed in te richten en afspraken met elkaar te maken over de verantwoordelijkheidsverdeling.
- De regio benadrukt het belang van goede spreidingsafspraken<sup>1</sup> voor optimale benutting van capaciteiten.<sup>2</sup> De opgave lijkt hierbij groter dan uit de kwantitatieve analyse blijkt, omdat de impact van concentratie van de interventies uit tranche 1 mogelijk groter is dan de verschuiving van de interventies zelf. Een voorbeeld is dat bij concentratie van maligne longresecties een risico bestaat dat ook verschuiving optreedt van de benigne longchirurgie uit de zendende ziekenhuizen. Expliciete afspraken zouden hier bijvoorbeeld over gemaakt kunnen worden.



# Aandachtspunten Midden-Nederland t.b.v. landelijke besluitvorming

## Lokale behandeling nier



- Midden-Nederland vraagt voor UMCU een uitzonderingspositie<sup>1</sup> aan op de volumennorm voor lokale behandeling nierkanker om ook in toekomst de lokale interventies voor patiënten met zeldzame tumoren<sup>2</sup> en patiënten uit het Princes Maxima Centrum te kunnen blijven aanbieden.
- Het is van belang om deze expertisefunctie in het UMCU te behouden om de toegankelijkheid van de tertiaire zorg in de regio te waarborgen. Verplaatsing hiervan zal de supra-regionale verwijspatronen verstoren en leiden tot verplaatsing van deze patiëntengroepen naar andere regio's. Daarnaast is het noodzakelijk voor de innovatieve behandelingen en wetenschap (o.a. MR-Linac/Image consortium).

## Endoscopische maag/slokdarm resecties



- De norm om endoscopische resecties voor maag/slokdarmkanker alleen in een chirurgisch centrum uit te voeren brengt in de regio Midden Nederland het risico met zich mee dat de opgebouwde expertise binnen St. Antonius Ziekenhuis als Barrett expertisecentrum verloren raakt.

1. N.B. In de huidige SONCOS-normen wordt ook een uitzondering gemaakt voor academische centra.

2. Von Hippel Lindau (VHL) patiënten en de zorg voor andere familiale niertumoren zoals Birt-Hogg-Dubé syndroom (BHD).



# 4. Beeld van gekwantificeerde impact



# Voor de kwantitatieve resultaten geven we een bandbreedte van de impact per regio weer

## We bepaalden de impact op reistijd, productieparameters en zorgprofessionals



- Voor de patiënt brachten we de impact op reistijd in kaart. We keken daarbij naar het verschil in gemiddelde reistijd<sup>1</sup> voor en na herverdeling voor patiënten die verplaatsen. Ook brachten we de maximale extra reistijd na herverdeling in kaart in de regio's.
- Voor de zorgaanbieder brachten we de relatieve impact op productieparameters van de herverdeelde zorg in kaart (OK-tijd, IC-dagen, verpleegdagen en bruto schadelast) .
- Voor de zorgprofessional brachten we de absolute impact op de benodigde uren in kaart. We maakten daarbij onderscheid naar verpleegkundigen, ondersteunend personeel en medisch specialisten. De uren rekenden we ook door naar FTE.

## Voor elke regio geven we een bandbreedte van de impact weer



- De impact berekenden we voor alle scenario's die door de regio's zijn aangedragen.
- Voor de reistijd geven we in de tabellen een bandbreedte van de gemiddelde extra reistijd weer en de maximale extra reistijd in het meest ongunstige scenario.
- Voor de zorgaanbieder en zorgprofessional (uren en FTE) geven we in de tabellen alleen het scenario met de minimale bandbreedte en het scenario met de maximale bandbreedte weer per regio.
  - In het scenario met de minimale bandbreedte blijven meestal zoveel mogelijk instellingen de interventie uitvoeren.
  - In het scenario met de maximale bandbreedte vindt meestal de sterkste concentratie plaats.

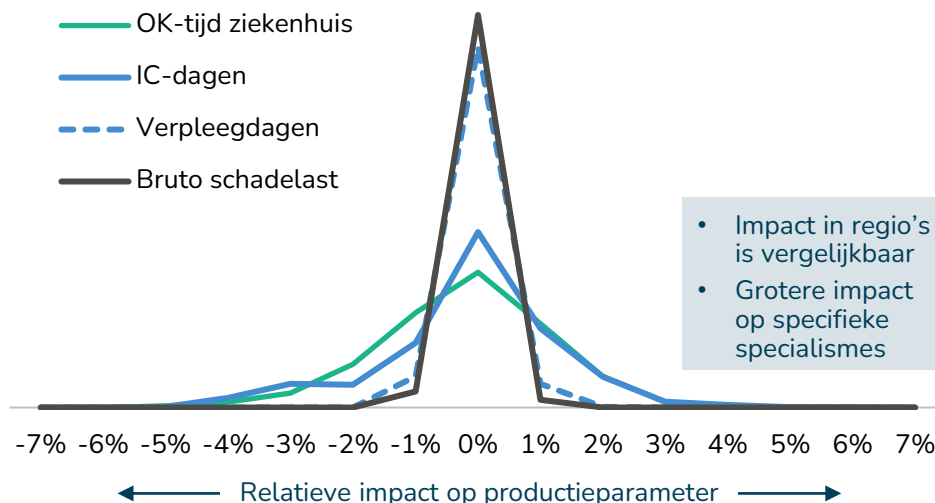
# Impact op productieparameters van geconcentreerde zorg

Deze dia is gelijk aan dia 32

## Impact op productieparameters van herverdeelde behandelingen

- SiRM heeft per scenario de impact op de productieparameters doorgerekend op basis van gegevens van zorgaanbieders en de proxytafel (tenzij de proxies zijn aangepast door de regio).
- Deze is onder andere uitgedrukt in relatieve impact ten opzichte van het gehele ziekenhuis.
- Het gaat om de productieparameters van de specifieke behandelingen die zijn herverdeeld.
- De grafiek toont de verdeling van de relatieve impact voor drie productieparameters en bruto schadelast (omzet) in alle doorgerekende scenario's.
- De meeste scenario's hebben een impact rond 0%, er zijn weinig scenario's met impact groter dan +/- 3%.
- De mate waarin waarin vrijgevallen productieruimte in de praktijk wordt opgevuld door andere zorg, of door spreiding, is niet meegenomen.

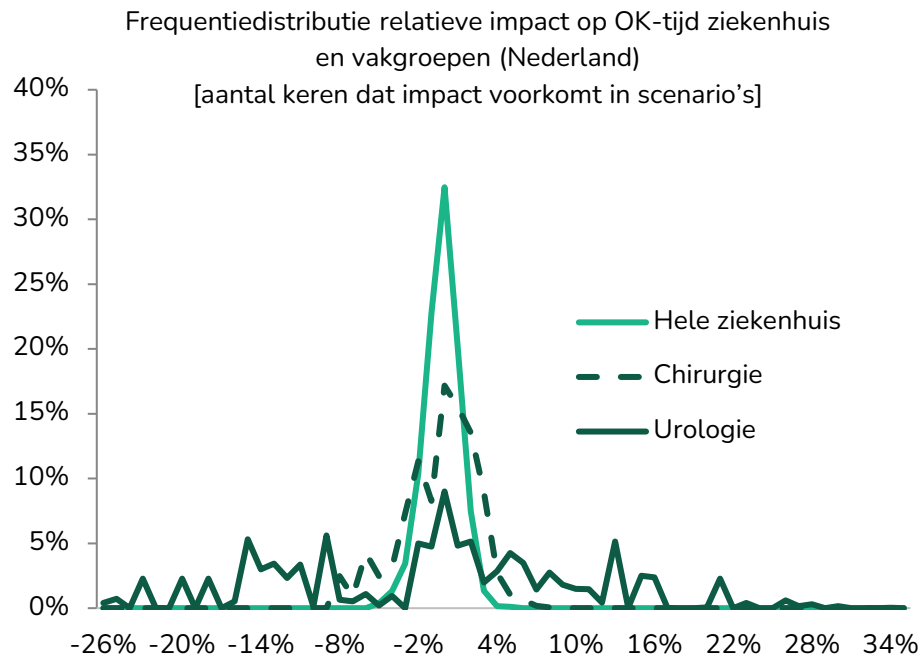
Frequentiedistributie relatieve impact op productieparameters (Nederland)  
[aantal keren dat impact voorkomt in scenario's<sup>1</sup>]



Bron: Analyse SiRM o.b.v. scenario's aangedragen door de regio's; door instellingen aangedragen proxywaarden en kengetallen, aantal interventies NZa en Geodan reistijdentabel 2023.  
1. In enkele scenario's nemen IC-dagen af tot -13%.

