

Centralisatie van oncologische behandelingen is onvermijdelijk

# Kankerdeskundigen stellen normen op

Sophie Broersen

beeld: De Beeldredactie,  
Marco Okhuizen

Radiotherapeuten, internisten-oncologen en oncologisch chirurgen hebben samen normen opgesteld waaraan ziekenhuizen en hulpverleners moeten voldoen bij de behandeling van de meest voorkomende tumorsoorten. Hogere kwaliteit is het doel, centralisatie een onvermijdelijk gevolg.

**D**e Nederlandse gezondheidszorg scoort doorgaans goed in vergelijking met omringende landen. Er zijn uitzonderingen, ook in de behandeling van sommige kankersoorten. Die kan beter, en moet beter. De medisch specialisten die het meest betrokken zijn bij de oncologie hebben daartoe een document opgesteld waarin een fors pakket aan eisen staat. Eisen waaraan ziekenhuizen, artsen en verpleegkundigen moeten voldoen bij de behandeling van de meest voorkomende kankersoorten.

In dat document staan algemene normen waar een ziekenhuis aan moet voldoen om oncologische zorg te kunnen bieden en specifieke normen per tumorsoort. Die bestaan deels uit volumennormen, maar ook uit eisen aan de infrastructuur, specialismen die aanwezig moeten zijn, deelname aan registratieprojecten en maximale wachttijden, om een aantal voorbeelden te noemen. Al die eisen samen gaan onvermijdelijk gevolgen hebben voor welke ziekenhuizen welke zorg kunnen leveren.



Rondetafelgesprek met (v.l.n.r.) Michel Wouters, chirurg, Hans Gelderblom, internist-oncoloog, Marcel Verheij, radiotherapeut, en Koos van der Hoeven, internist-oncoloog en voorzitter van SONCOS.

Het rapport is eind november door drie wetenschappelijke verenigingen goedgekeurd: de oncologisch chirurgen, de radiotherapeuten en de medisch oncologen. Medisch Contact hield een rondetafelgesprek met vier heren die deze beroepsgroepen vertegenwoordigen: Michel Wouters namens de chirurgen, Marcel Verheij namens de radiotherapeuten, Hans Gelderblom namens de internisten-oncologen en Koos van der Hoeven, ook internist-oncoloog en voorzitter van SONCOS, de Stichting Oncologische Samenwerking, waarin zij allen verenigd zijn.

### Stoppen met oncologie

Aan aandacht voor kwaliteit en normen in de oncologische zorg geen gebrek. Een aantal weken geleden nog kwam KWF Kankerbestrijding in het nieuws met de opmerking dat de normen voor borstkankerzorg scherper moesten worden. Twee jaar eerder al belandde Koos van der Hoeven op de voorpagina van NRC Handelsblad. Een derde tot de helft van de Nederlandse ziekenhuizen zou moeten stop-

pen met de behandeling van kanker, zou hij volgens NRC hebben gezegd. Van der Hoeven nuanceerde die uitspraak later; het zou nooit zo uit zijn mond zijn gekomen. Maar wie de

huidige normen leest, vraagt zich toch af: is het gevolg niet precies dat? Dat een aanzienlijk deel van de Nederlandse ziekenhuizen de oncologie vaarwel zal moeten zeggen?

Koos van der Hoeven: 'Moet de helft van de ziekenhuizen kankerafdelingen sluiten? Nee, maar ze zullen zichzelf wel een spiegel moeten voorhouden en kijken of ze voldoen aan de eisen die in het rapport staan. Wij realiseren ons dat een aantal ziekenhuizen daardoor sommige behandelingen niet meer zal kunnen doen. Maar ik wil benadrukken dat dit geen centralisatiedocument is. Het is een normeringsdocument. Het kan tot gevolg hebben dat er gecentraliseerd moet worden, maar daar is het niet voor geschreven.'

