

Verantwoordingsdocument

Selectief inkoopbeleid **Schisis**



Inhoudsopgave

1	Selectieve inkoop schisiszorg	3
2	Schisis behandeling	4
3	Indicatoren en selectie	6
	3.1 Aantal eerste operaties per behandellocatie (volume)	7
	3.2 Multidisciplinair team	8
	3.3 Twee plastisch chirurgen per behandellocatie	8
	3.4 Twee kaakchirurgen per behandellocatie	9
	3.5 Dataregistratie (inclusief complicaties)	9
	3.6 Percentage nieuwe patiënten die binnen 2 weken na geboorte gezien zijn op het spreekuur	10
	3.7 Schisiszorgpad	10
	3.8 Organisatie van zorg	11
	3.9 Anesthesiologische zorgverlening bij kinderen met een schisis	11
	3.10 Samenvatting indicatoren	12
4	Algemeen kader selectief inkoopbeleid	13
	4.1 Selectieve inkoop en niet gecontracteerde centra en Belgische ziekenhuizen	13
	4.2 Samenwerkende ziekenhuizen of ziekenhuizen met meerdere locaties	13
5	Bronnen	14

Selectieve inkoop schisiszorg

CZ groepⁱ staat voor zorg die verder gaat. Het goed, betaalbaar en toegankelijk houden van de Nederlandse zorg zien wij als onze maatschappelijke verantwoordelijkheid. Nu en in de toekomst. De rode draad in het zorginkoopbeleid van CZ Groep vormt 'Verantwoord en Dichtbij'. 'Verantwoord' betekent dat wij zorg willen contracteren die aansluit bij onze kwaliteitsvisie en die betaalbaar is. We hanteren daarbij passende, ambitieuze normen.

We geloven namelijk met heel ons hart dat het beter kan en zetten ons daarom in voor het realiseren van de best mogelijke zorg voor onze verzekerden. Waar nodig wil CZ, bij voorkeur samen met wetenschappelijke verenigingen, patiëntenorganisaties en andere zorgverzekeraars, blijven bouwen aan transparantie in de zorg en zorginkoop op basis van kwaliteitsinformatie. CZ groep kiest er bij een aantal aandoeningen voor om de lat hoger te leggen. Dit doen we alleen als we zien dat er extra kwaliteitsverbetering mogelijk en nodig is.

In dit document vertelt CZ over haar selectieve inkoopmodel voor de behandeling van schisis.

Alleen ziekenhuizen die voldoen aan de kwaliteitsnormen van CZ krijgen een contract voor de desbetreffende ingreep. Door selectief in te kopen probeert CZ bij (complexe) medisch specialistische zorg te sturen op concentratie daarvan, zodat niet ieder ziekenhuis alle complexe gespecialiseerde zorg aanbiedt. Hierdoor kunnen ziekenhuizen zich toeleggen op waar ze goed in zijn en behandelingen afstoten waar andere ziekenhuizen beter in zijn. Door te sturen op kwaliteit wordt de zorg beter en houden we die betaalbaar.

In hoofdstuk 2 leest u over de behandeling van schisis. Een toelichting op de gebruikte indicatoren vindt u in hoofdstuk 3. In hoofdstuk 4 treft u meer algemene informatie over ons selectieve inkoopbeleid.

ⁱ CZ Groep ontwikkelt inkoopbeleid namens de labels CZ, Just, Ohra en Nationale Nederlanden. Waar we in het vervolg van dit document spreken over CZ kan ook CZ Groep worden gelezen.

Schisis behandeling

Schisis

Schisis is een aangeboren afwijking en betekent letterlijk 'spleet'. Er kan sprake zijn van een lipspleet, in de volksmond hazenlip genoemd, een kaakspleet en/of gehemeltlespleet. Daarnaast is er een belangrijk onderscheid tussen een op zichzelf staande schisis en een schisis als onderdeel van een complex van andere aangeboren afwijkingen. Jaarlijks worden in Nederland ongeveer 350 kinderen geboren met schisis.¹

Kinderen met een lip-, kaak-, en/of gehemeltlespleet hebben op meerdere gebieden problemen. Zij hebben soms littekens in het gelaat, een afwijkende vorm van de neus, verstoorde gebitsaanleg of gebitsdoorbraak en/of een niet harmonieuze groei van het gezicht. Verder kan er sprake zijn van spraakproblematiek, vertraagde taalontwikkeling, gehoorverlies, psychische problemen en problemen door eventueel bijkomende andere aangeboren afwijkingen.¹

Naast de eerste chirurgische behandeling(en), het sluiten van de lip/gehemeltlespleet, vinden o.a. nog orthodontische behandeling (bijvoorbeeld beugel), tandheelkundige behandeling (bijvoorbeeld herstel van kauwfunctie en esthetiek), spraakverbeterende behandeling en/of neuscorrectie plaats tot de leeftijd van 18-20 jaar.

De zorg voor deze kinderen is complex en langdurig en diverse specialisten (o.a. plastisch chirurg, kaakchirurg, orthodontist, klinisch geneticus) houden zich met de behandeling hiervan bezig. Zij vormen een team. Zo komen ze tot een samenwerking die specialisten afzonderlijk niet kunnen bereiken. De specifieke behandelingen kunnen echter variëren van team tot team, net als de timing van de behandelingen.³ Het doel van de behandeling is dat eindresultaat te bereiken, waarmee kind en ouders tevreden zijn: adequaat kunnen functioneren in de samenleving met een esthetisch en functioneel acceptabel gezicht, goed gehoor, een duidelijk verstaanbare spraak en een functioneel en esthetisch acceptabele dentitie.

