

Openbare versie

Samenvatting rapportage

Toekomst oncologische zorg STZ ziekenhuis

Gebaseerd op de uitgebrachte rapportage door Leguijt Advies, dd. 26 augustus 2014

1. Inleiding

Met diverse ontwikkelingen als aanleiding verzochten het bestuur van het Oncologisch Centrum en Bestuur/management van het STZ ziekenhuis aandacht te geven aan de *ambities, positionering in* (= het directe verzorgingsgebied) *en buiten de regio* en de *organisatie* van het OC.

De belangrijkste aanleidingen hiertoe waren:

- Gesprekken over regionale professionele samenwerking en mogelijke fusie van voor de oncologie belangrijke vakgroepen vragen om nadere positiebepaling; het gaat om een voorgenomen fusie en meer of minder intensieve vormen van samenwerking met verschillende vakgroepen in andere ziekenhuizen die soms nog verkennend van aard zijn of zeer concreet.
- De afgelopen jaren is landelijk een versnelling opgetreden in het proces van spreiding en concentratie van zorg, vooral in de complexe, laagfrequente zorg; te voorzien is dat door de regierol van zorgverzekeraars deze versnelling zich zeker zal doorzetten. Zo is behoefte ontstaan het oncologisch profiel van het ziekenhuis scherper en realistisch vast te stellen, ook in het licht van publicaties over de noodzakelijke schaal van werken voor een integraal oncologisch centrum.
- Op basis van een eerdere beleidsnotitie is de afgelopen jaren een groot aantal multidisciplinaire poliklinieken of zorgpaden geïmplementeerd; de ervaringen daarbij vragen om nadere bezinning op het organisatiemodel van de oncologische zorg in relatie tot de organisatiestructuur van het ziekenhuis.
- Ten slotte is uit een (voorlopige) rapportage van IKNL geconcludeerd dat bij de oncologische activiteiten van veel specialismen groei zou zijn omgeslagen in teruglopende aantallen patiënten.

Opbouw van de rapportage

In deze rapportage besteden we eerst (§ 2) aandacht aan het *oncologisch profiel* aan de hand van kengetallen en schetsen vervolgens de marktpositie op het gebied van oncologische zorg (§ 3). In § 4 gaan we beknopt in op de landelijke ontwikkelingen rond kwaliteit en organisatie van oncologische zorg. Het zo opgebouwde beeld wordt in § 5 gedetailleerder ingevuld aan de hand van de gesprekken die met een negental specialismen hebben plaatsgevonden, onder andere op basis van de 1^e tussenrapportage. Waar alle zaken 'op tafel liggen' worden meteen conclusies getrokken op de twee hoofdpunten: profiel & positionering van de oncologische zorg en organisatie van de oncologische zorg. De laatste paragraaf (§ 6) vat de hoofdpunten nog kort samen.

2. Oncologisch profiel

In deze paragraaf schetsen we het palet aan oncologische zorg. We zetten onder andere de activiteiten, i.c. aantallen behandelde patiënten, de capaciteiten en de omzet van de oncologische zorg in perspectief door vergelijkingen te trekken met interne en externe referenties.

11,2% van alle patiënten die zijn behandeld ((dag-)opnamen) had een oncologische hoofddiagnose (cijfers 2012). Vergelijkbare cijfers over alle Nederlandse ziekenhuizen is niet bekend, wel is het gemiddeld aandeel oncologie *per specialisme* gerapporteerd; voor enkele specialismen is het aandeel patiënten met een oncologische diagnose opmerkelijk veel hoger dan het landelijk gemiddelde. Het gebruik van *ziekenhuiscapaciteiten* voor oncologische patiënten is berekend als percentage van de totale gebruikte *OK-tijd* en als percentage van de gebruikte *bedden (verpleegdagen)*.

Gebruik capaciteiten	Aandeel van totale OK-tijd	Aandeel van totaal bedden
<i>Oncologische zorg</i>	<i>12,0%</i>	<i>9,6%</i>

De percentages verschillen uiteraard sterk tussen de specialismen.

Een derde vergelijkingspunt is de *omzet* die gegenereerd wordt met oncologische zorg en het hiermee gemoeide *honorarium*.

% Omzet & honorarium	Aandeel van totale omzet	Aandeel van honorarium
<i>Oncologische zorg</i>	<i>15,0%</i>	<i>14,1%</i>

Ook hier verschillen de percentages sterk tussen de specialismen. Opmerkelijk is dat het aandeel in het honorarium voor oncologie overall lager is dan het aandeel in de omzet, dit met uitzondering van twee snijdende specialismen.

Het aandeel oncologie in FB-parameters tenslotte bedraagt voor opnamen: 6,6%; dagverpleging: 14,8%; 1^e polikliniekbezoeken: 6,5% en herhaalbezoeken: 8,7% (cijfers 2012).

Voorlopige conclusie: zorg voor mensen met kanker maakt - in welke maat ook uitgedrukt - een substantieel onderdeel uit van de totale patiëntenzorg van het ziekenhuis.

Hoe verhoudt het ziekenhuis zich ten opzichte van vergelijkbare centra: topklinische ziekenhuizen en UMC's?

Hierbij kijken we naar de *topklinische functies*: WBMV-vergunningen en daarmee vergelijkbare voorzieningen die oncologie-gerelateerd zijn.

Het ziekenhuis beschikt over een vergunning voor de functie *radiotherapie*. Dit geldt voor 8 (van de 28) STZ-ziekenhuizen, 8 (van de 9) UMC's+AvL en voor 6 zelfstandige centra.

Vier STZ-ziekenhuizen en alle UMC's+AvL, doen aan *hematopoietische stamceltransplantatie*. De omvang van de activiteiten van het ziekenhuis is kleiner dan die van de andere drie STZ-ziekenhuizen.

Bijzondere neurochirurgie is als WBMV-vergunning aanwezig in alle UMC's en in 5 STZ-ziekenhuizen (februari 2013), maar wordt uitgeoefend door in totaal 9 topklinische ziekenhuizen.

Samenvattend: het ziekenhuis beschikt over alle erkende topklinische functies die nodig zijn om oncologische zorg in de volle breedte uit te oefenen. Naast genoemde functies is nog het vermelden waard de *Intensive Care van level 3*.

