



## Waardegedreven zorgcontractering

Maag- en slokdarmkanker

**OHRA** Direct  
geregeld

**N** nationale  
nederlanden



# Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Verbetering van maag- en slokdarmkanker – onze belofte</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>Kwaliteit van de zorg bij maag- en slokdarmkanker</b>	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>Onze visie op de kwaliteit van zorg en waardegedreven zorgcontractering</b>	<b>5</b>	3.1	Aandoening met een grote impact	8
2.1	Kwaliteit geclusterd in vier dimensies	5	3.2	De huidige organisatie van zorg kent veel verbeterpotentieel	8
2.2	Verbeterpunten van maag- en slokdarmkanker in het kwaliteitsmodel	6	3.2.1	<i>Kwaliteitsverbetering door ontwikkeling expertisecentra</i>	10
2.3	Relatie tussen kosten en kwaliteit bij waardegedreven zorgcontractering	7	3.2.2	<i>Gelijke behandelkansen door netwerkvorming</i>	11
			3.2.3	<i>Kwaliteitsverbetering door transparantie en opvolging</i>	12
			3.2.4	<i>De patiënt staat centraal</i>	12
			3.2.5	<i>Conclusie</i>	13
			<b>Bijlage 1:</b>	Visie op de kwaliteit van zorg	14
			<b>Bijlage 2:</b>	Referenties	18

# 1 Verbetering van maag- en slokdarmkanker - onze belofte

De individuele impact van maag- en slokdarmkanker is groot en kent een zeer slechte prognose. Na vijf jaar is minder dan een kwart van de patiënten nog in leven. Grofweg komt slechts een derde in aanmerking voor een curatieve behandeling.

Als we kijken naar de huidige (inrichting van de) zorg voor maag- en slokdarmkanker, dan zien we veel verbeterpotentieel. Daar wil CZ groep een bijdrage aan leveren. Daarom maken we de zorg voor patiënten met maag- en slokdarmkanker de komende jaren tot een van onze speerpunten. We zetten stevig in op het verbeteren van de kwaliteit. We gaan een co-creatie aan met patiëntenorganisaties om onze aanpak aan te laten sluiten bij de wensen van patiënten.

Graag nodigen wij u uit om met ons het gesprek aan te gaan over de behandeling van mensen met maag- of slokdarmkanker. Samen maken we onze belofte waar: alles voor betere zorg.

CZ groep vindt dat de overlevingskansen en de kwaliteit van leven van patiënten met maag- en slokdarmkanker verder verhoogd moeten worden. Nederland zou voor

beide tumoren tot de top 3 van Europa moeten behoren, onder meer wat betreft de vijfjaarsoverleving. Daarbij ontvangen patiënten de beste zorg op de juiste plek, ongeacht de locatie waar de diagnose wordt gesteld. Gezien de complexiteit van de aandoening is het wenselijk dat de curatieve en niet-curatieve/palliatieve behandeling wordt uitgevoerd door optimaal gespecialiseerde zorgverleners. De zorg aan patiënten met maag- en slokdarmkanker wordt geleverd door expertcentra. Specifieke (regionale) oncologische netwerken zijn essentieel voor de borging van de geleverde kwaliteit van zorg, voor uniforme zorgpaden en kortcyclische terugkoppelinformatie van kwaliteitsindicatoren.

## 2 Onze visie op de kwaliteit van zorg en waardegedreven zorgcontractering

CZ groep wil zorg inkopen die zo veel mogelijk waarde toevoegt voor onze verzekerden. Dat is zorg die van goede kwaliteit is, die aansluit bij de behoefte van de patiënt en die tegen acceptabele kosten wordt geleverd.

Wij vinden dat kwaliteit waar mogelijk voorop moet staan bij de zorginkoop. CZ groep geeft hier al invulling aan sinds 2009, toen we zijn gestart met de selectieve inkoop van behandelingen voor borstkanker. Via selectieve inkooptrajecten, de ontwikkeling van regiovisies en innovatietrajecten hebben we ons de afgelopen jaren ingezet om kwaliteit een steeds grotere rol te geven. Ook patiënten vragen steeds meer om inzicht in kwaliteit.

CZ groep hanteert het principe van waardegedreven zorgcontractering. De patiënt en zijn zorgpad staan centraal en de focus ligt op specifieke doelgroepen en aandoeningen. We willen de zorg in Nederland hiermee goed, betaalbaar en toegankelijk houden iedereen.