# De relatieve impact op de OK-tijd van vakgroepen is groter dan op die van het hele ziekenhuis, met name voor urologie

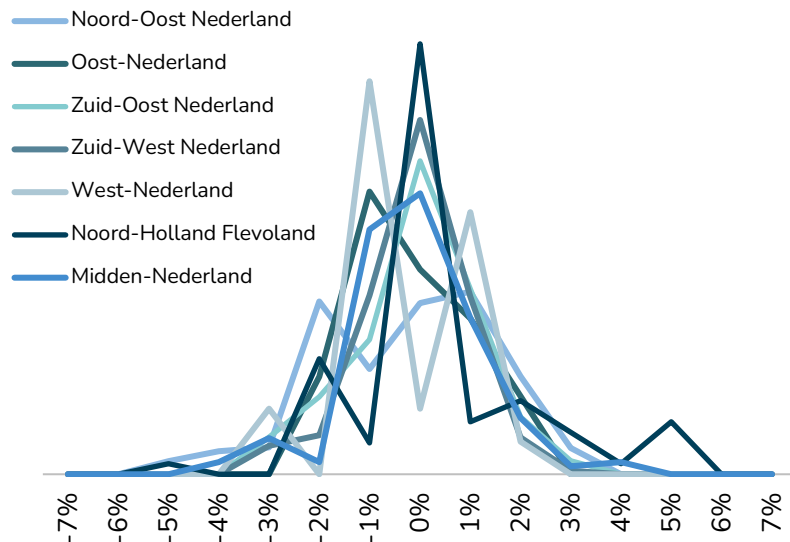
N.B. Het betreft enkel de onderzochte behandelingen, impact van spreiding en/of opvullen met andere zorg is niet meegenomen



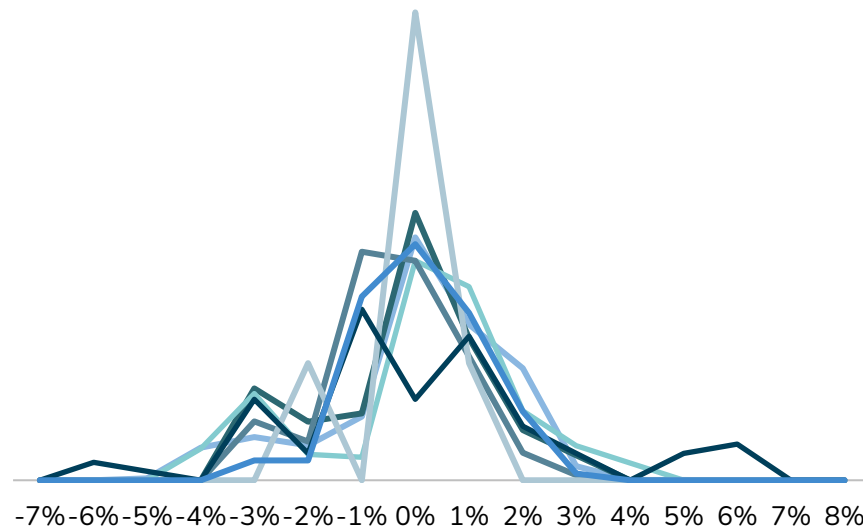
# Beeld van relatieve impact van de aangedragen scenario's op OK- en IC-tijd van enkele procenten is vergelijkbaar in regio's

N.B. Het betreft enkel de onderzochte behandelingen, impact van spreiding en/of opvullen met andere zorg is niet meegenomen

Frequentiedistributie relatieve impact op OK-tijd  
[aantal keren dat impact voorkomt in scenario's]



Frequentiedistributie relatieve impact op IC-dagen  
[aantal keren dat impact voorkomt in scenario's<sup>1</sup>]





# Landelijk beeld van bandbreedtes op berekende productieparameters door concentratie voor aangedragen scenario's

## We berekenen de impact op productieparameters:

- We berekenen impact op productieparameters van de specifieke behandelingen die zijn herverdeeld.
- De mate waarin die worden opgevuld door wegwerken wachtlijsten, andere zorg of spreiding van zorg, is niet meegenomen.
- We rapporteren hier het bereik van de impact op ziekenhuizen in de regio voor de scenario's met grootste en kleinste impact die door de regio zijn opgesteld voor deze impactanalyse:
  - Min: scenario's met kleinste impact op berekende productieparameters, meestal met meer herverdeling en uitwisseling van behandelingen in de regio.
  - Max: scenario's met meeste impact op berekende productieparameters, meestal scenario's met concentratie in enkele ziekenhuizen in de regio.

## Landelijk – zie dia 96 per regio

## Productieparameters [relatief]

|                            |                                             |
|----------------------------|---------------------------------------------|
| OK-tijd ziekenhuis         | min: -2% tot 2%<br>max: -5% tot 4%          |
| OK-tijd speciale chirurgie | min: -6% tot 3%<br>max: -8% tot 8%          |
| OK-tijd speciale urologie  | min: -15% tot 26%<br>max: -25% tot 42%      |
| IC-dagen                   | min: - 3% tot 2%<br>max: -12% tot 4%        |
| Verpleegdagen              | min: 0%<br>max: -3% tot 1%                  |
| Bruto schadelast           | min: 0%<br>max: -1% tot 1%                  |
| Bruto s.l. abs. [€x1M]     | min: - €1,1 tot €0,9<br>max: -€2,5 tot €9,3 |

## Landelijk – zie dia 97 per regio

## Zorgprofessionals [FTE]

|                           |                                        |
|---------------------------|----------------------------------------|
| Vpk – IC                  | min: -0,6 tot 0,8<br>max: -2,4 tot 2,5 |
| Vpk – kliniek             | min: -0,6 tot 1<br>max: -4,7 tot 11    |
| Anesthesie-medewerker     | min: -0,2 tot 0,2<br>max: -0,5 tot 1,8 |
| OK-assistent              | min: -0,5 tot 0,4<br>max: -1,7 tot 5,1 |
| MS – uroloog <sup>1</sup> | min: -0,3 tot 0,4<br>max: -0,9 tot 1,5 |
| MS - long-/CT-chirurg     | min: -0,3 tot 0,3<br>max: -0,7 tot 2,2 |
| MS - Upper GI chirurg     | min: -0,2 tot 0,4<br>max: -0,7 tot 0,5 |
| MS - HPB chirurg          | min: -0,1 tot 0,2<br>max: -0,6 tot 0,6 |
| MS - vaatchirurg          | min: -0,2 tot 0,2<br>max: -0,4 tot 0,5 |

# Bandbreedte relatieve impact op productieparameters van geconcentreerde behandelingen voor aangedragen scenario's

N.B. Het betreft enkel de onderzochte behandelingen, impact van spreiding en/of opvullen met andere zorg is niet meegenomen

|                          | Noord-Oost<br>Nederland                    | Oost Nederland                             | Zuid-Oost<br>Nederland                   | Zuid-West<br>Nederland                     | West Nederland                             | Noord-Holland<br>Flevoland                 | Midden Nederland                            |
|--------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------|
| OK-tijd ziekenhuis       | min: -2% tot 2%<br>max: -4% tot 3%         | min: -1% tot 1%<br>max: -2% tot 2%         | min: -1% tot 1%<br>max: -3% tot 3%       | min: -2% tot 1%<br>max: -3% tot 2%         | min: -1% tot 1%<br>max: -3% tot 2%         | min: -1% tot 2%<br>max: -5% tot 4%         | min: 0% tot 1%<br>max: -4% tot 3%           |
| OK-tijd spec. chirurgie  | min: -6% tot 2%<br>max: -6% tot 6%         | min: -3% tot 1%<br>max: -4% tot 4%         | min: -2% tot 2%<br>max: -8% tot 5%       | min: -3% tot 3%<br>max: -7% tot 5%         | -4% tot 1%                                 | min: -2% tot 1%<br>max: -7% tot 8%         | min: 0% tot 1%<br>max: -3% tot 6%           |
| OK-tijd spec. urologie   | min: -15% tot 26%<br>max: -23% tot 26%     | min: -15% tot 4%<br>max: -15% tot 12%      | min: -9% tot 11%<br>max: -13% tot 13%    | min: -14% tot 6%<br>max: -16% tot 28%      | min: -10% tot 10%<br>max: -11% tot 34%     | min: -9% tot 11%<br>max: -25% tot 30%      | min: -4% tot 5%<br>max: -16% tot 42%        |
| IC-dagen                 | min: -3% tot 2%<br>max: -8% tot 3%         | min: -1% tot 1%<br>max: -3% tot 3%         | min: -1% tot 1%<br>max: -4% tot 4%       | min: -3% tot 1%<br>max: -3% tot 3%         | -2% tot 1%                                 | min: -1% tot 2%<br>max: -12% tot 2%        | min: 0% tot 1%<br>max: -3% tot 3%           |
| Verpleeg-dagen           | min: 0%<br>max: -1% tot 1%                 | min: 0%<br>max: -1% tot 1%                 | min: 0%<br>max: -1% tot 1%               | min: 0%<br>max: -1% tot 1%                 | 0%                                         | min: 0%<br>max: -3% tot 2%                 | min: 0%<br>max: -1% tot 1%                  |
| Bruto schadelast         | min: 0%<br>max: -1% tot 1%                 | min: 0%<br>max: -1% tot 0%                 | min: 0%<br>max: 0% tot 1%                | min: -1% tot 0%<br>max: 0% tot 1%          | 0%                                         | min: 0%<br>max: -1% tot 1%                 | min: 0%<br>max: -1% tot 1%                  |
| Bruto schade-last [€x1M] | min: -€0,6 tot €0,6<br>max: -€2,4 tot €2,5 | min: -€0,4 tot €0,9<br>max: -€2,1 tot €2,2 | min: -€0,8 tot €0,7<br>max: -€2 tot €3,1 | min: -€0,7 tot €0,7<br>max: -€1,5 tot €3,2 | min: -€0,5 tot €0,9<br>max: -€1.1 tot €0.9 | min: -€0,7 tot €0,7<br>max: -€2,5 tot €9,3 | min: -€-0,3 tot €0,3<br>max: -€2,1 tot €3,6 |

# Bandbreedte absolute impact op inzet zorgprofessionals door concentratie van behandelingen voor aangedragen scenario's [FTE<sup>2</sup>]

N.B. Het betreft enkel de onderzochte behandelingen, impact van spreiding en/of opvullen met andere zorg is niet meegenomen

|                           | Noord-Oost<br>Nederland                | Oost Nederland                         | Zuid-Oost<br>Nederland                 | Zuid-West<br>Nederland                 | West Nederland                         | Noord-Holland<br>Flevoland              | Midden Nederland                       |
|---------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|
| Vpk - IC                  | min: -0,2 tot 0,4<br>max: -2 tot 2     | min: -0,6 tot 0,8<br>max: -1,3 tot 1,5 | min: -0,3 tot 0,3<br>max: -2,4 tot 2,1 | min: -0,4 tot 0,3<br>max: -1,2 tot 2,1 | min: -0,3 tot 0,5<br>max: -0,5 tot 0,5 | min: -0,4 tot 0,1<br>max: -1,4 tot 2,5  | min: 0 tot 0,5<br>max: -0,4 tot 1,1    |
| Vpk - kliniek             | min: -0,3 tot 1<br>max: -4,7 tot 3,8   | min: -0,5 tot 1<br>max: -2,7 tot 3     | min: -0,5 tot 0,6<br>max: -3,7 tot 5,6 | min: -0,6 tot 0,4<br>max: -2,8 tot 4,9 | min: -0,5 tot 1,3<br>max: -1,2 tot 1,3 | min: -0,6 tot 0,8<br>max: -3,3 tot 11,3 | min: -0,3 tot 1<br>max: -1,6 tot 3,5   |
| Anesthesie-<br>medewerker | min: -0,1 tot 0,2<br>max: -0,5 tot 0,4 | min: -0,1 tot 0,1<br>max: -0,4 tot 0,3 | min: -0,2 tot 0,1<br>max: -0,6 tot 0,4 | min: -0,1 tot 0,1<br>max: -0,3 tot 0,6 | min: -0,1 tot 0,1<br>max: -0,2 tot 0,2 | min: -0,1 tot 0,1<br>max: -0,4 tot 1,8  | min: 0 tot 0,1<br>max: -0,4 tot 0,6    |
| OK-assistent              | min: -0,3 tot 0,4<br>max: -1,5 tot 1,3 | min: -0,2 tot 0,4<br>max: -1 tot 1     | min: -0,4 tot 0,4<br>max: -1,7 tot 1,1 | min: -0,4 tot 0,2<br>max: -0,7 tot 1,6 | min: -0,2 tot 0,4<br>max: -0,6 tot 0,6 | min: -0,3 tot 0,4<br>max: -1,2 tot 5,1  | min: -0,1 tot 0,1<br>max: -1 tot 1,5   |
| MS – uroloog <sup>1</sup> | min: -0,3 tot 0,2<br>max: -0,5 tot 0,4 | min: -0,2 tot 0,2<br>max: -0,3 tot 0,5 | min: -0,2 tot 0,2<br>max: -0,3 tot 0,3 | min: -0,1 tot 0,2<br>max: -0,5 tot 0,7 | min: -0,2 tot 0,1<br>max: -0,3 tot 0,6 | min: -0,2 tot 0,1<br>max: -0,4 tot 1,5  | min: -0,1 tot 0,1<br>max: -0,9 tot 0,9 |
| MS - long-<br>/CT-chirurg | min: -0,3 tot 0,2<br>max: -0,5 tot 0,4 | min: -0,1 tot 0,1<br>max: -0,3 tot 0,2 | min: -0,1 tot 0,1<br>max: -0,6 tot 0,6 | min: -0,1 tot 0,1<br>max: -0,4 tot 0,5 |                                        | min: -0,3 tot 0,2<br>max: -0,3 tot 2,2  | min: -0,1 tot 0,1<br>max: -0,6 tot 0,4 |
| MS - Upper GI<br>chirurg  | min: -0,1 tot 0,2<br>max: -0,7 tot 0,6 | min: -0,2 tot 0,2<br>max: -0,5 tot 0,5 | -0,5 tot 0,5                           | -0,1 tot 0,1                           | -0,2 tot 0,2                           | min: -0,2 tot 0,2<br>max: -0,4 tot 0,4  |                                        |
| MS - HPB<br>chirurg       | min: 0<br>max: -0,5 tot 0,6            |                                        | min: 0<br>max: -0,6 tot 0,6            | min: 0 tot 0,1<br>max: -0,3 tot 0,5    |                                        | min: -0,1 tot 0,1<br>max: -0,3 tot 0,3  |                                        |
| MS -<br>vaatchirurg       | min: 0 tot 0,1<br>max: -0,3 tot 0,3    | min: 0<br>max: -0,1 tot 0              | 0                                      | -0,1 tot 0,2                           |                                        | -0,1 tot 0,1                            | min: -0,1 tot 0,1<br>max: -0,4 tot 0,4 |

1. We hebben urologen samen moeten nemen met interventieradiologen omdat onder de (lokale) behandelingen nier zowel (partiële) nefrectomieën als focale therapieën vallen en deze interventies worden uitgevoerd door verschillende medisch specialisten. 2. Voor omrekening naar FTE gaan we voor verpleegkundigen, anesthesiemedewerkers en operatieassistenten uit van 46 werkweken van 36 uur per FTE. Voor medisch specialisten van 44 werkweken van 40 uur. Bron: Analyse SiRM o.b.v. scenario's aangedragen door de regio's, door instellingen aangedragen proxywaarden, aantal interventies NZa en Geodan reistijdentabel 2023.

# Bandbreedte gemiddelde extra reistijd enkele reis voor patiënten die verplaatsen in de geanalyseerde scenario's [minuten]

|                              | Noord-Oost Nederland | Oost Nederland | Zuid-Oost Nederland | Zuid-West Nederland | West Nederland | Noord-Holland Flevoland | Midden Nederland |
|------------------------------|----------------------|----------------|---------------------|---------------------|----------------|-------------------------|------------------|
| Onc. longresecties           | 18 tot 30            | 15             | 8 tot 12            | 2 tot 8             | -              | 11 tot 18               | 8 tot 12         |
| Maag/slokdarm-operaties      | 22 tot 26            | 15 tot 16      | 35 tot 37           | 7                   | 13             | 2 tot 3                 | -                |
| Endosc. resec. maag/slokdarm | -                    | 15 tot 18      | 0 tot 20            | -                   | -              | -                       | 4                |
| Pancreas ERCP's              | 11 tot 17            | -              | -                   | 2 tot 6             | 15             | 6 tot 18                | 13 tot 14        |
| Pancreasresecties            | 24 tot 30            | -              | 0 tot 39            | 12 tot 25           | -              | 6                       | -                |
| Lokale behandeling nier      | 19 tot 27            | 10 tot 15      | 15 tot 28           | 18 tot 27           | 7 tot 10       | 12 tot 25               | 6 tot 17         |
| Aneurysma Aorta              | 6 tot 19             | -              | 11 tot 12           | 14                  | -              | 12                      | 8 tot 16         |
| Aneurysma Aorta (complex)    | -                    | -              | -                   | -                   | -              | 13 tot 16               | -                |
| Carotislijden                | -                    | -              | 14                  | -                   | -              | -                       | 8                |

Opmerking: Het betreft een enkele reis voor de specifieke interventie, en niet voor mogelijke reistijd door verplaatsing van zorg door cascade-effecten. Patiënten en naasten zullen deze enkele reis meerdere malen afleggen voor polikliniekbezoeken en gedurende (her)opname. Deze slide betreft alleen de impact van scenario's op de reistijd van patiënten. Andere impact op patiënten komt terug in het onderdeel kwalitatief in kaart gebrachte impact. Het gaat om de gemiddelde reistijd enkele reis, er zijn patiënten met meer extra reistijd. Bron: Analyse SiRM o.b.v. scenario's aangedragen door de regio's, aantal interventies NZa en Geodan reistijdentabel 2023



# 5. Beeld kwalitatief in kaart gebrachte impact



# We brachten met de regio de impact kwalitatief in kaart

## SiRM bracht de impact kwalitatief in kaart o.b.v. kwalitatieve bijeenkomsten (zie dia 14)

- We brachten ook impact kwalitatief in kaart voor de herverdelingsvraagstukken in de regio. Denk aan de impact op: wachttijden, cascade-effecten, werkplezier, opleiding.
- O.b.v. een vragenlijst inventariseerden we het belang en impact van onderwerpen. Dit was geen representatieve vragenlijst. Resultaten zijn enkel gebruikt om het gesprek te structureren.
- In regiobijeenkomsten haalden we a.d.h.v. de resultaten van de vragenlijst inbreng op voor het rapport. Bij de bijeenkomsten waren medici, verpleegkundigen, patiëntvertegenwoordiging en zorgverzekeraars aanwezig.

