

Vergaderjaar 1996–1997

22 847

Structurering van de ziekenhuiszorg

Nr. 11

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Rijswijk, 27 november 1996

Voorgeschiedenis

Op 23 maart 1993 verstrekte de toenmalige Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur aan dr. L. B. J. Stuyt en mw. mr. J. H. B. van der Meer de opdracht onderzoek te verrichten naar de mogelijkheden aangaande een gemeenschappelijke visie-ontwikkeling en nauwe samenwerking binnen het veld van **de Nederlandse toponcologie**. Het in november 1993 uitgebrachte eerste deeladvies handelde over «Vernieuwing» en had betrekking op de categoriale instellingen, het Nederlands Kankerinstituut/Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis te Amsterdam en de dr. Daniel den Hoedkliniek te Rotterdam. Het standpunt op deel 1 is u 22 december 1993 aangeboden (TK 21 944, nr. 8). Tijdens het Mondelinge Overleg op 24 februari 1994 werd dit standpunt door u onderschreven (TK 21 944, nr. 9).

Het tweede deeladvies met als ondertitel «Samenwerking» is mij 25 maart jl. aangeboden¹. De adviseurs beschrijven eerst de huidige organisatie van de oncologische zorg. De rol van de Integrale Kanker Centra krijgt daarbij ruime aandacht. Vervolgens signaleren zij problemen in de samenwerking en afstemming binnen de oncologische zorgverlening. Om daaraan iets te doen stellen zij concrete verbeteringen voor. In mijn standpunt op dit tweede en laatste deel van het advies Toponcologie in Nederland ga ik met name in op hun aanbeveling een Landelijk Oncologisch Beraad in het leven te roepen.

Huidige organisatie en gesignaleerde problemen

De adviseurs staan uitgebreid stil bij de activiteiten van de in totaal negen Integrale Kanker Centra (IKC's). Een belangrijke taak van IKC's is het goed laten functioneren van consulentendiensten. Dat wil zeggen beroepsbeoefenaren uit academische ziekenhuizen en categoriale ziekenhuizen adviseren behandelaars in algemene ziekenhuizen over de

¹ Ter inzage gelegd bij de afdeling Parlementaire Documentatie.

diagnostiek en behandeling van patiënten met kanker. De IKC-consulenten zorgen ervoor dat de laatste stand van wetenschap wordt doorgegeven opdat optimale zorg overal in Nederland beschikbaar is. Zonodig zullen zij adviseren de patiënt te verwijzen naar een ziekenhuis waar meer deskundigheid en faciliteiten beschikbaar zijn. Deze oncologische consulentendiensten hebben een wettelijke basis. Alle ziekenhuizen zijn op grond van artikel 3 van de Ziekenfondswet verplicht zich aan te sluiten bij een IKC.

Bij ieder IKC horen regionale tumorwerkgroepen. Specialisten uit algemene ziekenhuizen en consulenten uit het IKC stellen regionale richtlijnen voor diagnostiek en behandeling van patiënten met een bepaalde tumor op. Voor enkele onderwerpen bestaan landelijke richtlijnen. De Vereniging van Integrale Kankercentra stimuleert de ontwikkeling van landelijke richtlijnen op basis van de regionaal opgestelde richtlijnen. Behalve de genoemde consulentendiensten en de bevordering van het gebruik van richtlijnen, leveren de IKC's een bijdrage aan tumorregistratie, na- en bijscholing, voorlichting en preventie. Ruim 25 jaar al vormen de IKC's een netwerk van professionals uit toponcologische centra en algemene ziekenhuizen en andere betrokkenen zoals huisartsen en verpleegkundigen.

Er gebeurt dus veel, maar de onderlinge samenwerking en afstemming kan nog beter. Patiënten moeten niet meer onnodig in een te gespecialiseerde omgeving terecht komen, de nacontroles door specialisten kunnen soms beter aan huisartsen worden overgedragen en heel concreet plaatsen de adviseurs vraagtekens bij oncologische chirurgie bij patiënten met een tumor van de slokdarm, schildklier of alvleesklier op locaties waar nauwelijks deskundigheid en ervaring op deze terreinen bestaan. Niet alleen tussen gewone oncologische en toponcologische zorg, maar vooral ook binnen de toponcologische zorgverlening is veel meer samenwerking en afstemming nodig. Een specifiek aandachtspunt zijn de vele verschillende regionale IKC-richtlijnen en de onduidelijkheid of binnen de 9 IKC-regio's de behandelaars zich daadwerkelijk aan de door hen zelf opgestelde richtlijnen houden. In het verlengde hiervan zijn de adviseurs van oordeel dat evaluatie van het werk van alle IKC's moet plaatsvinden opdat verbeteringen in de afzonderlijke IKC's kunnen worden bewerkstelligd.