Marcel Verheij: 'Er staat niet in beschreven hoeveel centra een bepaalde ziekte mogen behandelen. Maar het is waar, het geeft wel richting aan zo'n beweging.'

### Investeren

Van der Hoeven: 'We hebben dit rapport geschreven – en door onze leden laten accorderen – op basis van kwaliteit. Daar waar het zinvol is, hebben we volumenormen opgenomen. Maar

als je de hele norm leest, zie je veel meer. Het hele team moet op orde zijn, er moet een MRI beschikbaar zijn, een wekelijks multidisciplinair overleg, ga zo maar door. Als je dat op orde hebt, denken wij dat je goede zorg kunt leveren, maar de vraag is of je dat allemaal op wilt tuigen om dat te kunnen blijven doen. Als je als ziekenhuis veel moet investeren in mankracht en faciliteiten voor maar twintig patiënten per jaar, dan kun je tot het besluit komen dat je je centen liever aan wat anders besteedt.

Voor sommige tumorsoorten zal het zo zijn dat maar een heel beperkt aantal ziekenhuizen deze zal kunnen behandelen in de toekomst.

We hebben het Integraal Kankercentrum Nederland gevraagd om onze normen te vergelijken met de cijfers van 2010 en 2011, om te zien waar verschuivingen zullen optreden. Dan zie je dat er op grond van alleen de volume-criteria bij borstkanker haast niets hoeft te gebeuren, dat er bij maagkanker bij 53 ziekenhuizen wat moet veranderen, bij rectumcarcinoom bij 24. Het duidelijkste voorbeeld is het gemetastaseerd melanoom; daarvoor zullen patiënten nog maar in 13 ziekenhuizen terecht kunnen.'

Hans Gelderblom: 'Vroeger werd dat in alle ziekenhuizen behandeld, maar dat verschuift. Die verschuiving heeft te maken met nieuwe middelen die beschikbaar zijn gekomen, waar ervaring mee moet worden opgebouwd. Dat kan het beste in een beperkt aantal centra.'

### Betere uitkomsten

Michel Wouters: 'In de chirurgie is dit proces van concentratie al veel langer gaande. We hebben de afgelopen jaren volumenormen opgesteld en dat heeft geleid tot een flinke verschuiving van complexe chirurgie. Binnen de slokdarmchirurgie bijvoorbeeld heeft al een forse concentratie plaatsgevonden, van 60 naar 23 ziekenhuizen, en we verwachten dat dat nog verder zal gaan. Dat heeft al geleid tot betere uitkomsten, een betere overleving voor patiënten. Deze nieuwe normen zijn eigenlijk een vervolg op de chirurgische volumenormen, en zullen tot verschuivingen leiden.'

Verheij: 'De concentratie van complexe oncologie in een geringer aantal ziekenhuizen is een logische beweging die al gaande is. Voorheen kon je in alle Nederlandse ziekenhuizen terecht voor oncologie, en dat is wellicht ook een van de redenen waarom Nederland voor bepaalde kankerbehandelingen in de middenmoot zit van Europese landen als we kijken naar de langetermijnuitskomsten.'

***‘Een aantal ziekenhuizen zal sommige behandelingen niet meer kunnen doen’***

Van der Hoeven: 'Neem maagkanker. Daarvan hebben we geconstateerd dat we het in Nederland qua sterfte kort na de operatie en qua vijfjaarsoverleving niet goed doen in vergelijking met ons omringende landen. Dan zeg ik het nog heel vriendelijk. Wat we over de behandeling van maagkanker stellen, is onder meer een volumenorm van twintig maagsecties per ziekenhuis per jaar. Volume alleen zal de uitkomsten niet verbeteren, maar in het buitenland is wel geconstateerd dat als specialisten deze ingreep vaker doen, de uitkomsten beter worden. Aan die norm van twintig per jaar voldoet nu bijna geen enkel ziekenhuis; vele komen niet eens aan tien per jaar. Daar zal dus heel veel moeten gebeuren. Een groot deel zal ermee moeten stoppen, of moeten gaan samenwerken met andere centra.'