Concentratie van schisiszorg

Concentratie van de schisiszorg in Groot-Brittannië in de jaren '90 heeft geleid tot een grote afname in het aantal schisiscentra (van 57 naar 11 centra in 2011) en daarmee tot een grote toename in het aantal patiënten per chirurg en instelling.^{3,4}

In de wetenschappelijke literatuur worden meerdere redenen aangegeven waarom concentratie van schisiszorg belangrijk is, namelijk:^{3,5-7}

- 1 Bekwaamheid:** De bekwaamheid en deskundigheid van specialisten kan beter worden gewaarborgd in centra met een groot patiëntenaanbod.
- 2 Voorzieningen:** De beschikbaarheid en continuïteit van alle benodigde zorg, waaronder een goed functionerende multidisciplinaire patiëntenbespreking, is eerder gegarandeerd in centra waar een groter aantal schisispatiënten worden behandeld.
- 3 Doelmatigheid:** Efficiëntere zorg en kostenbeheersing pleiten voor een beperkt aantal grote schisisteam.
- 4 Kwaliteitsbewaking:** Onderzoeken en bewaken van de eigen werkwijze en kwaliteit van zorg van het schisisteam gaat adequater bij een voldoende aantal patiënten. Als er maar een paar patiënten per jaar geopereerd worden, duurt het jaren voor er voldoende patiënten geëvalueerd zijn om iets te kunnen zeggen over de resultaten van de eigen behandelingen en werkwijze.
- 5 Wetenschappelijk onderzoek:** Er is meer onderzoek nodig naar de behandeling van schisis. Alleen bij voldoende aantallen kan er beter onderzoek gedaan worden naar de juiste behandeling en juiste timing voor schisis. Het is nodig dat er voldoende patiënten binnen een bepaald behandelprotocol behandeld worden om behandelprotocollen met elkaar te kunnen vergelijken.

In Nederland was het aanbieden van schisiszorg in een beperkt aantal centra (concentratie) al langer een onderwerp van discussie. Enige concentratie had al plaatsgevonden. In 1986 waren er 24 multidisciplinaire

schissteams.⁷ In 2014 is CZ gestart met het selectief inkoopbeleid. Sindsdien is het aantal schissteams in Nederland verder afgenomen, o.a. door samenwerkingsverbanden van schissteams. CZ streeft naar een beperkt aantal toegewezen centra die de schiszorg gaan uitvoeren. In 2019 voldeden 6 ziekenhuizen aan de minimale normen van CZ.

Indicatoren en selectie

De ziekenhuizen worden ingedeeld in 2 categorieën. Alle ziekenhuizen die voldoen aan de door ons vastgestelde kwaliteitscriteria, worden gezien als gespecialiseerde centra. Deze centra kunnen een overeenkomst voor het leveren van schisiszorg krijgen. Als een ziekenhuis niet aan de kwaliteitscriteria voldoet, koopt CZ bij dit ziekenhuis geen schisisbehandelingen in.

Op basis van literatuuronderzoek en gesprekken met de Nederlandse Vereniging voor Schisis en Craniofaciale Afwijkingen (NVSCA), de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC), medisch specialisten en oudervereniging BOSK zijn volgens CZ de volgende indicatoren van doorslaggevend belang bij de indeling van ziekenhuizen m.b.t. schisiszorg.

Kwaliteitscriteria

- 1 Aantal eerste operaties per behandellocatie (volume)
- 2 Multidisciplinair team
- 3 Aantal plastisch chirurgen per behandellocatie
- 4 Aantal kaakchirurgen per behandellocatie
- 5 Dataregistratie
 - a NVSCA registratie (en openbaarheid)
 - b Complicatieregistratie en verslag
- 6 Percentage nieuwe patiënten, met een prenataal vastgestelde schisis, dat binnen 2 weken na geboorte nog niet elders behandeld, gezien zijn op het spreekuur
- 7 Schisiszorgpad
 - a Schisiszorgpad ziekenhuis
 - b Schisiszorgpad patiënten en ouders
- 8 Organisatie van zorg
- 9 Anesthesiologie bij kinderen

Categorie-indeling en monitoring

Voor de behandeling van schisiszorg wordt een tweedeling gehanteerd:

Categorie 1:

Voldoet aan kwaliteitsnormen CZ

Ziekenhuizen die voldoen aan de kwaliteitsnormen van CZ worden als zodanig getoond op onze website.

Categorie 2:

Voldoet niet aan kwaliteitsnormen CZ

Ziekenhuizen die niet voldoen aan de kwaliteitsnormen van CZ. Deze ziekenhuizen krijgen van CZ geen contract (meer) voor deze zorg.

Ziekenhuizen die schisiszorg niet (meer) uitvoeren, toont CZ niet op haar website. Ziekenhuizen die schisiszorg wel uitvoeren, maar waarvan de kwaliteitsgegevens niet zijn uitgevraagd en getoetst, toont CZ wel op haar website. Deze ziekenhuizen krijgen geen contract voor deze zorg.

CZ monitort of voor schisiszorg gecontracteerde ziekenhuizen voldoen aan het kwaliteitscriterium volume aan de hand van het NVSCA jaarverslag (data inkoopjaar min 2 jaar). Deze en ook de overige minimumeisen van CZ staan opgenomen in de overeenkomst van de gecontracteerde ziekenhuizen. Indien een ziekenhuis hier niet langer aan voldoet, moet het hier CZ onverwijld van op de hoogte brengen. Dit kan consequenties hebben voor de contractering.

ICHOM

Verder streeft CZ naar het beschikbaar komen van outcome-indicatoren. Om dit te realiseren was CZ sponsor van een project met als doel om de kwaliteit van de geleverde zorg te verbeteren. In het project werd voor schisis en craniofaciale afwijkingen de diagnose en outcome (ICHOM) via een digitaal systeem landelijk geregistreerd en een landelijke benchmark ontwikkeld. CZ zal het gebruik van de ICHOM registratie stimuleren. Er is gebleken dat het stellen van een eis aan de startdatum voor de registratie lastig is. Wij blijven voornemens om in de toekomst deelname aan de ICHOM registratie als eis te stellen aan de gecontracteerde ziekenhuizen.

3.1 Aantal eerste operaties per behandellocatie (volume)

In de (inter)nationale literatuur bestaat er voor een aantal behandelingen een sterk verband tussen volume en kwaliteit. Er zijn aanwijzingen in de wetenschappelijk literatuur dat er een relatie is tussen het aantal nieuwe schisispatiënten per jaar en de kwaliteit van schisiszorg. Daarnaast is er een aantal consensus-aanbevelingen, waarin een volumenorm voor schisisingrepen wordt genoemd.

Fitzsimons e.a. (2012) beschrijven de centralisatie van schisiszorg in Groot-Brittannië. Over een periode van tien jaar is het aantal centra gedaald van 49 (1997) naar 13 (2007). Als gevolg hiervan is het aantal patiënten met een eerste operatie per centrum gestegen. In 2007 kregen in 12 centra minimaal 40 patiënten een eerste operatie tegenover 2 centra in 1998. Het aantal chirurgen verminderde van 98 (1997) naar 26 chirurgen (2008), waarvan 85% meer dan 20 nieuwe patiënten per jaar behandelden. De timing van de primaire operatie vond vaker binnen de aanbevolen termijn plaats (tussen 3 en 6 maanden voor lipsluitingen en tussen 6 en 24 maanden voor gehemelte-sluitingen), en ook de lengte van de opname van een eerste operatie verminderde (van 3,8 naar 2,5 dagen).⁴

De impact van deze centralisatie van de schisiszorg in Groot-Brittannië kan pas na langere tijd beoordeeld worden.⁴ Dit heeft te maken met de langdurige behandeling van schisis. De belangrijke uitkomsten van schisiszorg zijn pas vele jaren na de chirurgische procedures bekend. Een enquête van de patiënten-

vereniging (Cleft Lip and Plate Association, CLAPA) onder ouders van schisispatiënten van 3 jaar en jonger liet zien dat de schisiszorg duidelijk was verbeterd. Er is veel waardering voor de chirurgische behandeling door ervaren chirurgen en voor het multidisciplinaire team.⁹ In nieuwere studies wordt geconcludeerd dat de uitkomsten bij kinderen met een unilaterale schisis verbeterd zijn na de introductie van gecentraliseerde multidisciplinaire zorg in Groot-Brittannië.^{10,11} Centralisatie wordt aanbevolen aan landen met een minder gecentraliseerde structuur voor schisiszorg.¹¹

Shaw e.a. (1992) geven, n.a.v. een onderzoek onder 6 internationale schisiscentra, aan dat het zeer waarschijnlijk is dat chirurgen die maar weinig patiënten met schisis behandelen ('low volume' chirurgen) suboptimale behandelingsresultaten behalen.¹² In een Europese consensus (Eurocleft clinical network) is daarom opgenomen dat een schisischirurg minstens 40 à 50 nieuwe patiënten met een schisis per jaar zou moeten behandelen.^{13,14}

Begin jaren negentig werd in Groot-Brittannië een adviesgroep (Clinical Standards Advisory Group (CSAG) Cleft lip and palate) opgericht om de schisiszorg te onderzoeken en de overheid te adviseren hierover. Deze CSAG geeft ook als aanbeveling dat elke chirurg gemiddeld 40 à 50 nieuwe patiënten per jaar opereert.¹⁵

Shaw e.a. (1996) publiceerden over de minimumstandaarden voor de behandeling van schisis beschreven door The Royal College of Surgeons Steering Group on Cleft Lip and Palate (UK). Hierin wordt een minimum van 30 nieuwe patiënten per chirurg per jaar als een minimum aantal voor primaire chirurgie aanbevolen.⁶

In Groot-Brittannië heeft de National Health Service (NHS) normen (service specifications) vastgesteld voor schisiszorg (cleft lip and/or palate services including non-cleft velopharyngeal dysfunction (VPD) (all ages)). Eén van deze normen is dat chirurgen die primaire schisisoperaties verrichten minstens 30 patiënten per jaar behandelen.¹⁶

De Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) heeft een volumenorm van 20 ingrepen per instelling per jaar als minimum gesteld voor complexe chirurgische ingrepen bij aandoeningen die weinig voorkomen.¹⁷ Schisisoperaties worden gerekend tot deze laagvolume, hoogcomplexe ingrepen. Daarbij wordt aangegeven dat

de kwaliteitsnormen van de NVvH gelden per ziekenhuislocatie.

Selectief inkoopbeleid CZ

CZ hanteert als selectiecriteria dat er minimaal 25 nieuwe, nog niet eerder geopereerde², patiënten met schisis worden geopereerd per ziekenhuis (behandellocatie) per jaar. De aantallen zijn gebaseerd op het inkoopjaar min 2 jaar, waarbij de definitie van de NVSCA is gehanteerd (het betreffen de nieuwe niet eerder geopereerde patiënten en reeds in het land van herkomst geopereerde adoptiekinderen met schisis).

Om te voldoen aan de kwaliteitsnormen van CZ moet het ziekenhuis 25 of meer eerste operaties per jaar verrichten, rekening houdend met de NVSCA-definitie. Het is mogelijk dat een behandellocatie door omstandigheden in het meest recente verslagjaar niet aan deze norm voldeed. Om die reden wordt in tweede instantie gekeken naar de periode over de afgelopen drie jaar (inkoopjaar min 2 jaar, min 3 jaar en min 4 jaar). Als uit de volumes over de afgelopen drie jaar blijkt dat het ziekenhuis gemiddeld genomen 25 of meer eerste operaties per jaar uitvoert, voldoet het ziekenhuis aan de kwaliteitsnormen van CZ.

Indien minder dan 25 eerste operaties en minder dan gemiddeld genomen 25 operaties in de afgelopen drie jaar (inkoopjaar min 2, 3 en 4 jaar) per behandellocatie worden uitgevoerd, voldoet het ziekenhuis niet aan de kwaliteitsnormen van CZ.

(De data zijn afkomstig uit het jaarverslag NVSCA)

3.2 Multidisciplinair team

Kuijpers-Jagtman e.a. geven aan: “De behandeling van patiënten met aangeboren afwijkingen aan lip en/of kaak en/of gehemelte wordt heden ten dage algemeen als een multidisciplinaire aangelegenheid gezien. Uiteindelijk gaat het erom dat het kind uitgroeit tot een volwassene die adequaat kan functioneren in de samenleving met een esthetisch acceptabel gezicht, een goed gehoor, een duidelijk verstaanbare spraak en een functioneel en esthetisch acceptabele dentitie.”²

De zorg voor kinderen met een schisis is complex en langdurig (van geboorte tot jong volwassenheid) en diverse disciplines houden zich met de behandeling

hiervan bezig. Behandeling van schisis kan daarom het beste plaats vinden in een multidisciplinair schisisteam. In het team wordt voor elke schisispatiënt een individueel zorgplan opgesteld op basis van de in het schisiscentrum gehanteerde behandelprotocollen. De behandeling in multidisciplinair verband is in diverse wetenschappelijke publicaties en consensus-aanbevelingen terug te vinden.^{2,5,13,14,17}

Selectief inkoopbeleid CZ

CZ vindt het belangrijk dat de zorg voor schisispatiënten binnen een multidisciplinair schisisteam plaatsvindt. De samenstelling van het Multidisciplinair overleg (MDO) is tot stand gekomen op basis van literatuur, waarbij de volgende disciplines deel dienen uit te maken van het team:

- Plastisch chirurg
- Kaakchirurg
- KNO-arts
- Kinderarts
- Klinisch geneticus
- Orthodontist
- Maatschappelijk werk of psycholoog
- Logopedist

Om te voldoen aan de kwaliteitsnormen van CZ is het nodig dat het ziekenhuis beschikt over een MDO volgens bovenstaande criteria. Ziekenhuizen die niet beschikken over een MDO waarbinnen de schisispatiënten worden besproken, voldoen niet aan de kwaliteitsnormen van CZ.

(Norm is opgenomen in overeenkomst ziekenhuizen)

3.3 Twee plastisch chirurgen per behandellocatie

De aanwezigheid van minimaal twee ervaren plastisch chirurgen binnen het schisisteam is een vereiste om de continuïteit van zorg te kunnen waarborgen en elkaar te kunnen adviseren. De Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) geeft in haar Normering Chirurgische Behandelingen 3.0 een aantal algemene voorwaarden voor chirurgische zorg. Eén voorwaarde is dat er per aandoening tenminste twee chirurgen werkzaam zijn.²⁰ Voor de schisiszorg betekent dit dat er voor de

² Precieze definitie: nieuwe ongeopereerde schisispatiënten uit Nederland en de in het land van herkomst geopereerde adoptiekinderen met schisis (NVSCA).

continuïteit van zorg ook twee plastisch chirurgen per schisisteam moeten zijn. Dit is ook zo opgenomen in de Richtlijn Behandeling van patiënten met een Schisis van de NVPC18.

De Clinical Standards Advisory Group (CSAG) Cleft lip and palate geeft ook als aanbeveling dat er twee chirurgen, die beiden voldoende primaire schisisoperaties verrichten, aanwezig moeten zijn binnen een schisisteam.¹⁵

Selectief inkoopbeleid CZ

Voor de continuïteit van de zorg is het belangrijk dat er tenminste twee plastisch chirurgen, beiden met ervaring in de behandeling van schisispatiënten, aanwezig zijn per behandellocatie.

Om te voldoen aan de kwaliteitsnormen van CZ moeten er in het schisisteam van een ziekenhuis minimaal twee plastisch chirurgen aanwezig zijn per behandellocatie. Indien er niet tenminste twee plastisch chirurgen zijn, zoals hierboven beschreven, voldoet het ziekenhuis niet aan de kwaliteitsnormen van CZ.

(Norm is opgenomen in overeenkomst ziekenhuizen)

3.4 Twee kaakchirurgen per behandellocatie

De aanwezigheid van minimaal twee ervaren kaakchirurgen binnen het schisisteam is een vereiste om de continuïteit van zorg te kunnen waarborgen en elkaar te kunnen adviseren. Eén voorwaarde van de NVvH algemene voorwaarden voor chirurgische zorg is dat er per aandoening ten minste twee chirurgen werkzaam zijn.²⁰ Voor de schisiszorg betekent dit dat er voor de continuïteit van zorg ook twee kaakchirurgen per schisisteam moeten zijn. Dit is ook zo opgenomen in de Richtlijn Behandeling van patiënten met een Schisis van de NVPC18.

Selectief inkoopbeleid CZ

Voor de continuïteit van de zorg is het belangrijk dat er minimaal twee kaakchirurgen aanwezig zijn per behandellocatie. Uiteraard is het daarbij belangrijk dat zij ervaring hebben.