Volumenormen oncologische behandelingen

In het afgelopen decennium zijn *volumenormen* in zwang geraakt voor onder andere complexe en risicovolle behandelingen. Vrijwel alle chirurgische ingrepen in de oncologie vallen onder dit regime dat nu voor het grootste deel samenhangend is beschreven in de SONCOS-normen.¹

Uit een inventarisatie van de gerapporteerde cijfers over 2012 en 2013 van STZ-ziekenhuizen (alleen cijfers over 2013 en 2010) en de acht UMC's + AvL én van (elf) regionale ziekenhuizen kunnen de volgende conclusies worden getrokken:

- In 2012 en 2013 wordt voldaan aan de volumenormen (borst-, colon-, long-, slokdarm-, pancreas- en blaaskanker) en in 2013 ook aan de norm voor maagkanker.^{2 3}
- In 2013 voldoen slechts drie STZ-ziekenhuizen aan alle volumenormen⁴; twee UMC's voldoen niet aan de minimumnorm voor de behandeling van maagkanker.
- De elf regionale ziekenhuizen voldoen alle aan de minimum volumenorm voor borstkanker en vrijwel alle aan die voor colonkanker.
- De andere chirurgische behandelingen zijn geconcentreerd in minder dan de helft van de regionale ziekenhuizen: longkanker (5), slokdarmkanker (3), maagkanker (3), pancreaskanker (2), alleen blaaskanker wordt meer gespreid behandeld (7 ziekenhuizen).

Conclusie: een sterke positie in de laagfrequente complexe oncologische zorg. Verdere concentratie en grotere aantallen zijn mogelijk, zeker bij strakkere volumenormen voor maag- resp. leverkanker.

Samenvatting profiel oncologische zorg

Oncologische zorg maakt een aanzienlijk deel uit van de patiëntenzorg van het ziekenhuis.

De voorzieningen en deskundigheid zijn in huis om de oncologische zorg in den brede uit te oefenen. Zowel in het hoogfrequente segment (borst-, colon-, long-, prostaat- en huidkanker), als in het laagfrequente segment behandelt men voldoende patiënten om de continuïteit van het zwaartepunt oncologie te waarborgen en deze door regionale samenwerking verder te kunnen uitbreiden. Daarbij lijkt algemeen te gelden dat binnen de vakgroepen die zich het meest met oncologische zorg bezighouden voldoende (sub)specialisatie van stafleden heeft plaatsgevonden om nieuwe ontwikkelingen te volgen en te implementeren.

¹ Stichting Oncologische Samenwerking; de huidige normen voor zover deze het karakter van een *volumenorm* hebben zijn in bijlage 3 samengevat (bijgewerkt tot mei 2014).

² Soncos-norm maagkanker: 20/jaar.

³ Dit geldt volgens een overzicht van ZN ook voor de volumenorm levertumoren (20/jaar), maar hierover zijn van andere ziekenhuizen geen cijfers bekend.

⁴ Gespecificeerd naar aandoening voldoen van de 28 STZ-ziekenhuizen aan de volumenorm: borst- (28), colon- (28), long- (26), slokdarm- (16), pancreas- (12), lever- (14) en blaaskanker (27). In 2010 lag het gemiddelde aantal voor slokdarm- (19) en pancreasresecties (18) bij STZ-ziekenhuizen die deze uitvoerden nog onder de volumenorm (20).

3. Marktpositie oncologische zorg

De passage hiervoor raakte al aan het onderwerp van de marktpositie op oncologisch gebied. We hebben hierover geen complete informatie doordat bijvoorbeeld cijfers over *uitstroom* van patiënten uit het verzorgingsgebied niet gesplitst kunnen worden in 'oncologisch'/'niet-oncologisch'. Dit geldt ook voor de adherentiecijfers. De wel beschikbare gegevens bieden wel enig houvast en staan daarom toch conclusies toe.

De *uitstroom* van patiënten naar UMC's bedraagt voor de meeste specialismen 2-5% voor 1^e polibezoeken 2-6% voor opname/dagbehandeling. Uitstroom naar andere ziekenhuizen is hoger, wat begrijpelijk is voor de randen van het verzorgingsgebied, maar komt niet boven 23% (1^e poli) en 24% ((dag)opnamen). Een deel van de uitstroom is trouwens goed te begrijpen als specialisten van het ziekenhuis in een ander regionaal ziekenhuis werken.

Een geschikte maat om te bepalen hoe de oncologische zorg van het ziekenhuis is geworteld in de regio, is het *marktaandeel voor behandeling van maligniteiten*, afgezet tegen het *overall marktaandeel* per gemeente in het verzorgings- en het buitengebied (cijfers 2012). Opvallend is dat de noordelijke rand van het buitengebied voor oncologische zorg duidelijker op het ziekenhuis is georiënteerd dan de zuidelijke zoom rond het verzorgingsgebied. Een verklaring kan zijn de aanwezigheid ten zuiden van het verzorgingsgebied van meerdere algemene ziekenhuizen, waaronder enkele STZ-ziekenhuizen.

Algemene cijfers over *instroom* zeggen mogelijk iets over de verwijzing voor gespecialiseerde of zelfs topreferente zorg. Specifiek over oncologie zijn cijfers beschikbaar van het aantal *behandelde patiënten* uit gemeenten buiten het verzorgingsgebied, een top-11 van gemeenten van herkomst. De groei is onmiskenbaar. Wat opvalt, is dat de meeste van deze gemeenten beschikken over een ziekenhuis en dat de groei zich ook voordoet in gemeenten met een topklinisch ziekenhuis.

Een andere maat dan *marktaandeel* is nog het aantal adherente inwoners. De *adherentie* (in en buiten het gedefinieerde verzorgingsgebied⁵) bedraagt in 2012: 362.126 (polikliniek), 395.235 (kliniek), respectievelijk 377.309 (kliniek + dagverpleging).⁶ Adherentie laat zich echter niet uitsplitsen in *oncologisch* en *niet-oncologisch*.