#### Pijnpunten

Gelderblom: 'Bij de behandeling van testis carcinoom kunnen we ook nog een slag maken. Kleinere ziekenhuizen behandelen het ook, maar er is onomstotelijk bewezen dat concentratie overleving verbetert. Toch was er veel discussie over de normen die we ervoor wilden opstellen. Die wel gladgestreken is uiteindelijk. Voor internisten-oncologen zijn dit soort normen vrij nieuw en ze bevatten pijnpunten. Dat geldt niet alleen voor specialisten in kleine ziekenhuizen, ook in grotere moeten keuzes worden gemaakt. Ze kunnen niet alles naar zich toe trekken, dat heeft grenzen.'

Van der Hoeven: 'Ik durf mijn hand ervoor in het vuur te steken dat we bij een aantal van deze tumorsoorten binnen een paar jaar verbeterde uitkomsten zullen zien. Voor som-

mige van die normen is bewijs, maar we hebben ook ons gezonde verstand gebruikt. Soms zijn dingen zo klip en klaar dat we zeggen: laten we het gewoon zo doen. Iedereen kan begrijpen dat de kans op fouten groter wordt als ergens verpleegkundigen werken die nooit chemotherapie geven en dan zo'n zakje aan moeten hangen. Daar hoeft je geen studie voor te doen. Dus zeggen we: op een oncologische afdeling moet de helft van de verpleegkundigen een oncologische aantekening hebben.'

#### Opleiding

Wouters: 'Met concentratie van zorg kunnen we kwaliteit winnen, maar er valt ook wat te verliezen. Het zal consequenties hebben voor

Gelderblom (l): 'De opleiding moet flexibeler worden qua locaties.'

Verheij (r): 'Concentratie van complexe oncologie is een logische beweging die al gaande is.'



#### Multidisciplinaire normering oncologische zorg

De Stichting Oncologische Samenwerking (SONCOS) stelde het document 'Multidisciplinaire normering oncologische zorg in Nederland' de afgelopen twee jaar op. Eind november hebben de betrokken beroepsverenigingen – de NVCO (oncologische chirurgen), NVRO (radiotherapeuten) en NVMO (internisten-oncologen) – de normen goedgekeurd. De mdl-artsen, longartsen en gynaecologen hebben input geleverd voor de normen. De urologen willen op dit moment nog niet deelnemen aan de SONCOS-normen, maar haken later aan.

In het document staan normen voor veel voorkomende tumorsoorten zoals borstkanker, colorectale tumoren, longkanker en melanoom. Ze bestrijken daarmee 80 procent van de oncologische zorg in Nederland. Met al langer bestaande normen voor hematologische maligniteiten en hoofd-halstumoren erbij, komt dat op ongeveer 95 procent. Voor hersentumoren komen er nog richtlijnen en voor de kinderoncologie is de verwachting dat deze zorg binnenkort in één of twee instellingen geconcentreerd zal zijn. De bedoeling is dat het document elk jaar wordt geactualiseerd en dat ook andere beroepsgroepen, zoals radiologen en pathologen, hierbij betrokken zullen worden. Er staan nog geen uitkomstmaten omschreven, maar deelname aan landelijke registratieprojecten is wel verplicht. Hierdoor zullen slechte resultaten indirect toch gevolgen hebben voor instellingen.



Van der Hoeven (l): 'Binnen een paar jaar zullen we verbeterde uitkomsten zien.'  
Wouters (r): 'Er gaat een patiëntenstroom op gang komen van het ene naar het andere ziekenhuis.'

de opleiding van medisch specialisten. Nu is het wel zo dat ook de opleidingen veranderen, dat aiossen al vroeger in het traject hun aandachtsgebied kiezen.'

Gelderblom: 'De aios zal vaak niet in één centrum alle benodigde kennis en ervaring kunnen opdoen. De opleiding moet dus flexibeler worden qua locaties.'