Om te voldoen aan de kwaliteitsnormen van CZ moeten er in het schisisteam van een ziekenhuis minimaal twee kaakchirurgen aanwezig zijn per behandellocatie. Indien

er niet tenminste twee kaakchirurgen zijn, zoals hierboven beschreven, voldoet het ziekenhuis niet aan de kwaliteitsnormen van CZ.

(Norm is opgenomen in overeenkomst ziekenhuizen)

3.5 Dataregistratie (inclusief complicaties)

De meest optimale behandelstrategie voor de behandeling van schisis is nog niet duidelijk en uniform vastgesteld. Om de werkwijze en kwaliteit van zorg van schisisteams te kunnen evalueren en te vergelijken is het nodig dat er gegevens geregistreerd worden.

Onderzoek in Engeland en Wales in 1992 liet zien dat destijds maar bij 23% van de klinieken waar schisisoperaties uitgevoerd werden, gestandaardiseerde protocollen werden gebruikt voor het verzamelen van gegevens. Het bleek dat de chirurgen die relatief meer patiënten opereerden ('hoogvolume') allemaal met vaste gestandaardiseerde protocollen voor gegevensverzameling werkten, en dat geen van de 'laagvolume' chirurgen dit deden.¹⁹ Hathorn et al. beschrijven in 2006 dat bij een onderzoek naar onder andere de gegevensverzameling bij schisispatiënten van 31 van de 50 patiënten (62%) de (gebits) modellen beschikbaar waren. De gegevensverzameling was nog steeds niet optimaal.²⁰

Ook de Europese consensus (Eurocleft clinical network)¹⁷ en de Clinical Standards Advisory Group (CSAG) Cleft lip and palate¹⁸ onderschrijven dit belang en komen met concrete aanbevelingen, ten aanzien van het monitoren van het behandelproces en het evalueren van de behandeling.

Op de website van de European Collaboration on Craniofacial Anomalies (Eurocran) zijn naast deze aanbevelingen, ook aanbevelingen te vinden over op welk moment en welke gegevens, zoals bijvoorbeeld foto's, gebitsmodellen, geluidsopnames vastgelegd zouden moeten worden.

De NVSCA heeft een landelijk registratiesysteem, waarin nieuwe ongeopereerde schisispatiënten uit Nederland en de in het land van herkomst geopereerde adoptiekinderen met schisis worden geregistreerd. In dit registratiesysteem worden geen behandelresultaten en complicaties geregistreerd.

Selectief inkoopbeleid CZ

Schisis komt niet veel voor. Om de werkwijze en kwaliteit van zorg van schisisteams te kunnen evalueren en te vergelijken, is het nodig dat er van alle schisispatiënten gegevens geregistreerd worden. In aanvulling op de landelijke registratie van de NVSCA vindt CZ het belangrijk dat ziekenhuizen een eigen registratie bijhouden specifiek voor schisispatiënten, waarin onder meer complicaties worden geregistreerd. Registratie van schisispatiënten in het landelijke registratiesysteem van de NVSCA én een eigen complicatieregistratie per schisisteam zijn dan ook een voorwaarde.

a NVSCA-registratie

Om te voldoen aan de kwaliteitsnormen van CZ moet een ziekenhuis meedoen aan de NVSCA-registratie en dienen alle desbetreffende gegevens beschikbaar te zijn voor publicatie in het jaarverslag van de NVSCA-registratie. Ziekenhuizen die deze registratie niet bijhouden en/of niet alle gegevens openbaar maken, voldoen niet aan de kwaliteitsnormen van CZ.

b Complicatieregistratie

Om te voldoen aan de kwaliteitsnormen van CZ moet een ziekenhuis zowel een eigen complicatieregistratie hebben en, na verzoek van CZ, het meest recente verslag of overzicht van deze registratie aanleveren. Ziekenhuizen voldoen niet aan de kwaliteitsnormen van CZ indien ze een complicatieregistratie bijhouden, maar op verzoek van CZ geen verslag kunnen overleggen of indien er geen eigen complicatieregistratie per schisisteam is.

(Norm is opgenomen in overeenkomst ziekenhuizen)

3.6 Percentage nieuwe patiënten die binnen 2 weken na geboorte gezien zijn op het spreekuur

In de richtlijn: 'Counseling na prenataal vastgestelde schisis. – Een multidisciplinaire richtlijn voor een integraal zorgproces (2011)⁸ worden de volgende aanbevelingen gedaan:

“Ieder kind dat geboren wordt met een schisis dient bij voorkeur binnen 24 uur na geboorte te worden

aangemeld bij het regionale schisisteam. Het schisisteam dient daarvoor de benodigde maatregelen te nemen. Een kind, dat geboren wordt met een prenataal reeds vastgestelde schisis en waarbij de ouders het prenatale counseling traject hebben doorlopen, dient na aanmelding binnen 2 weken gezien te worden door het schisisteam.”

Selectief inkoopbeleid CZ

Door de beroepsgroepen is vastgesteld dat nieuwe patiënten met een prenataal vastgestelde schisis binnen 2 weken na aanmelding worden gezien op het spreekuur van het schisisteam. Om te voldoen aan de kwaliteitsnormen van CZ moet een ziekenhuis minimaal 90% van de nieuwe patiënten, met een prenataal vastgestelde schisis, binnen 2 weken na geboorte en nog niet elders behandeld, gezien hebben op het spreekuur. Indien dit minder is dan 90% van de nieuwe patiënten dan voldoet het ziekenhuis niet aan de kwaliteitsnormen van CZ terecht.

(Norm is opgenomen in overeenkomst ziekenhuizen)

3.7 Schisiszorgpad

Een definitie van het zorgpad is de volgende:

“A care pathway is a complex intervention for the mutual decision making and organisation of care processes for a well-defined group of patients during a well-defined period.”²¹

Algemene kenmerken van een zorgpad zijn:²²

- 1 Een zorgpad is aandoeningsgericht en beschrijft het pad dat de patiënt doorloopt.
- 2 Een zorgpad is evidence-based (gebaseerd op wetenschappelijke evidentie).
- 3 Er is sprake van standaardisatie. De (deel) verantwoordelijkheden en taken van professionals zijn expliciet uitgeschreven. Voor doorlooptijden worden streefwaarden genoemd.
- 4 Uit de beschrijving van elke fase van het zorgpad wordt duidelijk hoe patiënten worden betrokken bij de besluitvorming en welke informatie en 'empowerment' patiënten ontvangen in die fase.
- 5 Afspraken zijn gemaakt over de wijze waarop gecontroleerd wordt of professionals zich aan het zorgpad houden en op welke wijze variantieanalyses plaatsvinden.

Een zorgpad kan er voor zorgen dat teamleden in een schisisteam effectiever samenwerken. Er is meer inzicht in het behandelplan. De invulling van taken en

verantwoordelijkheden binnen dit behandelplan worden duidelijker. Logistieke verbeteringen t.a.v. bijvoorbeeld het multidisciplinaire spreekuur of planning van behandelingen zijn mogelijk en de betrokkenheid van de patiënt wordt vergroot.

Voor een goede voorlichting en meer betrokkenheid van de patiënt is het zinvol dat een eenvoudige versie van het schisiszorgpad beschikbaar is. Deze kan als patiënteninformatie op website en/of folder aan patiënten en ouders worden aangeboden.

Selectief inkoopbeleid CZ

Het doel van een schisiszorgpad is om de kwaliteit van zorg voor schisispatiënten te verbeteren. CZ vindt het daarom belangrijk dat een ziekenhuis een zorgpad heeft ontwikkeld voor de behandeling van schisispatiënten en hierover informatie ter beschikking stelt aan patiënten en ouders.

a Schisiszorgpad ziekenhuis

Indien een ziekenhuis bovengenoemde kenmerken voor meer dan de helft heeft verwerkt in een schisiszorgpad, wordt het schisiszorgpad van het ziekenhuis aangeduid als 'uitgebreid.' Indien een ziekenhuis minder dan de helft van de kenmerken heeft verwerkt in het schisiszorgpad, wordt het schisiszorgpad van het ziekenhuis aangeduid als 'beperkt'. Wanneer een ziekenhuis geen schisiszorgpad heeft voldoet het ziekenhuis niet aan de kwaliteitsnormen van CZ.

b Schisiszorgpad voor patiënten en ouders

Om te voldoen aan de kwaliteitsnormen van CZ moet een ziekenhuis informatie over het behandelplan aan patiënten en ouders ter beschikking stellen op bijvoorbeeld de website van het ziekenhuis of door middel van een patiëntenfolder. Indien een ziekenhuis deze informatie niet heeft voor patiënten en ouders, voldoet het ziekenhuis niet aan de kwaliteitsnormen van CZ.

(Norm is opgenomen in overeenkomst ziekenhuizen. Indien het zorgpad wordt gewijzigd, moet het ziekenhuis het nieuwe zorgpad aan CZ versturen).

3.8 Organisatie van zorg

In de richtlijn Behandeling van patiënten met een Schisis van de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC, 2016) is opgenomen dat het schisisteam is gevestigd in een ziekenhuis met kinderafdeling en bij voorkeur in een ziekenhuis met een Kindercentrum zodat de operatieve behandeling van kinderen van alle leeftijden met schisis mogelijk is¹⁸.

Selectief inkoopbeleid CZ

Op de hoofdlocatie van het schisisteam is het noodzakelijk dat er minstens sprake is van een ziekenhuis met kinderafdeling. In een kindercentrum kunnen alle schisispatiënten voor een operatieve schisisbehandeling terecht. Dit is daarom de meest gewenste setting.

Is een ziekenhuis geen kindercentrum en heeft het ook geen kinderafdeling dan voldoet het ziekenhuis niet aan onze kwaliteitsnorm.

(Norm is opgenomen in overeenkomst ziekenhuizen)

3.9 Anesthesiologische zorgverlening bij kinderen met een schisis

Een operatieve behandeling bij kinderen met schisis vindt vaak al in het eerste levensjaar plaats. Daarnaast kan er sprake zijn van bijkomende aandoeningen, waarvoor extra aandacht nodig is bij de anesthesie. De Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) heeft in 2017 de Richtlijn 'Anesthesie bij kinderen' gepubliceerd.²³

Selectief inkoopbeleid CZ

CZ verwacht van ziekenhuizen dat zij voldoen aan de Richtlijn Anesthesie bij kinderen van de NVA (2017). Indien dit niet het geval is, voldoet het ziekenhuis niet aan de kwaliteitsnormen van CZ.

(Norm is opgenomen in overeenkomst ziekenhuizen)

3.10 Samenvatting indicatoren

Categorie 1:

Voldoet aan kwaliteitsnormen CZ

- Volume per behandellocatie: minimaal 25 operaties per jaar bij nieuwe, nog niet eerder geopereerde, patiënten met schisis (definitie cf. NVSCA) (in inkoopjaar min 2 jaar of het gemiddelde over inkoopjaar min 2, 3 en mi jaar) (*NVSCA jaarverslag*)
- Multidisciplinair schisisteam waar de volgende disciplines deel van uit maken: plastisch chirurg, kaakchirurg, KNO-arts, kinderarts, klinische geneticus, orthodontist, maatschappelijk werker of psycholoog en logopedist. (*Overeenkomst*)
- Tenminste twee plastisch chirurgen, beide met recente ervaring in de behandeling van schisispatiënten, aanwezig per behandellocatie. (*Overeenkomst*)
- Tenminste twee kaakchirurgen, beide met recente ervaring in de behandeling van schisispatiënten, aanwezig per behandellocatie. (*Overeenkomst*)
- Deelname aan landelijke registratie van NVSCA én alle gegevens hiervan worden openbaar gemaakt. (*Overeenkomst*)
- Complicatieregistratie van schisispatiënten met verslag. (*Overeenkomst*)
- Minimaal 90% van de nieuwe patiënten wordt binnen 2 weken gezien op het schisispreekuur. (*Overeenkomst*)
- De algemene kenmerken van een zorgpad zijn verwerkt in het zorgpad van het ziekenhuis (*Overeenkomst*)
- Er moet een zorgpad beschikbaar zijn voor patiënten en ouders. (*Overeenkomst*)
- Het ziekenhuis heeft een kinderafdeling of is een kindcentrum. (*Overeenkomst*)
- Het ziekenhuis voldoet aan de Richtlijn Anesthesie bij Kinderen van de NVA (*Overeenkomst*)

Categorie 2:

Voldoet niet aan kwaliteitsnormen van CZ

- Volume per behandellocatie: minder dan 25 operaties per jaar bij nieuwe, nog niet eerder geopereerde, patiënten met schisis op de behandellocatie (in inkoopjaar min 2 jaar of het gemiddelde over inkoopjaar min 2 jaar, min 3 jaar en min 4 jaar); en/of
- Er is geen multidisciplinair schisisteam waar de volgende disciplines deel van uit maken: plastisch chirurg, kaakchirurg, KNO-arts, kinderarts, klinische geneticus, orthodontist, maatschappelijk werker of psycholoog, logopedist; en/of
- Er zijn minder dan twee plastisch chirurgen, met recente ervaring in de behandeling van schisispatiënten aanwezig op de behandellocatie; en/of
- Er zijn minder dan twee kaakchirurgen, met recente ervaring in de behandeling van schisispatiënten, aanwezig op de behandellocatie; en/of
- Er is geen deelname aan de landelijke registratie van NVSCA en/of niet alle gegevens hiervan worden openbaar gemaakt; en/of
- Complicatieregistratie van schisispatiënten zonder verslag of geen complicatieregistratie van schisispatiënten; en/of
- Minder dan 90% van de nieuwe patiënten wordt binnen 2 weken gezien op het schisispreekuur; en/of
- Er is geen zorgpad schisis van het ziekenhuis; en/of
- Er is geen zorgpad beschikbaar voor patiënten en ouders; en/of
- Het ziekenhuis is geen kindercentrum en heeft geen kinderafdeling; en/of
- Het ziekenhuis voldoet niet aan de Richtlijn Anesthesie bij kinderen van de NVA.

Algemeen kader selectief inkoopbeleid

Het selectief inkoopbeleid van CZ betreft een generiek model, in principe bedoeld voor alle zorg die zich voor deze vorm van selectieve inkoop leent.

Voor iedere aandoening volgt een waardering van de prestaties op basis van:

- 1 kwaliteitsinformatie (waaronder volumenormenten en andere kwaliteitsindicatoren);
- 2 wachttijd informatie (waar beschikbaar en toepasbaar);
- 3 patiëntervaringen (waar beschikbaar en toepasbaar).

Het is cruciaal dat CZ van de juistheid en de volledigheid van de aangeleverde informatie uit kan gaan. Dit betekent dat als CZ op enig moment tot de vaststelling komt dat de aangeleverde gegevens niet juist blijken te zijn, CZ hier nadere consequenties aan kan verbinden ten aanzien van de contractering van het ziekenhuis.

4.1 Selectieve inkoop en niet gecontracteerde centra en Belgische ziekenhuizen

Niet gecontracteerde centra

CZ monitort enkel de kwaliteit van ziekenhuizen die voor het voorgaande jaar (inkoopjaar min 1 jaar) een overeenkomst met ons hebben voor de behandeling van deze aandoening. Enkel deze ziekenhuizen komen, wanneer zij nog steeds aan de minimumeisen voldoen, in aanmerking voor een overeenkomst. Mocht u van mening zijn dat uw ziekenhuis om gegronde redenen toch in aanmerking komt voor een overeenkomst voor het volgende jaar, dan kunt u contact met ons opnemen. Wij hebben dan informatie van u nodig om uw aanvraag goed te kunnen beoordelen. Een eerste toets is of CZ het wenselijk en noodzakelijk vindt om te contracteren uit oogpunt van toegankelijkheid voor de doelgroep. Als CZ die meerwaarde ziet, doet zij de kwaliteitstoets op basis van het verantwoordingsdocument. Wij kunnen dan onder meer antwoorden van u nodig hebben op onze vragenlijst selectieve inkoop en wellicht nog aanvullende informatie.

Belgische ziekenhuizen

De minimale kwaliteitscriteria worden tevens uitgevraagd bij de door CZ gecontracteerde Belgische ziekenhuizen die het meest recente jaar ook voldeden aan de minimale kwaliteitseisen. Hierbij geldt wel dat CZ patiënten met een schisis bij voorkeur niet verwijst naar het buitenland.