## De regio's stelden hun kwalitatieve hoofdconclusies vast

- SiRM stelde per regio hoofdconclusies over de kwalitatief in kaart gebrachte impact voor.
- Regio's stelden deze hoofdconclusies vast. De focus lag daarbij op volledigheid. Er is geen gesprek gevoerd over het relatieve belang van de ingebrachte punten.
- De hoofdconclusies over kwalitatief in kaart gebrachte impact staan in Bijlage I.
- Sommige regio's deelden in hun bijlage ook alle input die tijdens de sessies is opgehaald.

## De volgende zes dia's bevatten een synthese

- SiRM stelde een synthese op van de kwalitatief in kaart gebrachte impact op basis van de door de regio's vastgestelde hoofdconclusies.
- De synthese bevat impact die in meer dan de helft van de regio's is benoemd (uiteraard vaak in iets andere bewoording).
- Het betreft met name zorgen die partijen hebben bij concentratie (conform het kader zijn vooral negatieve aspecten in kaart gebracht).
- Er is geen expliciete weging en objectivering gedaan van de ernst van de zorgen.<sup>1</sup>

# Onderstaande thema's kwamen naar voren in de regionale bijeenkomsten waar impact kwalitatief in kaart werd gebracht

|                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Patiënt</b><br>          | <ul style="list-style-type: none"><li>• Kwaliteit van zorg (betere kwaliteit van zorg door concentratie, comorbiditeit, verlies expertise op aanpalende zorg, fragmentatie)</li><li>• Gegevensuitwisseling</li><li>• Toegankelijkheid (reisbereidheid en –mogelijkheid, capaciteit, spreiding).</li></ul>                                                                                                                                                           |
| <b>Zorg-aanbieder</b><br>   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Cascade effecten (benigne zorg, infrastructuur, aanpalende zorg, acute zorg, erosie zorgaanbod)</li><li>• Vertrouwen (verwijzingen, communicatie)</li><li>• Opleiding (differentiatie, opleiding aanpal./onderst. vakken, aantrekkelijkheid voor aios)</li><li>• Aantrekkelijkheid (minder complexiteit, tekort specifieke functies, regiosituatie periferie)</li><li>• Investerings (DaVinci-robots, hybride OK)</li></ul> |
| <b>Zorgprofessional</b><br> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Kansen voor expertise, onderzoek en innovatie</li><li>• Samenwerking (intensiveren, tijdsinspanning, doublures, transitiekosten)</li><li>• Efficiëntie, Werkdruk</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Zorg-netwerk</b><br>     | <ul style="list-style-type: none"><li>• Werkplezier (specialisaties, balans wel/niet-complexe zorg, werkdruk, meereizen)</li><li>• Efficiëntie (betere planning, meereizen, belasting MDO's)</li><li>• Overig (crises zoals mrsa, pandemie, procesnorm carotisinterventies)</li></ul>                                                                                                                                                                               |

Tijdens bijeenkomsten over de kwalitatief in kaart gebrachte impact is de aandacht vooral uitgegaan naar negatieve impact (conform kader NZa).

**Deze analyse geeft dus geen oordeel over de balans van positieve en negatieve impact. Onderwerpen zijn ook niet objectief inhoudelijk beoordeeld of onderling gewogen naar belang, omvang en impact. Het betreft regionale inventarisaties.**

Uit kader NZa: “De impact-analyse richt zich [...] op het in kaart brengen van de knelpunten en cascade-effecten ten behoeve van op te stellen mitigerende maatregelen.

De thema's in deze tabel worden in de dia's hieronder verder toegelicht.



# Landelijk beeld kwalitatief in kaart gebrachte impact op patiënt

## Patiënt | Kwaliteit



- NFK benadrukt dat concentratie zal leiden tot betere kwaliteit van zorg.
- Er zijn zorgen over negatieve invloed op de kwaliteit van zorg voor patiënten met comorbiditeit. Anderzijds wordt ook aangegeven dat ontvangende huizen beter rekening kunnen houden met de impact van comorbiditeit op behandelingen voor patiënten met oncol. of vaatchir. aandoeningen.
- Er zijn zorgen over de afname van de kwaliteit van zowel benigne als oncologische zorg en zorg in aanpalende specialismen vanwege verlies van expertise (onco of vaat). Dit verlies heeft een negatieve impact op de zorg voor patiënten met complicaties, vooral in acute setting. Ook achtervang voor complicaties bij ingrepen door aanpalende specialismen kan onder druk komen te staan. Patiënten moeten bij complicaties direct juist verwezen worden, wat nu niet altijd het geval is.
- Het verlies van integrale patiëntenzorg wordt benadrukt, waarbij fragmentatie van zorg over meerdere locaties kan leiden tot een minder compleet beeld van de patiënt en onduidelijkheden over verantwoordelijkheden. De zorg voor die patiënten wordt complexer door meer betrokken ziekenhuizen en zorgprofessionals. Men benadrukt het belang van een vast aanspreekpunt voor patiënten om duidelijkheid over het zorgpad te waarborgen.

## Patiënt | Gegevensuitwisseling en overig



- Met betere gegevensuitwisseling kan concentratie van zorg juist bijdragen aan een betere inschatting van de effecten van concentratie (onder andere van comorbiditeit) op behandelingen.
- Goede overdrachtsinformatie, waar het nu vaak aan ontbreekt, is nodig om een versnipperd zorgpad en een slechtere patiëntervaring te voorkomen, vooral bij patiënten die bij meerdere specialismen in behandeling zijn. Dit heeft vooral gevolgen voor patiënten met comorbiditeit en in de palliatieve fase.
- Het gebruik van verschillende elektronische patiëntendossiers (EPD's) maakt afstemming en informatievoorziening bij concentratie van zorg arbeidsintensiever en minder efficiënt. De huidige ICT-mogelijkheden voor gegevensuitwisseling worden als ontoereikend beschouwd.

# Landelijk beeld kwalitatief in kaart gebrachte impact op patiënt

## Patiënt | Toegankelijkheid



- De NFK benadrukt dat hun onderzoek aantoont dat de reisbereidheid van patiënten groter is dan waar veel zorgverleners van uitgaan.
- Zorgverleners uiten zorgen over zorgmijding als gevolg van de toename van reistijd en reiskosten door de concentratie van zorg. Vooral kwetsbare patiëntgroepen, zoals ouderen, mensen met een lagere sociaaleconomische status en laaggeletterden, worden hierdoor geraakt. Beperkte beschikbaarheid van openbaar vervoer in bepaalde regio's maakt de toegang tot zorg nog moeilijker. In enkele regio's is de impact van reistijd groter dan elders. Ondanks bereidheid van patiënten om voor betere zorg langere afstanden te reizen, blijft dit vooral bij frequentere behandelingen een zware belasting.
- In bepaalde regio's kunnen patiënten uitwijken naar andere oncologie- of vaatnetwerken of zelfs naar België of Duitsland, wat continuïteit en integrale zorg kan beïnvloeden.

## Patiënt | Toegankelijkheid



- Ontvangende ziekenhuizen moeten voldoende capaciteit hebben om oplopende wacht- en doorlooptijden en hogere druk op acute zorg en medische beeldvorming, te voorkomen. Naast concentratie is daarom ook spreiding nodig.
- Regio's verwachten dat een beter gestroomlijnde organisatie en zorgprocessen de impact van capaciteitsproblemen deels kan opvangen. Toch blijven er zorgen over de haalbaarheid hiervan, vooral in scenario's met verregaande concentratie en extra verwijsmomenten.

# Landelijk beeld kwalitatief in kaart gebrachte impact op zorgaanbieder

## Zorgaanbieder | Cascade-effecten oncologie



- Er zijn zorgen over de impact van het concentreren of verplaatsen van oncol. zorg op andere medische disciplines en de algehele zorginfrastructuur. Het niet langer uitvoeren van oncologische ingrepen, zoals longresecties, nierbehandelingen en pancreas ERCP's, kan op termijn leiden tot het verdwijnen van gerelateerde benigne zorg en het verlies van essentiële expertise en benutting van essentiële capaciteiten zoals IC in zendende ziekenhuizen.
- De regio's droegen verschillende zorgen aan, waaronder:
  - Verminderde beschikbaarheid van gespecialiseerde zorg zoals interventieradiologie, thoraxchirurgie en longtransplantatiezorg.
  - Verlies van certificeringen en expertise voor longchirurgen en andere specialisten.
  - Risico's voor academische en onderzoekstatus van ziekenhuizen door beperkte betrokkenheid bij gespecialis. behandelingen.
  - Minder doen van ERCP's heeft impact op aantal MDL-artsen en diensten.
  - Mee-opereren of stand-by staan bij aanpalende specialismen zoals urologie bij gynaecologie.
  - Verlies van expertises op ablatietechnieken die ook voor andere organen worden inzet.