Discussie

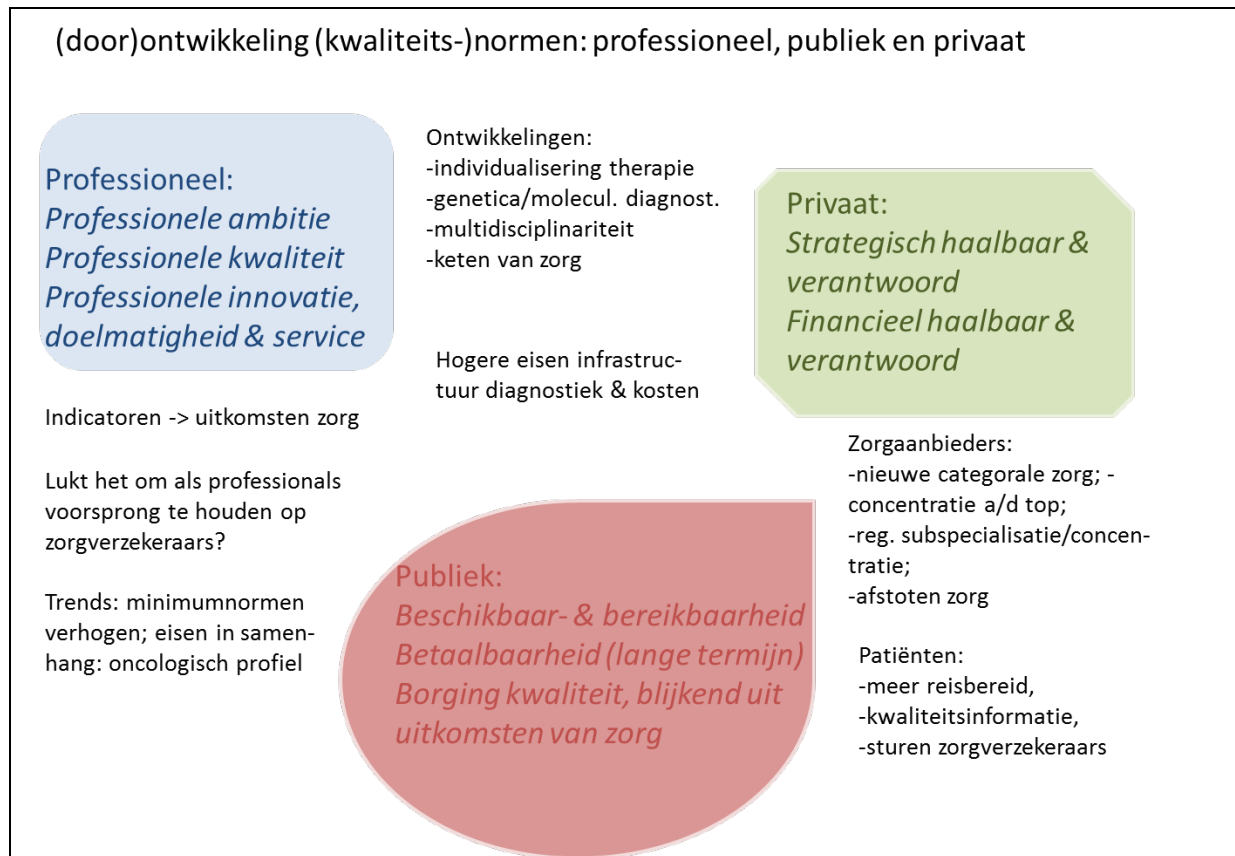
Cijfers over in- en uitstroom, marktaandelen en adherentie zeggen niet alles. Bijvoorbeeld een patiënt uit het buitengebied wordt daar gezien in een ziekenhuis, per videoconferentie wordt in het multidisciplinair oncologisch beraad de diagnose borstkanker gesteld, het behandelplan wordt in het andere ziekenhuis uitgevoerd (door een chirurg uit het STZ ziekenhuis), en toch zal de patiënt te boek blijven staan als patiënt van het andere ziekenhuis, zelfs als deze bijvoorbeeld aanvullend radiotherapeutisch en chemotherapeutisch in het STZ ziekenhuis wordt behandeld. Belangrijker dus dan de cijfers is het daar achter schuil gaande patroon van afspraken over verwijzing en samenwerking dat overeengekomen wordt met specialisten en ziekenhuizen in de regio. Hiervoor zagen we al dat er zeker mogelijkheden zijn vanuit het behandelaanbod de samenwerking met de omliggende ziekenhuizen te intensiveren.

⁵ Ter vergelijking: het aantal inwoners in het verzorgingsgebied bedraagt in 2012 367.100 en in het buitengebied 360.905.

⁶ Enkele specialismen hebben een veel grotere adherentie, bijvoorbeeld cardiothoracale chirurgie, neurochirurgie, maag-, darm- en leverziekten en plastische chirurgie.

4. Ontwikkelingen in kwaliteit en organisatie van oncologische zorg

Thema's die betrekking hebben op kwaliteit en organisatie van oncologische zorg zijn hieronder schematisch samengevat rond de polen 'professioneel', 'publiek' en 'privaat'.⁷



Als illustratie hoe de drie dimensies op elkaar inwerken, het voorbeeld van *slokdarmkanker*.

Op grond van verschillen in sterfte en bevindingen bij doorverwezen patiënten, is op initiatief van *professionals* een registratie opgezet van aantallen slokdarmresecties per ziekenhuis. Meteen in 2003 is dit een prestatie indicator geworden van de IGZ, als *publieke* instantie. Mede hierdoor is discussie ontstaan in een groot aantal ziekenhuizen of deze - risicovolle - ingreep daar verantwoord kon worden uitgevoerd. De NVVH, de wetenschappelijke vereniging voor Heelkunde, heeft op grond van literatuur een voorlopige minimumnorm vastgesteld, later door SONCOS overgenomen (zie bijlage 1) die enkele jaren achtereen is gemonitord door de IGZ. Tevens is de landelijke registratie opgezet van patiënten die voor slokdarmkanker behandeld worden (DUCA: Dutch Upper GI Cancer Audit, onderdeel van DICA: Dutch Institute for Clinical Auditing). Deze registratie geeft inzicht in de organisatie en uitkomsten van zorg van de deelnemende ziekenhuizen + spiegelinformatie.

Zorgverzekeraars als *private* partij maken gebruik van openbare informatie (prestatie indicatoren) en zijn in gesprek met professionals over het gebruik van kwaliteitsregistraties voor hun beleid m.b.t. inkoop van zorg.

⁷ In zijn proefschrift 'Governance & Gezondheidszorg; Private, publieke en professionele invloeden op zorgaanbieders in Nederland', Rotterdam, februari 2007, beschrijft Hans Hoek ontwikkelingen in de governance van de Nederlandse gezondheidszorg met gebruikmaking van deze drie 'dimensies'. In dit conceptueel model is ten opzichte van het bekende model van Jane Jacobs de dimensie 'professionaliteit' toegevoegd, wat maakt dat het een nuttig middel is om verschillende ontwikkelingen plaatsen tussen de drie polen.

Het grootste deel van de oncologische zorg is multidisciplinair van aard en vereist samenwerking door de geleidingen van de curatieve zorg heen: van eerste tot en met derde of soms vierde lijn (toppreferentie). Uitbreiding van het diagnostische en therapeutische arsenaal maakt de complexiteit groter. Door nieuwe *evidence* worden richtlijnen continu aangepast en dit leidt tot verdere specialisatie. Het bekostigingsstelsel is nog maar beperkt toegesneden op zorgverlening waarbij veel overleg aan de orde is en waarbij begeleiden en niet altijd behandelen in bepaalde gevallen de beste optie is. En preventie speelt in de bekostiging nog nauwelijks een rol.

Patiënten en hun verwijzers hebben meer mogelijkheden gekregen zich aan de hand van allerlei informatie te oriënteren en te bepalen waar zij zich willen laten onderzoeken en behandelen. Daarbij is de bereidheid verder van huis een zorgverlener te raadplegen toegenomen. Onder deze impuls is de laatste jaren meer aandacht gekomen voor het *integrale karakter* van de zorg: van diagnostiek tot nazorg én de organisatie van de zorgketen. In een gezamenlijk document⁸ van patiëntenorganisaties en koepels van zorgaanbieders wordt, geïnspireerd door al bestaande Managed Clinical Networks, gepleit voor grotere samenhang in de vorm van (regionale) oncologische netwerken. Dit betekent dat ziekenhuizen hun plaats duidelijk moeten maken op het continuüm tussen het bieden van slechts eenvoudige oncologische diagnostiek en nazorg enerzijds en een (vrijwel) integraal pakket van gespecialiseerde, bovenregionale oncologische zorg anderzijds.

Kwaliteitseisen zijn het laatste decennium voor de onderscheiden disciplines uitgedrukt in (minimum)volumenormen en het monitoren van (indicatoren voor) uitkomsten van zorg is intussen in vrijwel alle vormen van (oncologische) zorg staande praktijk. Hoewel het beeld nog niet helemaal duidelijk is, lijken zich de volgende trends af te tekenen:

- Minimum volumenormen zullen grotendeels meerdere jaren overeind blijven; overtuigende evidence dat deze (hoger) moeten worden gesteld zal waarschijnlijk niet beschikbaar komen
- Echter op grond van signalen zullen bij bepaalde aandoeningen de kwaliteitsnormen nog worden aangepast; bijv. de voorwaarde: maagresecties slechts in centra waar slokdarmresecties worden uitgevoerd⁹
- Het belang van de registratie van indicatoren van zorg en het op geleide daarvan doorvoeren van verbeteringen neemt toe. Door de transparantie en dataverstrekking zal dit in sterkere mate het inkoopbeleid van zorgverzekeraars beïnvloeden.

Zorgverzekeraars zijn in hun selectieve zorginkoop, naast de volume-normen, geïnteresseerd in het verminderen van praktijkvariatie in diagnosestelling en behandeling, maar zien ook het belang in van samenhang en integratie in een beperkter aantal gespecialiseerde oncologische centra.¹⁰

Welke conclusies uit deze ontwikkelingen moeten worden getrokken voor het *oncologisch profiel* van het ziekenhuis en voor de *regionale én de interne organisatie* van de oncologische zorg komt aan de orde in de nu volgende paragrafen.

⁸ 'Kankerzorg maakt zich op voor de toekomst; op weg naar een veldagenda voor een toekomstbestendig zorglandschap', oktober 2013.

⁹ Opvallend is dat relatief veel ziekenhuizen, ook enkele UMC's niet voldoen aan de volumenorm voor maagcarcinoom (20 resectie/jaar); ook over leverchirurgie lijkt de discussie nog gaande, zij het dat hiervoor tot nu toe geen prestatie indicatoren waren bijgehouden en de registratie door de DHBA, Dutch HepatoBiliary Audit, nog maar kort geleden is gestart.

¹⁰ Vergelijk bijvoorbeeld CZ, Inkoopdocument medisch specialistische zorg 2015, Tilburg, april 2014.

5. Inzichten van oncologische specialismen over kernthema's

Het eerste deel van deze rapportage is als tussenrapportage gepresenteerd aan het bestuur van de OC op 16 juni jl. Daarbij is een zestal thema's geformuleerd, die zowel richtinggevend zijn voor de te trekken conclusies, alsook de agenda vormen voor gesprekken met de meest bij oncologische zorg betrokken specialismen.

Thema's om nader de gedachten over te vormen

1. Vaststellen huidige *oncologische profiel*. Voorstel: [a] top-5 behandelingen uitvoeren [b] gerichte keuze uit middensegment: zelf doen of verwijzen [c] verwijzen topreferente zorg. *Komt dit overeen met de professionele ambities en de mogelijkheden?*
2. Bepalen van voorwaarden en capaciteiten voor continuïteit als allround oncologisch centrum; denk aan: samenhang en samenwerking, organisatie OC, klinische capaciteiten, relaties met medische ondersteuning
3. Relatie omliggende algemene ziekenhuizen inrichten zodat oncologisch profiel wordt versterkt; welke ruilelementen zijn denkbaar?
4. Overwegen netwerkvorming met STZ ziekenhuizen in de ruimere regio (ca. 2 miljoen inwoners)
5. Waar nodig completeren netwerk met referentiecentra - wat zijn de wensen hierin?
6. Radicale alternatieven?

De gesprekken leveren zowel een bevestiging, als een nuancering op van de voorlopige conclusies.

Ten eerste zijn er duidelijke verschillen tussen specialismen in de mate waarin nu regionaal wordt samengewerkt in diagnostiek, bepalen van klinisch beleid, behandeling en controle/nazorg.

Opmerkelijk is ten tweede dat de dynamiek anders is bij specialismen waar concentratie en minimum volumina een grote rol spelen dan bij specialismen waar veelvuldig contact met patiënten juist vraagt om spreiding en zorg dichtbij huis.

Een derde punt dat opvalt, is dat sommige specialismen voor keuzes die binnen de vakgroep gemaakt moeten worden meer dan andere belang hebben bij heldere beleidsbepaling over de positionering van de oncologische zorg en de regionale samenwerking die daartoe nodig is.

We behandelen nu de resultaten van de gesprekken in de volgorde van de thema's.

1. *Vaststellen huidige oncologische profiel. Voorstel: [a] top-5 behandelingen uitvoeren [b] gerichte keuze uit middensegment: zelf doen of verwijzen [c] verwijzen topreferente zorg. Komt dit overeen met de professionele ambities en de mogelijkheden?*

Naar aanleiding van deze vraag is in meerdere gesprekken aan de orde gekomen *wat precies moet worden verstaan onder een '(boven)regionaal oncologisch centrum'* en is aandacht gevraagd voor het *integrale karakter* dat de naam 'centrum' suggereert.

Centralisatie ('centrumvorming') van oncologische zorg verloopt volgens verschillende patronen en in uiteenlopend tempo:

- Voor *hoofd hals kanker* is al vroeg begonnen met centralisatie in HHOC's, alle verbonden aan UMC's / AvL. Dit levert een landelijke dekking op voor behandeling van een breed scala aandoeningen met in totaal een beperkte incidentie (3.517 nieuwe gevallen in 2013).
- Landelijke centralisatie van *kinderkanker* (incidentie: 5 à 600 per jaar) wordt nu doorgevoerd in Utrecht.

- In de *urologie, orthopedie* en de *chirurgie* zijn al lang geleden afspraken gemaakt over centralisatie en verwijzing voor weinig voorkomende vormen van kanker¹¹ en wordt voor andere aandoeningen verwijzing naar een referentiecentrum voorgeschreven.

In deze gevallen is het niet uitvoeren van dergelijke behandeling niet te zien als een inbreuk op het integrale karakter van het oncologisch centrum.

Het wordt als anders ervaren bij bijvoorbeeld de volgende typen aandoeningen:

- *Gynaecologische oncologie* kent al langer een hechte structuur van bovenregionale *managed clinical networks (MCN)*, waarin protocollaire afspraken over diagnostiek en behandeling worden gemonitord en ingrepen zijn gecentraliseerd in enkele centra. De incidentie van deze aandoeningen onder Nederlandse vrouwen is 5.000 per jaar.
- *Neurochirurgische* behandeling van intracranieële tumoren mag op grond van de WBMV alleen in centra voor bijzondere neurochirurgie; het ziekenhuis heeft een vergunning en de adherentiecijfers duiden op regionale oriëntatie van de omliggende ziekenhuizen.¹² Er gelden nu kwaliteitsindicatoren voor vier typen bijzondere neurochirurgie, waaronder hypofysetumoren en gliomen, die door de gestelde volumennormen mogelijk zullen leiden tot verdere concentratie.¹³
- Multidisciplinair zijn specifieke eisen gesteld voor de behandeling van *melanomen* in gespecialiseerde melanoomcentra + vijf erkende partnerziekenhuizen waar dit ziekenhuis en één van is.
- Tenslotte is er de grote groep chirurgische behandelingen van hoogfrequente aandoeningen (prostaatkanker, coloncarcinoom) en van minder/laag frequent voorkomende kankersoorten (overige G.I. carcinomen, blaas- en nierkanker). Hierbij is het belangrijk om - in continuïteit - te kunnen voldoen aan volumennormen én aan andere kwaliteitseisen. Momenteel biedt het ziekenhuis in beginsel al deze behandelingen aan. Het is mogelijk dat goed gemotiveerd (kwaliteitsindicatoren of andere evidence) verdere concentratie in een klein aantal *expertisecentra* noodzakelijk wordt.¹⁴ Zou langs deze weg een bepaald type behandeling eventueel vervallen dan hoeft dit geen inbreuk te zijn op het integrale karakter van het oncologisch centrum, mits het pakket in de breedte voldoende groot blijft.

De gesprekken geven wat betreft het *oncologisch palet* de volgende conclusies in:

- a. Omwille van innovatie, het leren van elkaar, het kunnen onderhouden van de ver doorgevoerde subspecialisatie bij de oncologische zorg betrokken specialisten en andere medewerkers, het effectief gebruik van de diversiteit aan diagnostische en therapeutische mogelijkheden en vanwege de noodzaak multidisciplinair professionele afwegingen te maken, is het belangrijk dat het OC werkzaam is voor een voldoende grote en voldoende geschakeerde patiëntenpopulatie.
- b. Met dit laatste wordt bedoeld: patiënten met alle hoogfrequente typen kanker (borst-, long-, huid-, en prostaat- en colonkanker) én ruime groepen patiënten met hematologische, gynaecologische, urologische, neurologische en overige gastro-intestinale tumoren.

¹¹ Zoals maligne bottumoren (in 4 UMC's), neuro-endocrine tumoren, testis- en peniscarcinoom.

¹² Poliklinische adherentie (2012): 709.075. Adherentie kliniek: 922.224.

¹³ Concentratie van hypofysetumoren in 3 à 4 centra wordt wenselijk geacht. Voor gliomen is de norm: 50 ingrepen per jaar, registratie in de QRNS database suggereert dat ongeveer de helft van de algemene ziekenhuizen en ook enkele UMC's deze norm niet halen.

¹⁴ In dit verband is, mede omdat veel ziekenhuizen de norm voor maagkanker niet halen, geopperd deze behandeling alleen toe te staan in een centrum dat slokdarmresecties uitvoert. Ook rond de behandeling van leverkanker gaan mogelijk zaken veranderen - hier speelt mee dat nog slechts recent landelijke registratie van aantallen behandelingen is gestart.

- c. Dit houdt in dat voor specifieke, weinig voorkomende diagnoses of behandelingen de landelijke of bovenregionale afspraken worden gevolgd.
- d. Voor alle minder frequent voorkomende typen tumoren maakt de OC een afweging of hiervoor een *geïntegreerd zorgprogramma* wordt opgezet aan de hand van de volgende criteria/vragen:
 - (i) wordt in deze zorg voorzien door expertisecentra die bereikbaar zijn vanuit de regio?
 - (ii) Is nu expertise bij alle betrokken disciplines voldoende aanwezig en wat kost het deze te onderhouden?
 - (iii) betreft het - potentieel - een voldoende grote patiëntengroep om expertise op te bouwen en in stand te houden?
 - (iv) ligt samenwerking met een UMC of een ander STZ-ziekenhuis voor de hand en waar zou dan logischerwijs het primaat moeten liggen?
 - (v) is investering in een dergelijk programma verstandig in het licht van te voorziene externe eisen of veranderende professionele inzichten?
 Deze 'ijkpunten' zijn bruikbaar bij nieuwe ontwikkelingen. Ze kunnen ook worden gehanteerd om lopende zorgprogramma's als het ware door te lichten. In de gesprekken zijn enige knelpunten gesignaleerd waardoor een initiatief tot een bredere doorlichting nuttig lijkt.
- e. Een nieuw element waarmee het OC zich kan onderscheiden is gerichte aandacht voor *preventie*.

2. *Bepalen van voorwaarden en capaciteiten voor continuïteit als allround oncologisch centrum; denk aan: samenhang en samenwerking, organisatie OC, klinische capaciteiten, relaties met medische ondersteuning*

Dit thema valt eigenlijk in drie delen uiteen:

- (gebruik van) (poli-)klinische capaciteiten: spreekuur- en onderzoekruimten, Ok's en bedden
- Integratie medische ondersteuning in multidisciplinaire programma's en
- De interne organisatie van het OC en de profilering naar buiten.

Voor multidisciplinaire poli's wordt gezamenlijk gebruik gemaakt van *capaciteiten*. De maatschap structuur met daarmee verbonden aparte secretariaten kan hiervoor praktisch worden benut, maar wordt ook wel als belemmerend ervaren. Het dedicated karakter van een oncologische themapoli gaat wat verloren als i.v.m. de efficiency van de praktijkvoering van andere specialismen ook andere typen patiënten tussendoor worden gezien. Een speciaal secretariaat voor meerdere oncologische poliklinieken blijft het doel. Dit kan beter gerealiseerd worden op een gunstiger *schaal* (zie hierna) en als door de herinrichting van de verhoudingen ('2015') de *relatie maatschap-secretariaat* meer naar het niveau van de stafmaatschap wordt verlegd.

Op andere punten met betrekking tot de *capaciteiten* zijn de volgende suggesties gedaan:

- Oormerken van de *OK-tijd* voor oncologische ingrepen, zodat in afstemming tussen de specialismen optimaal gebruik gemaakt kan worden van de beschikbare tijd
- Geleidelijk doorvoeren van ruimtelijke *clustering* van *bedden*capaciteit voor oncologische patiëntenzorg van verschillende specialismen dat voordelen biedt voor patiënten en de communicatie en afstemming tussen behandelaren en consulenten ten goede zal komen.

Over de integratie van de *medische ondersteunende disciplines* in de multidisciplinaire zorg zijn twee aandachtspunten naar voren gebracht:

- De patiënten logistieke dynamiek van onderzoeksafdelingen is een andere dan die van poortspecialismen; concentratie op één dagdeel van een groep patiënten die dezelfde onderzoeken krijgen vraagt goede afstemming en stelt eisen aan: de interne organisatie van en taakverdeling binnen de medisch ondersteunende disciplines én doet een groot beroep op een klantgerichte opstelling en het vermogen tot troubleshooting van alle partijen.
- Vergaande subspecialisatie in poortspecialismen vormt een voortdurende uitdaging voor medisch ondersteunende disciplines, maar ook voor verpleging en paramedici. Subspecialisatie moet bovendien in balans blijven met meer algemene taken in patiëntenzorg, opleiding en onderwijs en met efficiënte praktijkvoering. Hoog gespecialiseerde expertise is minder waard als deze niet in continuïteit, dus door meerdere professionals kan worden geleverd. Daarom is aandacht gevraagd voor (dreigende) kwetsbaarheden in de staven van klinische pathologie en (interventie)radiologie.

Met betrekking tot de *organisatorische* kanten van het OC gingen gesprekken meer over het beschrijven en proberen te analyseren van de knelpunten dan dat echt nieuwe oplossingen zijn bedacht. De ervaringen met de organisatie van multidisciplinaire poli's zijn hiervoor al behandeld. Externe oriëntatie bevestigt het beeld dat het altijd lastig is een organisatiemodel te ontwerpen dat haaks staat op de functionele specialisme-gewijze structuur met RVE'en. Ervaringen met matrix organisaties in ziekenhuizen stemmen niet optimistisch. Verschillende factoren bepalen of de ontwikkeling naar een duidelijk herkenbaar oncologisch centrum succesvol zal kunnen verlopen:

- De erkenning door Bestuur en medische staf van het OC als een zwaartepunt met een zekere zelfstandigheid in het intern en extern functioneren
- De herinrichting van de *governance*: gelijkgerichtheid, samenwerkingsmodel of participatie ('2015'), kan gunstig uitwerken en nieuwe verbanden tussen RVE'en kunnen faciliteren. Het is wenselijk als het OC in de gelegenheid wordt gesteld de experimenteerruimte in te vullen.
- Het slagen van de belangrijkste 'doorbraken' (zie hierna)
- En op geleide van deze successen nieuwe door het bestuur van het OC geïnitieerde, breed opgepakte initiatieven om de samenhang en de uitstraling van het OC te versterken.

3. *Relatie omliggende algemene ziekenhuizen inrichten zodat oncologisch profiel wordt versterkt; welke ruilelementen zijn denkbaar?*

4. *Overwegen netwerkvorming met STZ ziekenhuizen in de ruimere regio*

5. *Waar nodig completeren netwerk met referentiecentra - wat zijn de wensen hierin?*

De eerste doelstelling wordt algemeen gedeeld en wordt voor bepaalde specialismen al deels gerealiseerd, maar er is een sterk gevoelde behoefte om plannen waarover globaal overeenstemming is, nu daadwerkelijk te realiseren. Het idee bestaat dat in de huidige situatie vanuit het ziekenhuis wel veel wordt geïnvesteerd in de professionele samenwerking en dat dit de patiëntenzorg zeker ten goede komt, vooral in de gelieerde ziekenhuizen, maar dat dit voor de eigen medische staf en ziekenhuis nog te weinig oplevert. Er is kortom behoefte aan *doorbraken* op enkele punten, waarbij men zich realiseert dat dit dan ook extra opdrachten voor het bestuur van het OC oplevert.

Op de volgende punten lijken *doorbraken* op korte termijn realiseerbaar:

1. Volledige integratie van de teams voor borstkanker in het kader van de ziekenhuisfusie: integratie artsen, verpleegkundigen, één protocol. Diagnostiek en nazorg op beide locaties, herverdeling van de ingrepen over de twee locaties, minder volume in het centrum.
2. Langs dezelfde lijnen voorbereiden van integratie van de zorg voor dikke darmkanker, zij het dat het zwaartepunt van de operatieve behandeling hiervoor in het STZ ziekenhuis zal komen liggen.
3. Evalueren wat deze twee bewegingen betekenen voor de betrokken vakgroepen, mogelijk moet dit leiden tot herverdeling van andere taken binnen of tussen de vakgroepen en integratie/fusie. Dit moet leiden tot afspraken over verwijzen van laagfrequente complexe zorg naar het centrum.
4. Doorzetten van in principe al gemaakte afspraken met één van de regioziekenhuizen, waarbij het STZ ziekenhuis verantwoordelijk wordt voor de zorg voor patiënten met borst- en colonkanker; hierbij moet voor de toekomst een keuze gemaakt worden tussen integratie van een of meer oncologisch chirurgen in de teams van het fusieziekenhuis of het afstoten of sterk terugbrengen van de bemoeienis van de chirurgen in het perifere ziekenhuis met deze patiëntengroepen. 'Ruilelementen' zullen buiten de sfeer van de oncologische zorg liggen, daarom lijkt het verstandig dat de RvB'en hierover direct zaken doen.
5. De modellen 'professionele integratie' (1 t/m 3) of datzelfde of volledig overhevelen verantwoordelijkheid voor specifieke patiëntenzorg (4) nader invullen in een overeenkomst tot samenwerking met een derde regionaal ziekenhuis. Onderwerp is ook meer verwijzing van laagfrequente complexe zorg naar het centrum.
6. Als door de opstelling van de RvB van een vierde regionaal ziekenhuis integrale samenwerking niet mogelijk blijkt, kan op specialisameniveau nog wel worden verkend of op deelgebieden, bijvoorbeeld complexe, weinig voorkomende chirurgische en urologische behandelingen samenwerking in de rede ligt. Als dit gebeurt in een reëel perspectief van ruimere samenwerking buiten de regio (punt 8), zal het enthousiasme hiervoor misschien toenemen.
7. Als de capaciteit van radiotherapie een bottleneck gaat vormen om bovenstaande punten te realiseren en daardoor uitstroom dreigt, zijn verschillende oplossingen mogelijk. Uitbreiding van de capaciteit zal op weinig medewerking van zorgverzekeraars kunnen rekenen zolang landelijk de capaciteit nog niet volledig benut wordt. Een alternatief is samenwerkingsafspraken te maken met twee andere instituten. Als een van deze inderdaad geen volledige benutting van zijn capaciteit heeft, zal het zeker in hun belang zijn dat het ziekenhuis zijn patiënten uit het zuiden van zijn verzorgings-/buitengebied verwijst. Hier moet wel een basis onder worden gelegd van professionele afspraken.
8. Is in het algemeen het verzorgingsgebied + buitengebied waarop het focus zich richt, op geleide van de ontwikkeling in de volumennormen kan de scope anders komen te liggen. Als er goede professionele samenwerking mogelijk is met vakgenoten in vooral de STZ-ziekenhuizen in de ruimere regio (ca. 2 miljoen inwoners), dan versterkt dit de positie van het OC en zal dit de verwijzing vanuit algemene ziekenhuizen van laagfrequente complexe zorg bevorderen. Dit zal resulteren in meerdere, concentrische cirkels met in het midden het basale oncologische verzorgingsgebied en daaromheen verschillende samenwerkingsverbanden.
9. Wat betreft de relaties met de referentiecentra op diverse gebieden is geen doorbraak nodig, maar de ontwikkelingen in bijvoorbeeld UMC's kunnen leiden tot het verleggen van de relaties.

6. Radicale alternatieven?

Als er op voorhand veel overeenstemming bestaat over de richting, kan het zijn dat in het denken over de toekomst van het oncologisch centrum een *tunnelvisie* gaat overheersen. Alternatieven worden dan over het hoofd gezien of bij voorbaat buiten beschouwing gelaten. Daarom zijn bij enkele gelegenheden sterk afwijkende scenario's ter sprake gebracht, die overigens in heel verschillende richtingen wijzen. We bespreken ze kort.

Volledig 'outsourcen' van de oncologie en AvL uitnodigen deze zorg over te nemen

Als positief in dit scenario wordt gezien het *sterke merk* dat AvL is, de mogelijkheden voor *innovatie* en *onderzoek* en de door het AvL opgebouwde ervaring met het organiseren op *grotere schaal* van uitsluitend oncologische zorg.

In dit laatste zit ook het belangrijkste bezwaar besloten: het ziekenhuis richt zich zowel op oncologische- als op niet-oncologische zorg en de infrastructuur van het ziekenhuis met al zijn (sub)specialismen en verschillende disciplines staat voor alle typen patiënten te beschikking en patiënten maken hier zonder onderscheid ook gebruik van. Dit is in het AvL-model niet vol te houden. In de relatie met een algemeen ziekenhuis zal sprake zijn van het domineren van de algemene ziekenhuisfuncties, dan wel van het weinig efficiënt dupliceren van alle niet-oncologische functies ten behoeve van de oncologische praktijk.

Het lijkt daarom beter zelfstandig te werken om het OC verder te vestigen als betrouwbaar en innovatief kwaliteitsmerk.

Krachtig beperken van de oncologische functie door het afstoten van ofwel veel voorkomende zorg of juist van laagfrequente complexe behandelingen

De achtergrond bij de redenering is dat het ziekenhuis door de grote afstand tot andere grote centra, in betrekkelijk isolement, een veelheid aan functies is gaan ontwikkelen zonder daarbij scherpe keuzes te maken. Die keuzes zouden nu wel aan de orde zijn en kunnen dan bij oncologie nog twee kanten uitvallen:

- Alle omliggende ziekenhuizen bieden hoogfrequente kankerzorg, het ziekenhuis is daarvoor niet nodig
- Bij laagfrequente complexe zorg gaat het spel de komende tijd alleen maar om de aantallen, er zijn waarschijnlijk genoeg ziekenhuizen die de zorg willen overnemen.

Hier zijn veel bezwaren tegen in te brengen: vanwege de geïsoleerde ligging moet het ziekenhuis juist zoveel mogelijk functies bieden, als topklinisch centrumziekenhuis vervult het een referentiefunctie op vele gebieden voor de omliggende ziekenhuizen waarop inbreuk zou worden gedaan, afstoten van gespecialiseerde functies staat gelijk aan kapitaalvernietiging, door amputatie van een belangrijk onderdeel van de zorg verliest het ziekenhuis aan aantrekkelijkheid voor specialisten en voor opleiding en onderwijs én er lijkt ook geen noodzaak te zijn zorg af te stoten, bijvoorbeeld om ruimte te maken voor (andere) zwaartepunten(?).

De conclusie is dat in beide richtingen de bezwaren de voordelen overtreffen. Hier moet overigens niet de conclusie uit getrokken worden dat de status quo een bevredigende situatie voor de toekomst zou zijn.

6. Samenvatting conclusies profiel & positionering en organisatie van de oncologische zorg

Voor het gemak van de bespreking van deze rapportage zetten we de hiervoor getrokken conclusies nog eens (verkort) op een rij en voegen voor de discussie nog een paar punten toe.

1. Samenvatting profiel oncologische zorg: oncologische zorg maakt een aanzienlijk deel uit van de patiëntenzorg. De voorzieningen en deskundigheid zijn in huis om deze zorg in den brede uit te oefenen. De hoogfrequente én laagfrequente segmenten zijn voldoende groot voor de continuïteit van het zwaartepunt oncologie en door regionale samenwerking is uitbreiding haalbaar. De vakgroepen die veel oncologische zorg uitvoeren kennen voldoende (sub)specialisatie om nieuwe ontwikkelingen te volgen en te implementeren.
2. Er zijn aanwijzingen dat de marktpositie in de oncologische zorg de afgelopen jaren is versterkt: instroom, oriëntatie op het ziekenhuis in noordelijk deel van de regio, aan de andere kant blijkt uit de cijfers nog niet dat de inspanningen tot samenwerking met andere ziekenhuizen leiden tot meer verwijzingen. De onduidelijke status van de relaties door veel nog niet afgeronde of niet ingevulde samenwerkingskaders lijken hiervan de belangrijkste oorzaak.
3. Kwaliteitsindicatoren en volumennormen zullen de komende jaren de discussie domineren.
4. Een integraal bovenregionaal oncologisch centrum kenmerkt zich kort gezegd door: een breed palet aan specialistische behandelingen voor patiënten met alle hoogfrequente typen kanker (borst-, long-, huid-, en prostaat- en colonkanker) én ruime groepen patiënten met hematologische, gynaecologische, urologische, neurologische en overige gastro-intestinale tumoren, waarbij voor specifieke, weinig voorkomende diagnoses of behandelingen landelijke of bovenregionale afspraken worden gevolgd.
5. Dit oncologisch profiel wordt periodiek en in ieder geval bij nieuwe ontwikkelingen geëvalueerd aan de hand van een vijftal criteria of ijkpunten.
6. Om een grotere samenhang in het OC te bevorderen worden, in het licht van de 2015-problematiek ('gelijkgerichtheid'), de mogelijkheden onderzocht voor oormerken van OK-tijd, clustering van bedden capaciteit voor oncologische patiëntenzorg en verdere profilering van oncologische multidisciplinaire thema-poli's.
7. Op basis van een breed gedragen erkenning van het OC als zwaartepunt wordt in de herinrichting van de governance onderzocht hoe het OC de ruimte krijgt om zich meer als zelfstandig centrum te profileren. Het bestuur van het OC neemt nieuwe initiatieven om de samenhang en de uitstraling van het OC intern en extern te versterken.
8. De integratie van de medisch ondersteunende disciplines in het OC kent twee uitdagingen: het beter afstemmen van de patiënten logistieke aspecten en het waarborgen dat subspecialisatie en continuïteit tussen poortspecialismen en medisch ondersteunende disciplines met elkaar in evenwicht komen en blijven.
9. Voor de relatie met de omliggende ziekenhuizen is een pakket van na te streven doorbraken geformuleerd, waarvan het slagen een krachtige impuls zal geven aan een positief beeld van het OC.
10. Radicale alternatieven zijn verkend, maar de nadelen hiervan zijn veel groter dan mogelijke voordelen. Daarom wordt aanbevolen in te zetten op de lijn van de voorgaande punten 1 t/m 9.

Volumenormen SONCOS		Bijlage 1
Orgaan/kankersoort	Minimum aantal/jaar (gem. 3 jaar)	Opmerkingen/aanvullende eisen
Mammacarcinoom	50	
Colorectaal carcinoom	50	indien rectumCa: ten minste 20/jaar
Levertumoren	20	
Peritoneale metastasering	20	HIPEC benadelingen
Oesofaguscarcinoom	20	
Maagcarcinoom	20	niet frequente ingrepen (colon-interposities) concentreren in centra
Pancreas/galwegcarcinoom	20	infrequente ingrepen (hilustumor) concentreren
Neuroendocriene tumoren	20	waarvan ten minste 10 systemische therapie
Schildklier carcinoom	20	+ 10 klierdissecties; extra eisen level-2, bijv. niet hoger dan stadium T2NO
Overige endocriene tumoren	10	I-131 therapie; ov. Therapie gemetastaseerd schildklierCa in gespec. centrum
Weke delentumor	10	bij schildklier carcinoom t.m. 20
Maligne bottumoren	20	systemische behandeling i.o.m. referentiecentrum
Prostaatcarcinoom	20	uitsluitend in (4) referentiecentra primaire bottumoren
Niercelcarcinoom	10	+ t.m. 10 pat'n systemische behandeling; specifieke patiënten i.o.m. centrum
Testiscarcinoom		
- klinisch stadium I	5	
- gemetastaseerd goede prognose	10	
- intermediaire/slechte prognose		-> ref.centrum, idem zenuwsparende, retroperitoneale lymfeklierdissecties
Blaascarcinoom	10	
Gynaecologische oncologie - algemeen	200	gynaecologisch-oncologische patiënten
Ovariumcarcinoom	20	debulkingoperaties
Endometriumcarcinoom		
- stadium I, II klin. niet manifest		i.o.m. referentiecentrum
- stadiëring clear cell of n-sereus papilliar		i.o.m. consulent centrum aldaar of perifeer
- stadium IIB (klinisch manifest)		behandeling in referentiecentrum
- stadium IIB, III, IV & recidief		in opzet curatief: behandeling in referentiecentrum
- niet-cur. behan. st. II, IV & RTh recidief		in overleg met referentiecentrum
Cervixcarcinoom		
- radicale hysterectomieën	20	vroeg stadium
- stadia IA-2 en hoger + recidief		behandeling in referentiecentrum
- brachytherapie	10	patiënten, t.m. 20 behandelingen
Vulvacarcinoom		
- stadium 1A	20	follow-up sentinel node in referentiecentrum
- macroinvasief en recidief		behandeling in referentiecentrum
Longcarcinoom		
- aantal behandelde patiënten	25	
- segmentres., lobec- & pneumectomie	20	
Melanoom		= eisen Melanoomcentrum/geregistreerd partner van -
- gemetastaseerd melanoom	20	
- pelviene liesklierdissectie	10	
- geïsol. extr.perfusie/infusie	10	
Peniscarcinoom (NVU-norm)		
- laag stadium (Tis, Ta, T1a G1)		chirurgische, laser, FDT of topische therapie
- stadium > T1a G1		verwijzing naar gespecialiseerd centrum
Radiotherapie		Neurooncochirurgie
- aantal patiënten	1.200	Gliomen (intracranieële tumoren)
- adherentiegebied	500.000	Hypofysetumoren: <i>concentratie wenselijk: 3 à 4 centra in NL</i>
- capaciteit: LV's	4	
- capaciteit: RTh/Kl.F/RThLab (fte)	8 / 3 / 36	
Hoofd Hals Oncologisch Centrum (HHOC)		
centralisatie in HHOC van aandoeningen met ICD 9-codes: 141-148, 160, 161, 199 + 2e primaire tumor zelfde codes ofwel ICD-0 codes: C01 t/m C14, C30 t/m C32; aanbeveling: zeldzame aandoeningen naar HHOC sturen.		
bronnen:		
Multidisciplinaire normering oncologische zorg in Nederland, SONCOS normeringsrapport 2, februari 2014		
Website Nederlandse Vereniging voor Urologie (geraadpleegd 27 mei 2014)		