Belangrijkste conclusie en aanbevelingen

Nederland beschikt, aldus de adviseurs, weliswaar over een uitstekende oncologische zorgverlening; op onderdelen kunnen en moeten echter verbeteringen worden aangebracht.

In concreto staan op pagina 51 van het advies de volgende voorstellen:

1: er dient een zodanige verdeling van de toponcologie tot stand te komen dat het gehele terrein hiervan op adequate wijze wordt bestreken. Het gaat daarbij om een verdeling tussen de toponcologische centra i.c. de academische en categoriale ziekenhuizen en enkele grote niet-academische ziekenhuizen.

2: voor alle tumorsoorten dienen landelijke richtlijnen te komen waarin tevens de voorwaarden staan waaraan ziekenhuizen moeten voldoen om bedoelde richtlijnen te kunnen uitvoeren.

3: ziekenhuizen zullen geaccrediteerd moeten worden voor het uitvoeren van oncologische behandelingen.

4: affiliatiecontracten tussen grote niet-academische ziekenhuizen en de academische ziekenhuizen dienen tot stand te komen.

5: regelmatige evaluatie van het gebruik van richtlijnen is nodig.

6: de IKC's moeten regelmatig worden geëvalueerd.

7: er dient een Landelijk Oncologisch Beraad te komen dat op onafhankelijke wijze informatie op het terrein van de oncologie kan verstrekken aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

De laatst voorgestelde verbetering wordt door de adviseurs met name nader uitgewerkt. Zij achten het van het grootste belang dat met spoed een heldere, werkbaar en sluitende structuur wordt gecreëerd met de opdracht invulling te geven aan tenminste de boven beschreven zes voorwaarden voor optimalisering van de (top)oncologische zorg. Die structuur zou door de instelling van een landelijk oncologisch beraad tot stand kunnen komen. Het Landelijk Oncologisch Beraad (LOB) zou aan voorwaarden moeten voldoen zoals een onafhankelijke status, een goed geoutilleerd secretariaat en een zelfstandige huisvesting. Zo'n beraad zou naar hun oordeel moeten zijn samengesteld uit personen uit de klinische praktijk die beschikken over een grote mate van deskundigheid, ervaring en gezag en afkomstig zijn uit zowel de academische ziekenhuizen en categoriale ziekenhuizen als uit de grote niet-academische ziekenhuizen. Het LOB zou een beperkte omvang moeten hebben, teneinde slagvaardig te kunnen opereren. De resultaten van het werk van het LOB kunnen zo nodig worden voorgelegd aan de minister, aldus de adviseurs.

Standpuntbepaling

Alvorens ik mijn standpunt geef wil ik de adviseurs danken voor hun werk en mijn waardering hiervoor uitspreken. Ik waardeer dat in het advies het belang van de centrale positie van de patiënt expliciet aandacht heeft gekregen. Dit tweede en laatste deeladvies geeft een brede beschrijving van de oncologie; niet alleen van de toponcologische zorg maar juist en vooral ook van de oncologische zorg in de algemene ziekenhuizen en van huisartsen en anderen in de eerste lijn. Het advies gaat voorts in op de relatie tussen deze algemene oncologie en de toponcologie. Daarmee is bewust ook aansluiting gevonden met de standpuntbepaling van de toenmalige bewindsvrouw van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur van 7 juli 1994 (TK 21 944, nr. 10) op het advies «Kwaliteit en taakverdeling in de oncologie» van de Gezondheidsraad van 8 februari 1993.