Van der Hoeven: 'Het zou kunnen dat artsen in sommige ziekenhuizen bepaalde kankertypes minder vaak zien. Als een groot streekziekenhuis met een drukke SEH geen maagkankeroperaties meer uitvoert, kan dat problemen opleveren. Want patiënten komen binnen met acute buikproblemen en bij een operatie kan dan onverwachts blijken dat ze maagkanker hebben. Je loopt het risico dat de nodige expertise er dan niet meer is. Als je die SEH open wilt houden, zullen daar regionaal heel goede afspraken over moeten worden gemaakt.'

Verheij: 'Het zorglandschap in Nederland verandert razendsnel en je ziet dat steeds meer ziekenhuizen al gaan samenwerken. Niet alleen vanwege de oncologie, maar ook om aan kwaliteitsnormen op andere gebieden te voldoen. Door die samenwerking worden netwerken gevormd waardoor expertise op peil blijft, en de patiënt op de goede plek terecht komt.'

Van der Hoeven: 'Maar het moge duidelijk zijn dat je zulke normen niet van het ene op het andere moment kunt invoeren, dan ontstaan er ongelukken. Dus we hebben voor onszelf en in gesprek met de inspectie, de zorgverzekeraars en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen afgesproken dat we een jaar hebben om dit te implementeren. Het is niet denkbeeldig dat

## Waarom doen de urologen nog niet mee?

'Wij zijn als urologen zelf bezig met het opstellen van kwaliteitsnormen', legt uroloog Paul Kil uit. 'Dat proces willen we eerst afmaken voor we ons aansluiten bij dit multidisciplinaire normeringsrapport van SONCOS.' De urologen zijn ook al langer bezig met kwaliteitsnormen, en hebben al een slag gemaakt bij de behandeling van blaaskanker en prostaatkanker. Dat heeft heel wat voeten in aarde gehad. Kil: 'Het heeft betekend dat een aantal urologen is gestopt met cystectomieën, of is gaan samenwerken met andere centra. Dat ligt gevoelig, en dat hele traject van zelf normen opstellen, voorleggen aan de leden en accorderen willen we ook voor andere oncologische behandelingen doorzetten.' Irriteert het dat er nu wel al normen liggen voor testis- en niercelcarcinoom, opgesteld door SONCOS? Zo ver wil Kil niet gaan. 'Maar het lijkt mij logischer als eerst alle betrokkenen op één lijn zitten voordat je zulke normen presenteert.'

zorgverzekeraars al eerder rekening gaan houden met de normen bij contractering. Dat er gevraagd wordt: hoe zijn jullie van plan hier volgend jaar aan te voldoen?'

## Verschuiving van budget

Wouters: 'Een voortvloeiende uit dit rapport is dat er een patiëntenstroom op gang komt van het ene naar het andere ziekenhuis. Dan moet dat andere ziekenhuis wel de mogelijkheid krijgen om die patiënten op te vangen. En dat betekent een verschuiving van budget. Een heel moeilijk punt, want de omzetgroei is begrensd op 2,5 procent. Hoe kun je dan nog meer patiënten behandelen?'

Van der Hoeven: 'Ik denk dat dit de belangrijkste bottleneck is volgend jaar.'

Verheij: 'Als er ergens meer dan 2,5 procent bij komt, moet het ergens anders vandaan komen.'

Wouters: 'Als beroepsverenigingen hebben wij nu het voortouw genomen om de kwaliteit van kankerzorg in Nederland te verhogen. Er zijn nu randvoorwaarden, hopelijk stellen alle betrokken partijen zich hierachter en worden deze veranderingen mogelijk. De uitkomstregistraties zullen uitwijzen hoe de kwaliteit in Nederlandse ziekenhuizen zal veranderen.'



Het concept-normeringsrapport van SONCOS en het KWF-rapport 'Kwaliteit van Kankerzorg in Nederland' evenals meer artikelen over dit onderwerp vindt u bij dit artikel op [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl).