

CULTUURROMSLAG IN DE ONCOLOGIE

Verdergaande samenwerking in kankerzorg noodzakelijk

Sommigen willen de oncologische zorg het liefst geconcentreerd zien in twintig tot dertig oncologische centra. Niet verstandig, menen de integrale kankercentra. Alleen al omwille van de kwaliteit van de diagnostiek moeten alle algemene ziekenhuis beschikken over oncologische deskundigheid.

J.J. PAULIDES
C.A.L.M. LENNARDS
B. JONGEJAN

De laatste 25 jaar hebben instellingen en professionals in de oncologische zorg samen veel tot stand gebracht. Aanvankelijk waren er alleen behandelingsrichtlijnen op ziekenhuisniveau. In multidisciplinaire tumorwerkgroepen hebben de medische professionals deze in de loop der jaren op elkaar afgestemd tot regionale richtlijnen. Inmiddels worden landelijke richtlijnen ontwikkeld, die bovendien vaak evidence-based zijn. Ook de verpleegkundige en psychosociale professionals stellen landelijke, zorggebonden richtlijnen

op die de komende tijd in de tumorgebonden richtlijnen worden geïntegreerd. Nu richtlijnontwikkeling voornamelijk op landelijk niveau plaatsvindt, houden de regionale (tumor)werkgroepen zich vooral bezig met de implementatie ervan.

Een belangrijke ontwikkeling in de algemene ziekenhuizen is de organisatie van oncologiebesprekingen. In dit multidisciplinair overleg wordt, met ondersteuning van consulenten, voor iedere besproken patiënt een specifiek behandelplan vastgesteld dat is gebaseerd op actuele kennis en richtlijnen. Deze vorm van kennisoverdracht heeft er mede toe geleid dat in veel vakgroepen oncologi-

jaren nieuwe vormen van consulentendiensten ontwikkeld, zoals teleconferencing en web-consulting, die bovendien bijdragen aan de efficiency. Ook zijn er diverse specifieke vormen van patiëntbesprekingen met ondersteuning van consulenten ontstaan, bijvoorbeeld voor hematologie, gynaecologie en kinderoncologie. De (coördinerend) oncologieverpleegkundigen in ziekenhuizen en thuiszorg kunnen een beroep doen op verpleegkundig oncologisch consulenten en in diverse regio's op consulenten psychosociale zorg.

Ook op het terrein van de organisatie van de oncologische zorg heeft de samenwerking haar vruchten afgewor-

Oncologiecommissies voorzien in specifiek behandelplan per patiënt

sche differentiatie heeft plaatsgevonden. Het aantal patiënten dat voor bespreking wordt ingebracht, is evenals de participatie van die vakgroepen in de loop der jaren toegenomen. Dit is de verdienste van de consulenten, maar vooral ook van de oncologiecommissies in de algemene ziekenhuizen.

Maar het kan altijd beter. Nog niet alle oncologiecommissies functioneren optimaal en niet alle specialisten die kankerpatiënten behandelen, brengen hun patiënten consequent in in de multidisciplinaire oncologiebespreking met consulenten. Daar komt bij dat in de consulentleverende - doorgaans academische en radiotherapeutische - centra veelal een verdergaande orgaandifferentiatie heeft plaatsgevonden, waardoor de aanwezige consulenten op onderdelen van hun vakgebied niet meer de maximale expertise hebben. Daarom hebben de integrale kankercentra (IKC's) de laatste

pen. De oncologiecommissies hebben in de jaren negentig een belangrijke inbreng geleverd bij het formuleren van het (landelijk) Kwaliteitskader Organisatie Oncologische Zorg. Aan de hand daarvan kunnen zij op instellingsniveau het proces van de oncologische zorgverlening verbeteren.¹ Ditzelfde kwaliteitskader vormt de basis van een 'elektronische gids' die ziekenhuizen kunnen gebruiken voor zelfevaluatie, maar die ook het NIAZ gebruikt bij de accreditatie van ziekenhuizen. Daarnaast hebben de oncologiecommissies in een aantal IKC-regio's, op basis van het Kwaliteitskader een onderling visitatiesysteem opgezet.

De regionale opzet van de kankerregistratie is uniek: er is een nationale databank beschikbaar voor epidemiologisch en wetenschappelijk onderzoek én de regionale kankerregistratie levert gegevens terug aan de ziekenhuizen over de door hen gediagnosticeerde en

behandelde kankerpatiënten, zowel op vakgroep- als op ziekenhuisniveau. Deze spiegelinformatie vormt een belangrijke input voor het oncologisch beleid binnen het ziekenhuis, maar wordt ook ingezet bij kwaliteitsprojecten van regionale tumorwerkgroepen en professionele netwerken rond de implementatie van richtlijnen en de regionale taakverdeling.

DRIE CATEGORIEËN

In 1993 bracht de Gezondheidsraad aan de minister van VWS het advies 'Kwaliteit en taakverdeling in de oncologie' uit.² Het advies is een belangrijk uitgangspunt voor de visie van de Integrale Kankercentra op de organisatie van de oncologische zorg.

De Gezondheidsraad stelde een indeling in drie categorieën voor:

- Spreiding van zorg. Dit is voor patiënten met bepaalde vormen van kanker, vanwege de frequentie van voorkomen en algemeen aanvaarde, goed uitvoerbare diagnostiek en behandeling, medisch verantwoord en economisch wenselijk.
- Concentratie van zorg in een beperkt aantal, landelijk overeen te komen centra.
- Taakverdeling van zorg, met enige mate van concentratie. De benodigde mate van concentratie in deze tussengroep is zeer verschillend en er bestaat duidelijk ruimte voor regionale vari-

atie in de wijze waarop de aan deze zorg gestelde voorwaarden worden geïmplementeerd.

In de praktijk blijkt dat de indeling in drie categorieën niet altijd scherp te maken is op basis van tumorsoorten alleen. Ook onderdelen van diagnostiek, behandeling en zorg binnen één tumorsoort kunnen in verschillende categorieën vallen. Op grond van de tumorgebonden richtlijnen en afhankelijk van de regionale situatie, schatten de integrale kankercentra dat 60-80 procent van de oncologische zorg is aan te merken als basale oncologische zorg die in alle ziekenhuizen (spreiding) beschikbaar zou moeten zijn. De overige 20-40 procent is complexe zorg, waarvan een deel aan specifieke centra zou moeten zijn voorbehouden (concentratie) en de rest door middel van regionale afspraken over taakverdeling (samenwerking) kan worden georganiseerd. De mate van concentratie en taakverdeling kan per regio variëren, afhankelijk van de beschikbare expertise en voorzieningen. Maar ook in de tijd kan dit aandeel wijzigen als gevolg van ontwikkelingen in de oncologische zorg.

KNELPUNTEN

Van de in het rapport van de Gezondheidsraad opgenomen aanbevelingen is een deel gerealiseerd. Er zijn landelijke, gevalideerde normen voor het zorgproces, evenals een toenemend aantal

(evidence-based) behandelingsrichtlijnen beschikbaar, waarmee de gewenste kwaliteit van de basale oncologische zorg goeddeels is geformuleerd. Tevens zijn in een aantal richtlijnen al criteria opgenomen voor concentratie van complexe (onderdelen van de) zorg. De belangrijkste knelpunten zijn:³

1. De kwaliteit van basale oncologische zorg is niet in alle ziekenhuizen voor iedere tumorsoort gegarandeerd.
2. In veel ziekenhuizen en/of vakgroepen ontbreekt de cultuur om samenwerking te zoeken met andere professionals/instellingen om bijvoorbeeld voorzieningen en/of deskundigheid te delen.
3. Er is nog onvoldoende wederzijdse afstemming en overdracht tussen zowel de eerste en de tweede als tussen de tweede en de derde lijn (ketenzorg).
4. Er wordt nog vaak inefficiënt gewerkt; zo wordt bij doorverwijzing van een patiënt de diagnostiek vaak herhaald (belasting voor de patiënt, vermijdbare kosten, verlengde doorlooptijd).

SPREIDEN OF CONCENTREREN

Uitgangspunt bij de aanpak van deze knelpunten blijft voor de integrale kankercentra 'spreiden waar verantwoord mogelijk, concentreren waar nodig'. Dit moet resulteren in een in alle ziekenhuizen beschikbare, goed toegankelijke, kwalitatief verantwoorde basale oncologische zorg en, waar spreiding niet verantwoord is, een daarop afgestemde mate van concentratie van complexe zorg.

De suggestie van het NKI/AvL om alle oncologische zorg te concentreren in slechts 20 tot 30 oncologische centra,⁴ delen de integrale kankercentra niet. Alleen al omwille van de kwaliteit van de diagnostiek van voor kanker verdachte afwijkingen is een solide basis van oncologische deskundigheid in alle algemene ziekenhuizen noodzakelijk. Een concentratie van de volledige oncologische zorg - diagnostiek, behandeling en zorg - in slechts 20-30 kankercentra zal de oncologische deskundigheid in de overige ziekenhuizen doen afkalven, terwijl daar nu juist de afgelopen jaren zoveel is gewonnen. Concentratie van oncologische zorg is nodig, maar dient beperkt te blijven tot de complexe (onderdelen van de) zorg. Om dat te bereiken is het nodig dat meer wetenschappelijke verenigingen die zijn betrokken bij de richtlijnontwikkeling, in de richtlijnen specifiek aangeven in welke gevallen en in welke mate con- >>

Diagnostiek, behandeling en zorg in 20 tot 30 kankercentra concentreren, vermindert de oncologische deskundigheid in de overige ziekenhuizen.

DE FOTO IS HELAAS
NIET BESCHIKBAAR
VOOR INTERNET

<< concentratie noodzakelijk is. Maar parallel daaraan is het essentieel dat normen, richtlijnen en regionale afspraken over taakverdeling en concentratie niet vrijblijvend zijn. Waar de gewenste kwaliteit is beschreven, blijkt het in de praktijk vaak te eenvoudig om zich daaraan te onttrekken. Dat geldt zowel voor de kwaliteit van basale oncologische zorg als voor afspraken over concentratie van complexe oncologische zorg.

Een bijkomend probleem is dat het niet eenvoudig is om de kwaliteit van de oncologische zorg op instelling, en/of

afspraken in werkgroepen en netwerken over taakverdeling en concentratie, maar vooral 'verdergaand' in de zin van 'minder vrijblijvend'. Professionals en instellingen dienen elkaar aan te spreken (cultuur) op afwijken van normen, richtlijnen en afspraken. De integrale kankercentra kunnen door middel van de infrastructuur van werkgroepen en netwerken, gebruikmakend van bestaande en nieuwe instrumenten, deze cultuuromslag bevorderen en ondersteunen. De inbreng vanuit de (academische) centra in de werkgroepen en netwerken blijft

Toetsbare kwaliteitscriteria moeten de transparantie vergroten

individueel niveau objectief vast te stellen met behulp van uitkomstparameters. Er zijn in de praktijk doorgaans te veel variabelen die de uitkomst beïnvloeden. Daartegenover staat dat benchmarking op basis van indicatoren voor het volgen van de richtlijnen zeer goed mogelijk is. Daarbij kan tevens meer worden gebruikgemaakt van de kankerregistratie. Dergelijke indicatoren dienen onderdeel uit te maken van de richtlijnen.

De hier beschreven aanpak sluit goed aan op de aanbevelingen in het onlangs gelanceerde Nationaal Programma Kankerbestrijding.⁵ Ook daarin wordt gepleit voor het opstellen van toetsbare kwaliteitscriteria die helpen de transparantie te vergroten en de vrijblijvendheid te verminderen. Dat geldt evenzeer voor normen en afspraken ten aanzien van de wederzijdse afstemming en overdracht tussen de diverse echelons.

MINDER VRIJBLIJVEND

Dit alles vraagt om 'verdergaande samenwerking'. Niet alleen 'verdergaand' in de zin van doorgaan op de ingeslagen weg, zoals het uitbouwen van de rol oncologiecommissies, ondersteuning bij implementatie van richtlijnen, kennisoverdracht door middel van consulenten en deskundigheidsbevordering, of

daarbij onontbeerlijk. Voorbeelden van instrumenten van de integrale kankercentra die intensiever kunnen worden ingezet:

- Genereren van spiegelinformatie door middel van documentatieprojecten, al dan niet met behulp van de kankerregistratie.
- Afstemmen van de IKC-visitaties met de visitaties van de diverse wetenschappelijke verenigingen.
- Begeleiden van instellingen bij het maken van afspraken over taakverdeling en concentratie (regiovisies).
- Ondersteunen bij implementatie van 'best practices' van implementatie van richtlijnen en taakverdeling, afstemming en samenwerking binnen ziekenhuizen.

Dit biedt de professionals en instellingen het noodzakelijke inzicht in het eigen functioneren en stelt hen daardoor tevens in staat op hun beurt de geleverde kwaliteit van de zorg zichtbaar te maken naar derden, zoals zorgverzekeraars en niet in de laatste plaats de patiënt. Wij zijn ervan overtuigd dat door deze 'verdergaande samenwerking' de knelpunten kunnen worden aangepakt en het doel van een toegankelijk, integraal en kwalitatief verantwoord zorgaanbod voor mensen met kanker kan worden gerealiseerd. ■

- *Onlangs is het Nationaal Programma Kankerbestrijding gelanceerd, bedoeld als oproep aan alle bij de kankerbestrijding betrokken organisaties om de geformuleerde doelstellingen te realiseren. Dit programma en een pas verschenen discussienota van het NKI-AvL over de organisatie van de oncologische zorg vormen de aanleiding voor de integrale kankercentra om hun visie te geven op de toekomst van de oncologische zorg.*
- *Diverse instrumenten - richtlijnen, oncologiebesprekingen, kwaliteitsprojecten en kankerregistratie - hebben in belangrijke mate bijgedragen aan de kwaliteit van de oncologische zorg.*
- *Taakverdeling is een belangrijk thema. Uitgangspunt voor de integrale kankercentra (IKC's) daarbij is 'spreiden waar verantwoord mogelijk en concentreren waar nodig'.*
- *De IKC's vinden dat de knelpunten zijn aan te pakken met verdergaande samenwerking. Niet alleen 'verdergaand' in de zin van doorgaan op de ingeslagen weg, maar vooral 'verdergaand' in de zin van 'minder vrijblijvend'. Dat kan door (nieuwe) instrumenten in te zetten die de compliance aan normen, richtlijnen en afspraken zichtbaar maken.*
- *Dit biedt de instellingen en professionals inzicht in het eigen functioneren en stelt hen in staat de geleverde zorg op hun beurt zichtbaar te maken naar derden.*

J.J. Paulides,
arts, directeur Integraal Kankercentrum Rotterdam

mw. drs. C.A.L.M. Lennards,
directeur Integraal Kankercentrum Oost, bestuurslid VIKC

B. Jongejan,
arts, directeur Integraal Kankercentrum West, voorzitter VIKC

Correspondentieadres: paulides@ikr.nl

Referenties

1. Vereniging van Integrale Kankercentra. Kwaliteitskader Organisatie Oncologische Zorg. Utrecht, oktober 1997.
2. Gezondheidsraad. Kwaliteit en taakverdeling in de oncologie. Den Haag, 8 februari 1993.
3. In het Nationaal Programma Kankerbestrijding wordt een volledig beeld gegeven van de knelpunten in de oncologische zorg, waaronder ook de zorgcapaciteit. Hier beperken we ons tot de knelpunten ten aanzien van de kwaliteit van de zorg.
4. Vos EJ, Rodenhuis S, Harten, WH van. Oncologie vraagt om kankercentra. Medisch Contact 2004; 59: 1066-8.
5. Beleidsgroep NPK. Nationaal Programma Kankerbestrijding. 4 november 2004.

Op www.medischcontact.nl/dezeweek kunt u doorklikken naar een ander MC-artikel over dit onderwerp