Speerpunten

De constatering van de adviseurs dat de oncologische zorg in Nederland goed is, deel ik. Om de kwaliteit van de oncologische zorg te handhaven wil ik in lijn met de aanbevelingen de speerpunten van mijn beleid kort samenvatten:

- meer afstemming en dus taakverdeling tussen aanbieders die toponcologische zorg bieden.
- geen levering van toponcologische zorg buiten de voor toponcologie geëigende locaties.
- meer samenwerking en professionele netwerkvorming tussen oncologische centra en algemene ziekenhuizen.
- meer aansluiting tussen oncologische zorg verleend in ziekenhuizen en daarbuiten; stimulering van transmurale oncologische zorg.
- harmonisatie en herijking van bestaande protocollen en de ontwikkeling van landelijke richtlijnen op basis van kosten-effectiviteitsonderzoek.

Om het beleid van meer taakverdeling en samenwerking in de toponcologie concreet invulling te geven staan mij instrumenten ter beschikking waarbij ik met name denk aan art.18 WZV en art.18c WZV. Met een planningsregeling voor de toponcologie, met concrete afspraken tussen de toponcologische centra over taakverdeling en een gericht

onderzoeksbeleid, gekoppeld aan ontwikkelingsgeneeskunde, stel ik mij die invulling voor. Voor wat betreft de stimulering van de opstelling en implementatie van landelijke richtlijnen zie ik een taak voor een Landelijk Oncologisch Beraad.

Planningsbesluit met betrekking tot toponcologische zorg

Het is mijn bedoeling dat in het planningsbesluit dat thans ter vervanging van het planningsbesluit Radiotherapie in voorbereiding is met betrekking tot de toponcologie meer nadruk komt op taakverdeling, concentratie en zwaartepuntvorming. Omdat academische ziekenhuizen en de twee categoriale instellingen een sleutelrol in het wetenschappelijk kankeronderzoek ten behoeve van patiëntenzorg vervullen, vind ik het wenselijk toponcologische zorg te concentreren op locaties waar tevens onderzoek in het kader van ontwikkelingsgeneeskunde plaatsvindt. Taakverdeling en concentratie op het terrein van toponcologische zorg en ontwikkelingsgeneeskunde leveren daarmee een bijdrage aan de profilering van de klinische research in Nederland.

Ontwikkelingsgeneeskunde en landelijke richtlijnen oncologie

Bij Ontwikkelingsgeneeskundig onderzoek op grond van art.18c WZV en bij de opstelling van landelijke richtlijnen gaat het chronologisch om de volgende zaken. De Gezondheidsraad heeft de taak potentiële (top)zorg-onderwerpen te signaleren. De overheid heeft vervolgens de mogelijkheid al of niet een onderwerp voor ontwikkelingsgeneeskunde aan te wijzen. Na afloop van een ontwikkelingsgeneeskundig project beschikt de Ziekenfondsraad over onderzoeksgegevens met betrekking tot de kosten-effectiviteit. Op basis van het op deze onderzoeksgegevens gebaseerde advies van de Ziekenfondsraad besluit de overheid tot het al of niet toelaten van de nieuwe behandelwijze tot het verstrekkingenpakket en eventuele plaatsing onder art.18 WZV. Veel ontwikkelingsgeneeskunde levert echter behalve bouwstenen voor besluitvorming op het niveau van de overheid, ook gegevens voor besluitvorming op meso- en micro-niveau. Anders gezegd: ontwikkelingsgeneeskunde levert ook en zelfs in toenemende mate een belangrijke bijdrage aan de opstelling van protocollen, richtlijnen, standaarden en consensusdocumenten. Het doel van ontwikkelingsgeneeskunde is daarmee verbreed, de bevordering van doelmatigheid op alle niveaus, maar vooral op het microniveau. Zo heb ik met tevredenheid kennis genomen van de richtlijn over de toepassing van groeifactoren in de oncologie, op verzoek van de Ziekenfondsraad opgesteld door een landelijke werkgroep onder leiding van prof. Blijham, Utrecht. Op de rol voor de ontwikkeling van landelijke kosten-effectieve richtlijnen in de oncologie staan onderwerpen als Taxol en autologe beenmergtransplantatie/perifere stamcelreinfusie, onderwerpen waar meer zelfregulering zal leiden tot zinnige en zuinige oncologische zorg.

De adviseurs houden niet alleen een pleidooi voor de ontwikkeling van landelijke richtlijnen. Zij zijn bovendien «van mening dat de landelijke richtlijn tevens de voorwaarden moeten bevatten, waaraan door ziekenhuizen voldaan moet worden om een bepaalde behandeling te mogen uitvoeren. Aan de hand van deze voorwaarden dient accreditatie van ziekenhuizen voor de oncologische zorg tot stand te komen» (p.50). Het gaat hier om keurmerken. Zij die goede zorg leveren, krijgen het keurmerk. Accreditatie, certificatie en keurmerken zijn einddoelen die uitdrukkelijk ook worden genoemd in de Kwaliteitswet. Over accreditatie in de oncologische zorg wil ik eerst de mening van de Inspectie voor de Gezondheidszorg vragen alvorens hierover een standpunt in te nemen.

Landelijk Oncologisch Beraad

De aanbeveling een Landelijk Oncologisch Beraad (LOB) in te stellen neem ik graag over. Met de instelling van een LOB beoog ik een gremium in het leven te roepen dat zorg draagt voor een vertaalslag van beschikbare wetenschappelijke kennis naar de oncologische praktijk. Kennis mede op basis van ontwikkelingsgeneeskundig onderzoek verkregen omzetten in praktisch toepasbare landelijke richtlijnen en vervolgens ervoor zorgdragen dat deze worden geïmplementeerd, daar zou het LOB een bijdrage aan moeten leveren. Het LOB zal daarbij zoveel mogelijk gebruik maken van binnen de Wetenschappelijke Verenigingen opgebouwde expertise alsook van de Gezondheidsraad. In de oncologie, en de adviseurs tonen dat in hun rapportage duidelijk aan, gaat het steeds vaker om samenwerking tussen superspecialisten, «gewone» specialisten, huisartsen en andere zorgverleners. Behalve diagnostiek en behandeling vragen ook nazorg, palliatie en care om wetenschappelijke evidentie, protocollering en met name transmurale samenwerking. De consequentie van deze zienswijze is dat het LOB breder van samenstelling zal moeten zijn dan de adviseurs voorstellen. Behalve personen uit de directe klinische (top)oncologische praktijk wil ik ook een deskundige uit de extramurale zorg en uit de kring van de oncologische verpleegkunde zitting in het LOB geven.

Een ander aspect van het LOB die een nadere beschouwing behoeft, is de door de adviseurs voorgestelde onafhankelijke status in de vorm van onafhankelijke rechtspersoonlijkheid en zelfstandige huisvesting. De positie van een LOB ten opzichte van de instellingen is punt van overleg met de Vereniging Academische Ziekenhuizen en de Vereniging van Integrale Kankercentra geweest. Alles tegen elkaar afwegend kies ik voor een door mij te installeren klein LOB gepositioneerd en verankerd bij de Vereniging van Integrale Kankercentra. Enerzijds maak ik daarmee gebruik van een oncologisch netwerk van IKC-consulentendiensten, anderzijds voorkom ik daarmee een nieuwe bestuurslaag. Mijn intentie is het LOB op te dragen landelijke richtlijnen te ontwikkelen waarbij ook kosten-effectiviteitsanalyses worden betrokken en bij te dragen aan de implementatie van deze richtlijnen in de oncologische praktijk. Tevens wil ik het LOB en in het verlengde daarvan het veld, aanzetten tot geconditioneerde zelfregulering, dat wil zeggen zorg vooral zelf voor taakverdeling, samenwerking en professionele netwerkvorming van de (top)oncologische zorg, voor affiliatiecontracten tussen toponcologische centra en algemene ziekenhuizen, voor zwaartepuntvorming en profilering van zorg en onderzoek en, vermijd daarmee zo veel mogelijk overheidsbemoeienis.

Vervolg

Het overleg met de Vereniging van Integrale Kankercentra zal dit najaar zijn afgerond waarna tot de installatie van het Landelijk Oncologisch Beraad door mij kan worden overgegaan. Op basis van door mij goedgekeurde werkplannen zal drie jaar na installatie een evaluatie plaatsvinden opdat besluitvorming mogelijk is ten aanzien van de vraag of een LOB in deze opzet voldoet. Een nieuw planningsbesluit toponcologie verwacht ik nog dit kalenderjaar in ontwerp gereed te hebben en aan het veld te kunnen voorleggen. De evaluatie van alle Integrale Kanker Centra zal op voortvarende wijze nog dit jaar ter hand worden genomen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. Borst-Eilers