## Zorgaanbieder | Cascade-effecten vaatchirurgie



- Vertrek van aorta-ingrepen heeft gevolgen voor de kwaliteit van operaties in andere specialismen waarvoor vaatchirurgische expertise (ongepand) nodig kan zijn. Deze veranderingen kunnen ook de zorg voor acute patiënten en complicaties na interventies elders bemoeilijken, waardoor de kwaliteit van totale zorgaanbod in gevaar komt.
- Er zijn zorgen dat het zendend huis hierdoor ook voor andere specialismen minder (acute) zorg zal doen met brede impact op het ziekenhuis en erosie van het aanbod omdat patiënten en huisartsen steeds minder naar het ziekenhuis zullen verwijzen.
- Meerdere regio's wijzen erop dat deze 'cascade' effecten niet kwantitatief in kaart zijn gebracht, maar grote impact kunnen hebben, vooral in relatief meer geïsoleerd liggende ziekenhuizen met een brede verantwoordelijkheid voor hun verzorgingsgebied.

# Landelijk beeld kwalitatief in kaart gebrachte impact op zorgaanbieder

## Zorgaanbieder | Vertrouwen



- Goede communicatie over concentratie is cruciaal om het vertrouwen van patiënten en huisartsen in zendende ziekenhuizen te behouden. Zendende ziekenhuizen vrezen een afname in verwijzingen voor het volledige zorgpad (ook al doet het eerste diagnose en nabehandeling), wat hun rol als volwaardig ziekenhuis kan ondermijnen.
- Tegelijkertijd biedt herverdeling kansen, mits goede afspraken worden gemaakt met huisartsen en andere zorgverleners, en de informatievoorziening naar patiënten helder is. Goede communicatie kan het vertrouwen juist vergroten en bijdragen aan een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het behoud van ziekenhuizen in de regio.

## Zorgaanbieder | Onderzoek, opleiding, innovatie



- Als bepaalde complexe zorg niet meer wordt uitgevoerd, kunnen ziekenhuizen moeilijker opleidingen en differentiaties aanbieden. Concentratie moet volgens hen ook rekening houden met bijvoorbeeld de stz-status van ziekenhuizen. Het maakt huizen ook minder populair onder aios. Om dit te voorkomen, kan een gezamenlijk (vaat)chirurgisch netwerkteam gevormd worden om de zorg en werkomgeving aantrekkelijk te houden.
- Verdwijnen van bepaalde oncologische en vaatchirurgische expertise heeft impact op opleidingen voor aanpalende vakken zoals anesthesiologie, IV-radiologie, longartsen en cardiothoracale chirurgie en subspecialismes binnen chirurgie. Dit heeft ook impact op capaciteit van andere huizen die extra plekken moeten bieden.
- Regionale herinrichting van opleidingen biedt voordelen, zoals stages in expertisecentra. Onderzoek en innovatie kunnen verbeteren, mits voldoende tijd beschikbaar blijft bij toenemende volumes. Dan meer en sneller patiënten te includeren, onderzoeksinfrastructuur, researchverpleegkundigen efficiënter in te zetten, meer exposure aan onderzoek bij opleidingen.

# Landelijk beeld kwalitatief in kaart gebrachte impact op zorgaanbieder

## Zorgaanbieder | Aantrekkelijkheid



- Ziekenhuizen die minder complexe behandelingen uitvoeren, verwachten meer uitdagingen bij het aantrekken van nieuwe medisch specialisten bij een minder divers en uitdagend werkaanbod. Bovendien ziet men een risico op uitstroom van verpleegkundigen, anesthesie- en OK-assistenten. Dit speelt volgens betrokken zorgaanbieders des te meer in ziekenhuizen in relatief dunbevolkte gebieden aan de buitenrand van Nederland.
- Er zijn bestaande tekorten aan angio-laboranten en interventieradiologen, die bij verdere concentratie van aorta-interventies kunnen verergeren.

## Zorgaanbieder | Investerings



- Bij de besluitvorming over een mogelijke herverdeling is het essentieel om rekening te houden met investeringen. Dit speelt bijvoorbeeld voor in Da Vinci-robots en focale behandelingen, en hybride OK's
- Ook hebben zorgaanbieders (en –netwerken en –professionals) geïnvesteerd in opleiding, kennis en ervaring van behandelaars en ondersteuners.

# Landelijk beeld kwalitatief in kaart gebrachte impact op zorgprofessional

## Zorgprofessional | Werkplezier



- Concentratie biedt voordelen voor ontvangende ziekenhuizen, zoals hogere zorgcomplexiteit, meer kansen voor specialisatie, een meer diverse en complexere caseload, en intensieve samenwerking met collega's. Dit kan het werkplezier van zorgprofessionals daar vergroten.
- Vooral zorgprofessionals maken zich echter zorgen over het werkplezier en behoud van zorgprofessionals in zendende ziekenhuizen bij het herverdelen van oncologische en vaatchirurgische zorg door verlies aan variëteit in werkzaamheden, minder goede balans tussen complexe en niet-complexe zorg en hogere werkdruk voor (diensten).
- Dit geldt zowel voor medisch specialisten als verpleegkundigen. Oplossen hiervan door 'meereizen' van specialisten en verpleegkundigen naar ontvangende ziekenhuizen leidt tot logistieke uitdagingen, zoals extra reistijd en minder vaste teams. De ervaring leert dat dit 'meereizen' op termijn minder wordt gedaan (bijvoorbeeld bij nieuwe instroom in vakgroep na vertrek van een medisch specialist).

# Landelijk beeld kwalitatief in kaart gebrachte impact op zorgprofessional

## Zorgprofessional | Efficiëntie



- Grotere volumes kunnen bijdragen aan efficiëntere operatieplanning, kortere lijnen tussen specialisten, en een snellere uitvoering van operaties. Ook kunnen casemanagers efficiënter worden ingezet.
- Het concentreren van behandelingen kan leiden tot minder efficiënte inzet van "meereizende" specialisten door extra reistijd en een toename van administratieve taken bij gegevensuitwisseling.
- De benodigde extra afstemming, mogelijk meer doublures en doorverwijzing en deelnemen aan grote MDO's, gaan ten koste van de efficiëntie.

## Zorgprofessional | Werkdruk



- Een lager aantal procedures per ziekenhuis, kan leiden tot een tekort aan ervaren artsen en een hogere werkdruk voor diensten en achterwachten, bijvoorbeeld voor MDL artsen als geen oncologische ERCP's meer gedaan worden.

# Landelijk beeld kwalitatief in kaart gebrachte impact op zorgnetwerk

## Zorgnetwerk | Expertise, onderzoek en innovatie



- In sommige regio's worden kansen gezien voor het behoud en zelfs versterking van expertise door gezamenlijke, eventueel roulerende teams en verbeterde samenwerking tussen ziekenhuizen en specialisten. Dit biedt mogelijkheden voor betere spreiding van zorg, bijvoorbeeld bij benigne longchirurgie, en kan leiden tot een evenwichtigere verdeling van kwaliteit en capaciteit.
- Er wordt verwacht dat concentratie van zorg deelname aan wetenschappelijk onderzoek eenvoudiger maakt en de implementatie van innovaties verbetert door hogere patiëntvolumes.
- Er zijn verwachtingen dat herverdeling van zorg op de lange termijn kan leiden tot meer kennis en expertise binnen het netwerk. Men verwacht dat expertise, protocollen en preoperatieve opzet evenals de indicatiestelling kunnen verbeteren bij concentratie.

## Zorgnetwerk | Overig



- Meerdere vaatnetwerken zien risico's in het halen van procesnormen, zoals het behandelen van 50% van de patiënten binnen een week, door capaciteits- en logistieke beperkingen.
- Er zijn zorgen over de concentratie van behandelingen in een beperkt aantal centra, vooral bij uitzonderlijke situaties zoals een MRSA-uitbraak, personele uitval, of bij grootschalige crises zoals een pandemie.



# Landelijk beeld kwalitatief in kaart gebrachte impact op zorgnetwerk

## Zorgnetwerk | Samenwerking



- Concentratie en spreiding is een kans om de goede samenwerking verder te intensiveren. Chirurgen gaan dan als één team behandelen, waarna de patiënt weer terugkeert in het “eigen” ziekenhuis voor follow-up. Van belang is dat ook anesthesieafdelingen samenwerken voor preoperatieve screening, en dat acute partners (SEH, ambulance, zorg coördinatie) weten welke (vaat)zorg wordt geboden.
- Zorgverleners wijzen op de toenemende complexiteit en tijdsinspanning bij herverdeling van zorg. Dit komt door langere en meer multidisciplinaire overleggen (MDO's) met grotere groepen artsen van verschillende ziekenhuizen, wat de coördinatie en efficiëntie bemoeilijkt.
- Daarnaast kan concentratie van zorg leiden tot hogere kosten per patiënt, bijvoorbeeld door doublures bij over meerdere ziekenhuizen verspreide zorgpaden.
- Om deze negatieve consequenties te voorkomen zijn toegang tot gedeelde dossiers en goed georganiseerde verwijskanalen vereist, wat momenteel niet overal op orde is.
- Voorkomen moet worden dat de periode van transitie leidt tot tijdelijke verslechtering van samenwerking en zorgcoördinatie, alvorens die in de nieuwe situatie beter wordt.

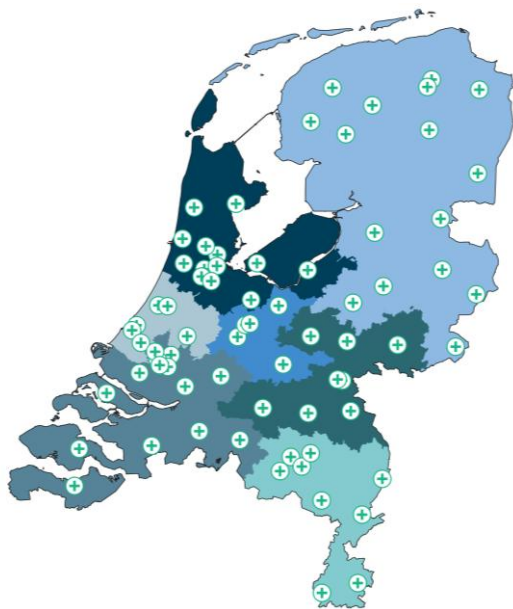


# 6. Synthese systemtherapie

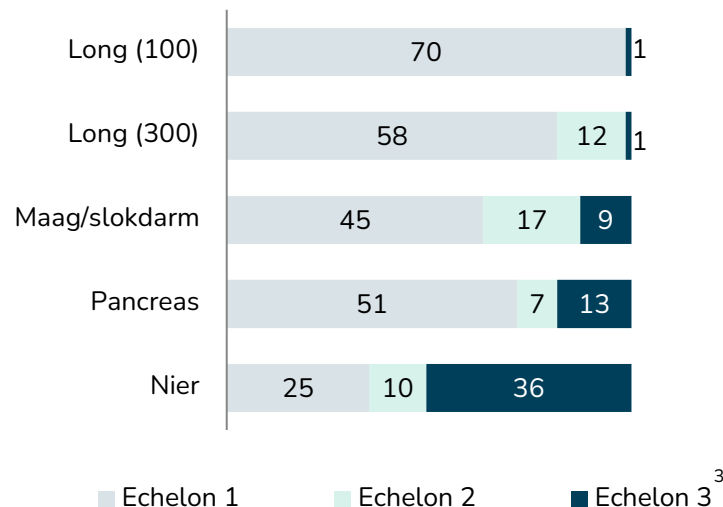


# Aantal ziekenhuizen per echelon systeemtherapie in Nederland

Ziekenhuizen<sup>1</sup> die in 2022 minimaal één patiënt met systeemtherapie hebben behandeld (onafhankelijk van tumortype)



Ziekenhuizen per echelon<sup>2</sup> o.b.v. aantallen NZa [aantal]



1. Op de kaart van Nederland zijn alleen de hoofdlocaties van ziekenhuizen zichtbaar. Mogelijk bieden ziekenhuizen op meerdere locaties systeemtherapie aan. 2. Indien de regio shared care afspraken maakt. 3. Zowel ziekenhuizen die nu nog wel systeemtherapie bieden als die het nu al niet bieden. Het aantal ziekenhuizen dat in deze kolom staat betreft een onderschatting. SiRM zich baseert zich namelijk op aantallen per ziekenhuis in 2022 zoals aangeleverd door de NZa. Deze aantallen betreffen de unieke patiënten die in het ziekenhuis systeemtherapie hebben ontvangen en niet alleen de nieuwe patiënten (incidentie). Ook zijn voor berekening van impact en besluitvorming in de regio volgens document 'Shared care in de oncologie' cijfers nodig van 2021 en 2023.

# We bepaalden de impact op reistijd voor echelon 3 en inventariseerden kwalitatief de impact van het shared care model

## Generiek minimumvolume voor echelon 2 is op 24 okt vastgesteld

- Het document 'Shared care in de oncologie' beschrijft drie echelons.
- 24 oktober heeft de Ronde Tafel deze echelons vastgesteld, alsook het generiek minimumvolume voor echelon 2.
- Instellingen die over het gemiddelde van voorgaande drie jaren (2021-2023) onder het generiek minimumvolume zitten van 10 nieuwe patiënten per jaar per tumortype vallen onder echelon 3 en mogen geen systeemtherapie meer bieden voor het desbetreffende tumortype.
- De Ronde Tafel besluit 11 februari over de hoogte van de prevalentienormen voor echelon 1.

## SiRM bracht voor echelon 3 de impact op reistijd in kaart

- SiRM bracht in kaart hoeveel patiënten per regio verder moeten reizen voor systeemtherapie door het wegvallen van systeemtherapie bij instellingen uit echelon 3.
- N.B. SiRM baseert zich voor echelon 3 op aantallen unieke patiënten per ziekenhuis in 2022, zoals aangeleverd door NZa. Voor besluitvorming in de regio's zijn ook cijfers nodig van 2021 en 2023.
- N.B. Het aantal ziekenhuizen in echelon 3 betreft een onderschatting, want aangeleverde aantallen betreffen unieke patiënten, niet alleen de nieuwe patiënten (incidentie).

## In januari vond een kwalitatieve inventarisatie van impact plaats

- Op 7 januari organiseerde SiRM een bijeenkomst met als doel een kwalitatieve inventarisatie van de impact van het **vastgestelde** generieke minimumvolume van 10 patiënten (om tot echelon 2 te behoren) in de regio en de impact van de **voorgestelde** volumenorm (prevalentie) om tot echelon 1 te behoren.
- De inbreng over het generiek minimumvolume was vooral bedoeld voor het gesprek in de regio.
- O.b.v. de geïnventariseerde input hebben we een synthese toegevoegd aan deze rapportage. De inbreng per regio staat in Bijlage I.

# In het document 'Shared care in de oncologie' zijn drie echelons vastgesteld

## Echelon 1

*Blijft systeemtherapie bieden*

Grens: tumorspecifieke volumenorm van prevalentie inclusief follow-up

- Maag/slokdarm: 50
- Nier: 50
- Long: 100/300
- Pancreas: 30

## Echelon 2

*Blijft systeemtherapie bieden*

Grens: generiek minimumvolume per ziekenhuis per tumorsoort van 10 nieuwe met systeemtherapie behandelde patiënten per jaar.

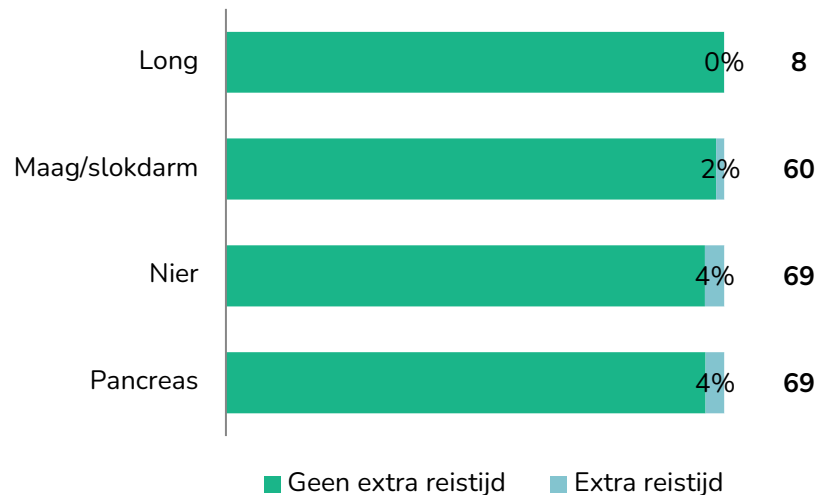
## Echelon 3

*Biedt geen systeemtherapie meer*

In de impactanalyse wordt inzichtelijk gemaakt hoeveel patiënten per regio en per tumortype verder moeten reizen voor systeemtherapie door het wegvallen van systeemtherapie bij instellingen uit echelon 3.

# Generiek minimumvolume van 10 leidt afhankelijk per tumortype voor 0% tot 4% van de patiënten tot extra reistijd

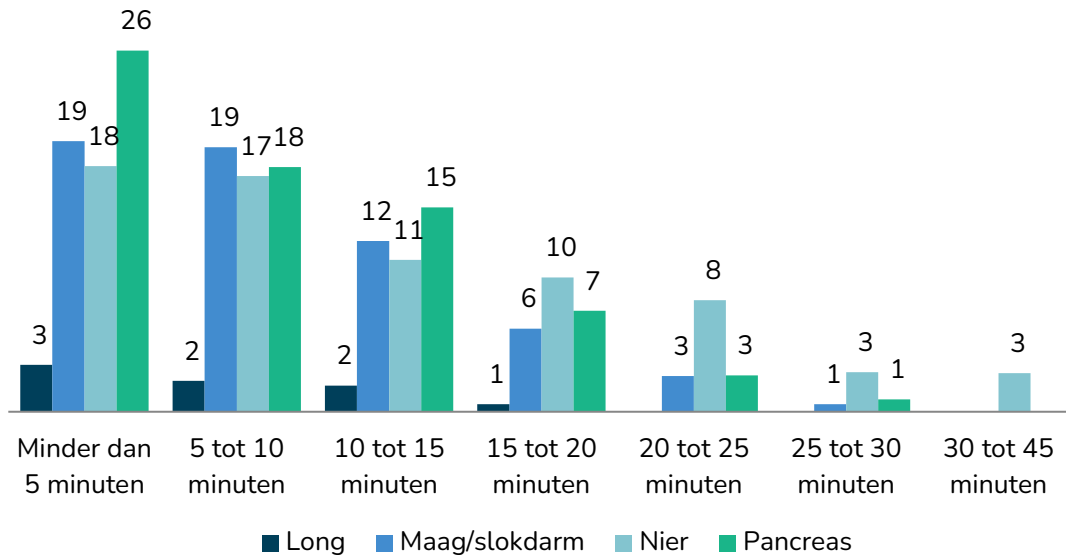
Patiënten die extra moeten reizen bij minimumvolume van 10 voor systeemtherapie [% , aantal]



N.B. De extra reistijd voor patiënten verschilt ook per regio (zie verder).

# De extra reistijd is voor ~50 patiënten meer dan 15 minuten voor een enkele reisbeweging

Extra reistijd voor patiënten na herverdeling<sup>1</sup> voor systeemtherapie [aantal patiënten per categorie extra reistijd]



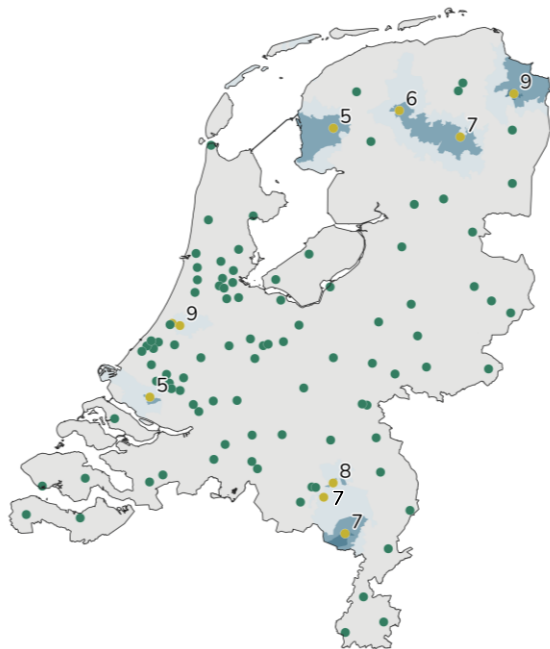
## Opmerkingen bij de berekening

- Het betreft reistijd van een enkele reisbeweging naar het dichtstbijzijnde centrum met de auto bij goede doorstroming van verkeer.
- In de reistijdenanalyse zijn we uitgegaan van alle ziekenhuislocaties. Ziekenhuizen met meerdere locaties hebben daardoor een groter adherentiegebied.



# Voor systeemtherapie bij maag/slokdarm neemt reistijd voor enkele patiënten toe in regio's NO-, ZW- en ZO-Nederland

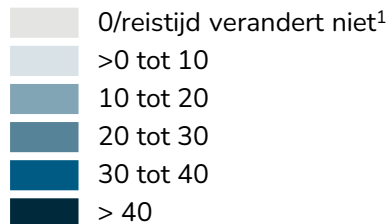
Extra reistijd en aantal patiënten per ziekenhuis dat extra moet reizen



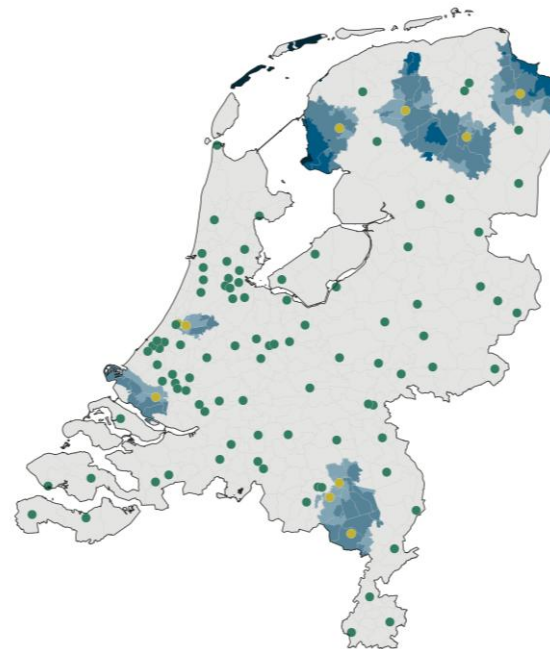
## Opmerkingen bij de berekening

- Het betreft reistijd van een enkele reisbeweging naar het dichtstbijzijnde centrum met de auto bij goede doorstroming van verkeer.
- In de reistijdenanalyse zijn we uitgegaan van alle ziekenhuislocaties. Ziekenhuizen met meerdere locaties hebben daardoor een groter adherentiegebied. Het aantal patiënten dat extra moet reizen staat vermeld bij de hoofdlocatie.

## Extra/totale reistijd in minuten:



Totale reistijd<sup>1</sup>



(Ontvangend) ziekenhuis dat aan incidentienorm voldoet (62 ziekenhuizen)

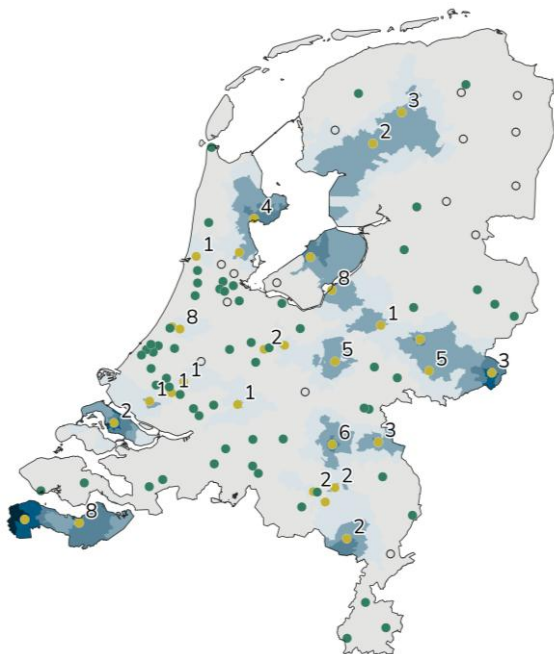
Zendend ziekenhuis dat interventie niet meer uitvoert (9 ziekenhuizen)

1. In analyse zijn we ervan uitgegaan dat alle ziekenhuizen die in 2022 <10 hebben systeemtherapie niet meer bieden, door herverdeling zou dit kunnen afwijken. 2. pc4-gebieden waarvoor de reistijd niet verandert zijn lichtgrijs gemaakt. Bron: analyse SiRM o.b.v. aantallen NZa 2022, VZinfo (ziekenhuislocaties), CBS en Geodan reistijdentabel 2023.



# In delen ZW-Friesland, Oost-Gro-Dre en Zeeuws-Vlaanderen neemt reistijd voor systeemtherapie **nier** voor enkele patiënten toe

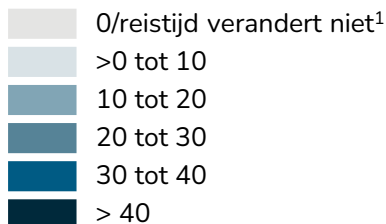
## Extra reistijd en aantal patiënten per ziekenhuis dat extra moet reizen



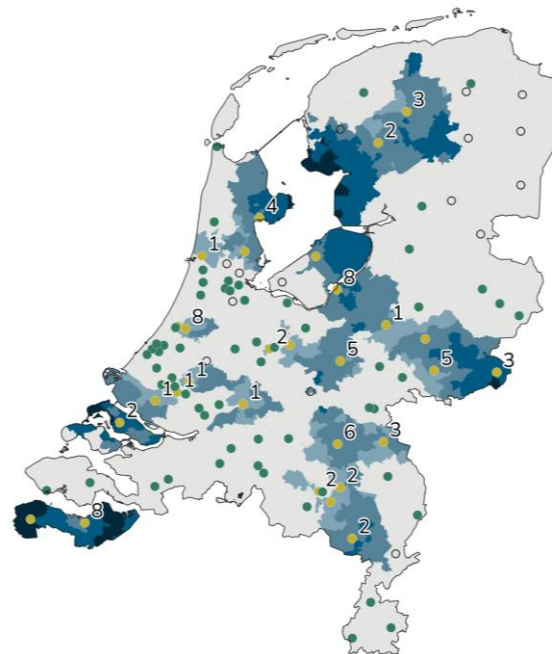
## Opmerkingen bij de berekening

- Het betreft reistijd van een enkele reisbeweging naar het dichtstbijzijnde centrum met de auto bij goede doorstroming van verkeer.
- In de reistijdenanalyse zijn we uitgegaan van alle ziekenhuislocaties. Ziekenhuizen met meerdere locaties hebben daardoor een groter adherentiegebied. Het aantal patiënten dat extra moet reizen staat vermeld bij de hoofdlocatie.

## Extra/totale reistijd in minuten:



## Totale reistijd<sup>1</sup>



● (Ontvangend) ziekenhuis dat aan incidentienorm voldoet (35 ziekenhuizen)

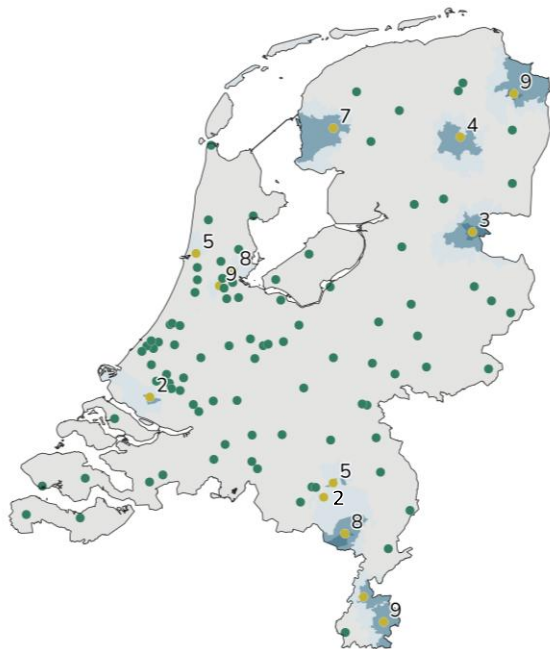
● Zendend ziekenhuis dat interventie niet meer uitvoert (25 ziekenhuizen)

○ Ziekenhuis dat interventie niet uitvoert (11 ziekenhuizen)

1. pc4-gebieden waarvoor de reistijd niet verandert zijn lichtgrijs gemaakt.  
Bron: analyse SiRM o.b.v. aantallen NZa 2022, VZinfo (ziekenhuislocaties), CBS en Geodan reistijdentabel 2023.

# Voor systeemtherapie bij pancreas neemt reistijd vooral toe voor enkele patiënten in regio's in Noord-Oost en Zuid-Oost Nederland

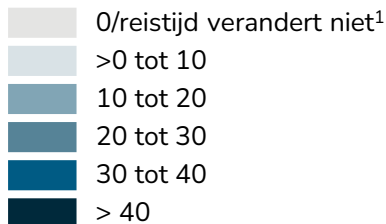
Extra reistijd en aantal patiënten per ziekenhuis dat extra moet reizen



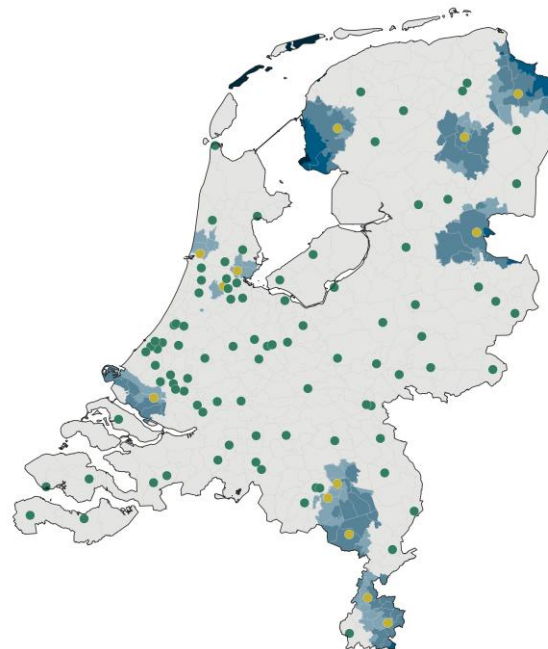
## Opmerkingen bij de berekening

- Het betreft reistijd van een enkele reisbeweging naar het dichtstbijzijnde centrum met de auto bij goede doorstroming van verkeer.
- In de reistijdenanalyse zijn we uitgegaan van alle ziekenhuislocaties. Ziekenhuizen met meerdere locaties hebben daardoor een groter adherentiegebied. Het aantal patiënten dat extra moet reizen staat vermeld bij de hoofdlocatie.

## Extra/totale reistijd in minuten:



Totale reistijd<sup>1</sup>



(Ontvangend) ziekenhuis dat aan incidentienorm voldoet (58 ziekenhuizen)

Zendend ziekenhuis dat interventie niet meer uitvoert (13 ziekenhuizen)

1. In analyse zijn we ervan uitgegaan dat alle ziekenhuizen die in 2022 <10 hebben systeemtherapie niet meer bieden, door herverdeling zou dit kunnen afwijken. 2. pc4-gebieden waarvoor de reistijd niet verandert zijn lichtgrijs gemaakt. Bron: analyse SiRM o.b.v. aantallen NZa 2022, VZinfo (ziekenhuislocaties), CBS en Geodan reistijdentabel 2023.

# Landelijke synthese kwalitatief in kaart gebrachte aandachtspunten systeemtherapie

## Patiënt



- Meerdere regio's verwachten dat de indicatiestelling en het vinden van de meest passende behandeling verbeterd door het shared care model.
- Meerdere regio's hebben zorgen voor de comorbide patiënten, omdat kennis, ervaring en gegevens over de patiënt bij behandeling in ontvangende ziekenhuis niet direct aanwezig is.
- Er zijn zorgen in regio's dat het moeten reizen naar een ander ziekenhuis leidt tot zorgmijding (met name bij multimorbide en/of lagere ses-klasse patiënten). Volgens regio's is het effect van extra reistijd groter dan naar voren komt in de analyse, bijvoorbeeld doordat meer ziekenhuizen in echelon 3 vallen, files niet zijn meegenomen en reistijd met het openbaar vervoer langer is.
- Patiënten moeten voor hun systemische behandeling vaker reizen dan voor een specifieke chirurgische ingreep, en over een langere periode. Regio's geven aan dat de extra reistijd vooral belastend is voor kwetsbare patiëntengroepen (en hun mantelzorgers) en voor patiënten die in een palliatieve setting worden behandeld.

## Zorg-aanbieder



- Meerdere regio's geven aan dat een ziekenhuis dat geen systeemtherapie meer biedt, expertise (bijvoorbeeld op het gebied van toxiciteit) verliest om complicaties (in acute setting) op te vangen en bijwerkingen te behandelen.
- Er zijn zorgen over de capaciteit (van dagbehandeling) in de ontvangende ziekenhuizen om zorg tijdig te leveren, en over de druk op de (logistieke) organisatie van oncologische zorg, omdat patiënten naar verschillende ziekenhuizen moeten. Dit leidt mogelijk tot versnippering van zorg en/of langere wacht- en doorlooptijden, terwijl korte wachttijd in curatieve setting essentieel is.

# Landelijke synthese kwalitatief in kaart gebrachte aandachtspunten systeemtherapie

## Zorgprofessional



- Meerdere regio's hebben zorgen over de uitvoerbaarheid en extra belasting van zorgverleners door de shared care vereisten, met name door meer en grotere MDO's. Ook staat hier (nog) geen passende vergoeding tegenover. Betere gegevensuitwisseling is randvoorwaardelijk voor goede shared care.
- Vooral zorgaanbieders verwachten negatieve impact voor echelon 3 ziekenhuizen op de aantrekkelijkheid als werkgever en het werkplezier van personeel (medisch specialisten, A(N)IOS en verpleegkundigen). Er zijn zorgen dat gespecialiseerd verpleegkundigen de zorg verlaten.

## Zorgnetwerk



- Regio's geven aan dat er juist ontwikkelingen zijn om systeemtherapie dichterbij de patiënt thuis of in de eerste lijn te brengen en dat concentratie van systeemtherapie tegen die beweging van IZA in gaat.
- Huisarts en wijkverpleging zijn van belang in de organisatie van oncologische zorg. Regio's maken zich zorgen dat het verplaatsen van systeemtherapie het contact tussen huisarts en behandelaar verstoort, leidend tot bemoeilijkte regievoering en minder continuïteit van oncologische zorg. Bij overdracht terug naar de huisarts, moet ook het lokale ziekenhuis waar de patiënt voor andere aandoeningen in behandeling is, worden betrokken.
- Concentratie van zorg kan bijdragen aan deelname aan studies, doordat meer patiënten in minder centra worden behandeld, wat onderzoek vergemakkelijkt. Anderzijds kan het aantal plekken waar studies worden geboden afnemen.

## Algemeen



- Regio's benadrukken het belang van spreiding. Ook noemen ze dat de impact van de huidige stap beperkt kan zijn, maar optelsom van eerdere en toekomstige trajecten significant kan zijn.
- Systemische behandelingen kunnen hetzelfde zijn voor verschillende diagnoses, regio's geven aan dat de expertise vaak tumoroverstijgend is.