4.2 Samenwerkende ziekenhuizen of ziekenhuizen met meerdere locaties

Sommige ziekenhuizen kennen meerdere locaties waar schisisbehandelingen plaatsvinden, of zij gaan samenwerkingsafspraken aan met andere ziekenhuizen voor bepaalde (deel)behandelingen. Als een ziekenhuis op alle locaties de schisisbehandelingen waarvoor CZ een selectief inkoopbeleid hanteert, wil blijven uitvoeren, of op de locatie(s) van de samenwerkende ziekenhuizen wil blijven uitvoeren, stelt CZ steeds dezelfde eisen aan al deze afzonderlijke locaties of samenwerkende ziekenhuizen. Deze zullen dus steeds individueel getoetst worden aan de criteria zoals vastgelegd in het verantwoordingsdocument.

Alleen als op één van de locaties slechts een selectie van de operaties/behandelingen plaatsvindt (satellietlocatie), kunnen de criteria anders zijn. Dit is afhankelijk van de selectie van operaties/behandelingen.

Bronnen

- 1 Mathijssen IMJ. I'm perfect. Inaugurele rede d.d. 12-10-2012.<http://repub.eur.nl/res/pub/38017/>
- 2 Kuijpers-Jagtman AM, Borstlap-Engels VMF, Spauwen PHM et al. Teambehandeling van patiënten met schisis. *Ned Tijdschr Tandheelk* 2000;107:447-51.
- 3 Sandy J, Rumsey N, Persson M. et al. Using service rationalisation to build a research network: lessons from the centralisation of UK services for children with cleft lip and palate. *Br Dent J* 2012, 212;11:553-5.
- 4 Fitzsimons KJ, Mukarram S, Copley LP et al. Centralisation of services for children with cleft lip or palate in England: a study of hospital episode statistics. *BMC Health Services Research* 2012;12: 148-56.
- 5 Prah-Andersen B. Zorgverlening aan kinderen met cheilo-, gnatho- en/of palatoschisis. *Ned Tijdschr Tandheelk* 2005;112:242-6.
- 6 Shaw WC, Sandy JR, Williams AC et al. Minimum standards for the management of cleft lip and palate: efforts to close the audit loop. *Ann R Coll Surg Engl* 1996;78:110-4.
- 7 Bearn D, Mildinholl S, Murphy T et al. Cleft lip and palate care in the United Kingdom – The clinical standards advisory group (CSAG) study. Part 4: outcome comparisons, training, conclusions. *CPCJ* 2001;38:38-43.2.
- 8 Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC): Counseling na prenataal vastgestelde schisis; een multidisciplinaire richtlijn voor een integraal zorgproces. 2011.
- 9 Cleft lip and palate association: Regionalisation of cleft lip and palate services: has it worked? A report on users' perspectives of cleft care. London: Cleft lip and palate association; 2007.
- 10 Ness AR, Wills AR, Waylen A et al. Closing the Loop on Centralization of Cleft Care in the United Kingdom. *Cleft Palate Craniofac J*. 2018 Feb;55(2):248-251. doi: 10.1177/1055665617736779. Epub 2017 Dec 14.
- 11 Ness AR, Wills, AK, Waylen A, et al. Centralization of cleft care in the UK. Part 6: a tale of 2 studies. *Orthod Craniofac Res* 2015;:56–62
- 12 Shaw WC, Dahl E, Odont et al. A six-center international study of treatment outcome of patients with clefts of the lip and palate: part 5. General discussion and conclusion. *Cleft Palate Craniofac J* 1992;29 (5):413-8.
- 13 Shaw WC Semb G. Nelson P. et al. The Eurocleft Project 1996–2000: overview. *J Craniomaxillofac Surg*. 2001 Jun;29(3):131-40.
- 14 Eurocleft Clinical Network. Consensus recommendations – Practice guidelines. <http://www.eurocran.org/content.asp?contentID=777&sid=122148>
- 15 Health Service Circular HSC 1998/238. Cleft lip and palate services.
- 16 NHS service specifications D07 Cleft Lip and or Palate Services including Non-cleft Velopharyngeal Dysfunction (VPD) (All Ages)
- 17 Normering Chirurgische Behandelingen 7.0. Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH), juni 2017.
- 18 Richtlijn Behandeling van Patiënten met een Schisis. Initiatief van Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC), 2016
- 19 Williams AC, Shaw WC, Sandy JR et al. The surgical care of cleft lip and palate patients in England and Wales. *Br J Plast Surg* 1996;49:150-55.
- 20 Hathorn IS, Atack NE, Butcher G et al. Centralization of services: standard settings and outcomes. *Cleft Palate Craniofac J* 2006;43:401-5.
- 21 Vanhaecht K, De Witte K, Sermeus W. The impact of clinical pathways on the organisation of care processes. PhD dissertation, KU Leuven 2007.
- 22 Huisjes N, Schrijvers G. Het Zorgpadenboek. Amsterdam, Thoeis 2010.
- 23 Richtlijn 'Anesthesie bij kinderen'. Initiatief Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA), 2017

Disclaimer

CZ heeft de grootst mogelijke zorg besteed aan de samenstelling van de toetsen en indicatoren. De criteria en normen die zijn gebruikt, zijn waar mogelijk gebaseerd op de laatste standaarden en inzichten. CZ aanvaardt echter geen aansprakelijkheid voor onjuistheden of onvolledigheden van informatie afkomstig van derden, hoewel die informatie wel zoveel mogelijk door CZ is gevalideerd. CZ aanvaardt derhalve geen aansprakelijkheid voor schade, overlast, ongemak of andersoortige gevolgen die voortvloeien uit of samenhangen met het gebruik van de door CZ verstrekte informatie.

Gebruikers kunnen geen rechten ontleen aan de inhoud van de rangschikking of indeling. Hoewel de rangschikking of indeling na een zorgvuldig proces tot stand is gekomen, kan CZ aan verzekerden geen resultaten van behandelingen garanderen.

© CZ groep, juni 2019



Zorg die verder gaat