Met dit principe zijn we in 2018 gestart bij vier aandoeningen: darmkanker, wondzorg, dementie en

electieve orthopedie voor heup- en knieartrose. Voor 2019 hebben we onze visie op de kwaliteit van zorg en waardegedreven zorgcontractering verder aangescherpt en dat heeft geleid tot visiedocumenten voor de aandoeningen depressie en maag- en slokdarmkanker.

### 2.1 Kwaliteit geclusterd in vier dimensies

In bijlage I beschrijven we uitgebreid hoe wij kijken naar kwaliteit van zorg en waardegedreven zorgcontractering. Aan de hand van het kwaliteitsmodel lichten we de vier dimensies van kwaliteit nader toe:

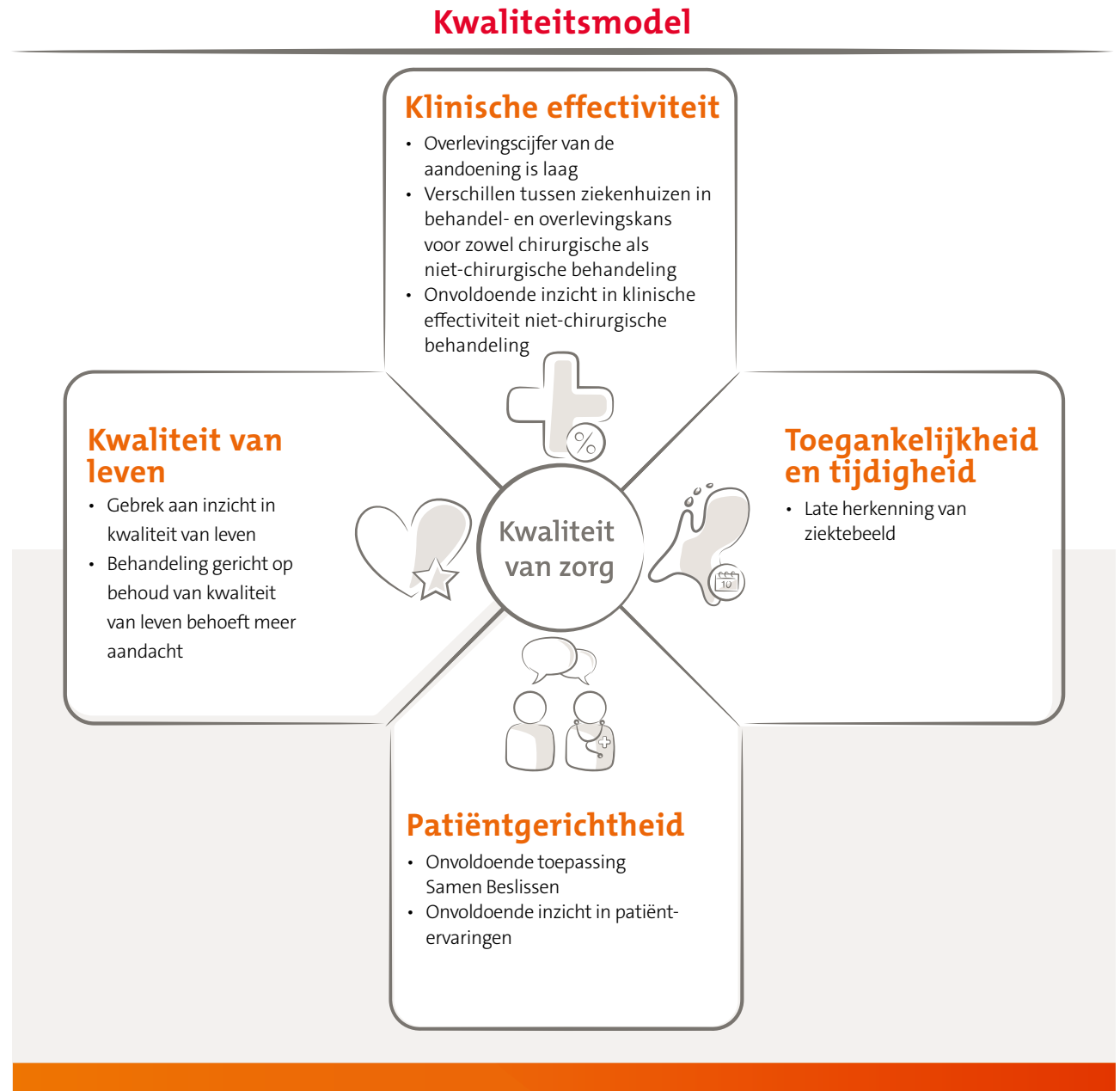
- klinische effectiviteit;
- toegankelijkheid en tijdigheid;
- patiëntgerichtheid;
- kwaliteit van leven.

In de volgende paragraaf maken wij de vertaling van deze dimensies naar maag- en slokdarmkanker.



## 2.2 Verbeterpunten van maag- en slokdarmkanker in het kwaliteitsmodel

De verbeterpunten die CZ ziet in de zorg voor maag- en slokdarmkanker hangen vooral samen met de dimensies 'klinische effectiviteit' en 'kwaliteit van leven' van het kwaliteitsmodel. Daarnaast verdient patiëntgerichtheid nadrukkelijk de aandacht. Hieronder vatten we de knelpunten samen, geordend langs de verschillende dimensies van het kwaliteitsmodel.



## 2.3 Relatie tussen kosten en kwaliteit bij waardegedreven zorgcontractering

In de uiteindelijke contractering zet CZ groep de kwaliteit van zorg af tegen de kosten ervan. De mate waarin kwaliteit of kosten leidend is/zijn bij de inkoop, hangt af van een aantal factoren. Allereerst is het belangrijk dat er inzicht is in de kwaliteit en de kosten van de zorg. Deze informatie is essentieel om écht op waarde te kunnen sturen bij de zorginkoop. Daar waar geen kwaliteitsinformatie beschikbaar is, blijven de kosten leidend in de zorgcontractering. Bij de weging van kosten en kwaliteit speelt ook de impact van de aandoening op de overleving en het risico op complicaties voor de patiënt mee. Zo is de weging van kwaliteit ten opzichte van de kosten anders bij hoog complexe oncologische zorg dan bij een laag complexe, routinematige behandeling. Bij de eerste speelt uitsluitend kwaliteit een rol in onze benadering, bij de tweede spelen naast kwaliteit ook kosten een rol.

Voor maag- en slokdarmkanker is kwaliteit nadrukkelijk leidend in onze zorginkoop. Hoe we dat gaan doen leest u in het volgende hoofdstuk.





## 3 Kwaliteit van de zorg bij maag- en slokdarmkanker

### 3.1 Aandoening met een grote impact

Maag- en slokdarmkanker komen relatief weinig voor in Nederland, maar hebben een zeer grote impact op het leven van patiënten. In 2016 en 2017 werden (jaarlijks) zo'n 2500 nieuwe gevallen van slokdarmkanker ontdekt en zo'n 1200 gevallen van maagkanker (IKNL 2018). Vijf jaar na het stellen van de diagnose is slechts 23% van de patiënten met maagkanker en 24% van de patiënten met slokdarmkanker nog in leven (IKNL 2018).

### 3.2 De huidige organisatie van zorg kent veel verbeterpotentieel

Nederland scoort voor wat betreft de vijfjaarsoverleving voor slokdarmkanker goed in vergelijking met andere Europese landen. De vijfjaarsoverleving voor maagkanker is in Nederland matig ten opzichte van goed scorende landen, zoals België (37,5%) en Oostenrijk (35,4%) (Allemani 2018). Uit een studie naar de verschillen tussen Nederland, Zweden, Denemarken en het Verenigd Koninkrijk blijkt dat de mortaliteit (binnen 30 dagen) na maag- en slokdarmresectie in Nederland 10 jaar

geleden significant hoger was in vergelijking met Zweden. Hier ligt een verbeterpotentieel, hoewel het verschil sinds de invoering van kwaliteitsaudits is afgenomen (Dikken 2013) en de tweejaarsoverleving tussen de landen vergelijkbaar was.

De uitkomsten van de chirurgische behandeling van maag- en slokdarmkanker worden sinds 2011 landelijk geregistreerd via de Dutch Upper GI Cancer Audit (DUCA). Doel van deze registratie is inzicht in de kwaliteit van zorg en het in gang kunnen zetten van verbetertrajecten. Tussen 2011 en 2016 zijn verbeteringen bereikt op de indicator 'aantal verwijderde lymfeklieren' (de Lange 2016), maar de overige kwaliteitsuitkomsten, zoals de resectiemarge, postoperatieve complicaties en 30-dagen-mortaliteit zijn over de periode 2011-2014 niet significant gewijzigd (L. W. Busweiler 2016). Per indicator zien we een aanzienlijke spreiding tussen de ziekenhuizen.

Gezien de veelal relatief lage volumes voor maag- en/of slokdarmresecties per ziekenhuis, kunnen we uit de DUCA-set geen harde conclusies trekken, maar er lijkt wel degelijk verbeterpotentieel te zijn. Als we op basis van de DUCA-indicatoren een zogeheten textbook

outcome definiëren<sup>1</sup>, dan blijkt er een variatie van 8,5% tot 52,4% te zijn tussen Nederlandse ziekenhuizen (L. S. Busweiler 2017). Inzicht in de kwaliteit van de niet-curatieve behandeling ontbreekt weliswaar, maar wij veronderstellen ook hier kwaliteitsverschillen en verbeterpotentieel.

Slechts ongeveer één derde van de patiënten komt in aanmerking voor een in opzet curatieve behandeling; een operatie. De overige patiënten kunnen palliatief (levensverlengend) behandeld worden met chemotherapie, chemoradiatie, brachytherapie en/of stentplaatsing. In het behandeltraject lijkt op dit moment onvoldoende aandacht te zijn voor het voorkomen of herstellen van functionele beperkingen. Vooral postoperatieve slik- en voedingsproblematiek vraagt meer aandacht.

<sup>1</sup> Het percentage patiënten met slokdarmcarcinoomresectie waarbij een radicale resectie is verricht, minimaal vijftien lymfeklieren zijn verwijderd en er geen gecompliceerd beloop heeft plaatsgevonden.

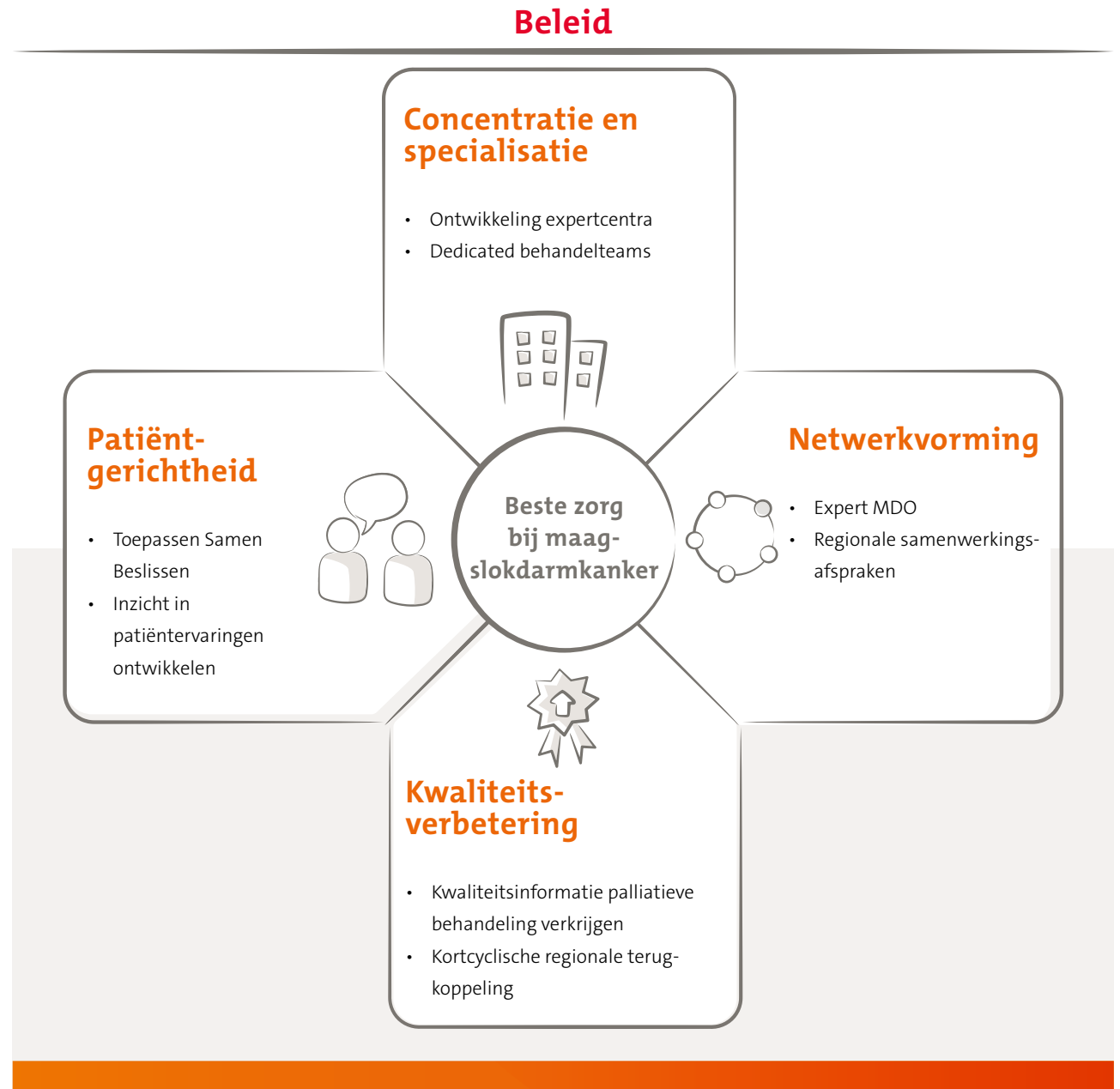


Kortom, voor patiënten met maag- en slokdarmkanker zijn in de Nederlandse zorg nog aanzienlijke verbeteringen te behalen. De vijfjaarsoverleving kan hoger, er is (veel) variëteit in de medische uitkomst van de chirurgische en de niet-chirurgische behandeling, de locatie waar de diagnose wordt gesteld, is van invloed op de overleving en er moet meer aandacht komen voor behandeling van functionele beperkingen. Ondanks een verhoging van de landelijke volumennormen voor de chirurgische resecties van een paar jaar geleden, blijven de aantallen voor de meeste centra gering en wordt de curatieve behandeling voor maag- en slokdarmkanker in diverse centra nog steeds afzonderlijk aangeboden. Patiënten die een palliatieve behandeling krijgen, lopen het risico dat ze een suboptimale behandeling krijgen. Wij vinden dan ook dat er voldoende redenen zijn om de zorg voor mensen met maag- en slokdarmkanker naar een hoger niveau te tillen.

In de volgende paragrafen zetten wij de door ons geconstateerde verbeterpunten af tegen onze aanpak. Een overzicht van onze aanpak is weergegeven in de afbeelding hiernaast.

De aanpak willen wij graag invullen en nader concretiseren in nauwe samenwerking met de patiëntenvereniging SPKS (Stichting voor Patiënten met Kanker aan het Spijsverteringskanaal) en experts uit het werkveld. De visie die SPKS<sup>2</sup> heeft ontwikkeld, sluit goed aan bij onze visie voor deze zorg. Samen willen we in de komende periode de uitwerking van onze visie verder toespitsen op aspecten van het zorgaanbod die randvoorwaardelijk zijn voor optimale zorg.

<sup>2</sup> 'Visie op Centers of Excellence voor maag- en slokdarmkanker', SPKS, augustus 2017.



### 3.2.1 Kwaliteitsverbetering door ontwikkeling expertisecentra

Zorgverzekeraars contracteren ziekenhuizen voor het verrichten van maag- en slokdarmresecties mits zij voldoen aan de normen in het SONCOS-rapport. Ondanks deze normen zijn er instellingen die het aantal van twintig niet halen. In 2016 voldeed slechts 76% van de ziekenhuizen aan de norm voor maagkanker en 81% voor slokdarmkanker. Met andere woorden, op basis van de aantallen uit het verslagjaar 2016 voldoen vijf ziekenhuizen niet aan de norm van twintig resecties voor maagkanker. Vier ziekenhuizen voldoen niet aan de norm voor slokdarmkanker.

Zorg bij maag- en slokdarmkanker is dermate complex dat een verdere concentratie wenselijk is (Allum (2018)). Diverse studies hebben de relatie onderzocht tussen kwaliteit en volume van chirurgie. Hoewel er wisselende resultaten zijn, is wel duidelijk dat de aanbeveling tot verdere concentratie de overhand heeft. Een negatieve relatie tussen kwaliteit en volume is overigens niet aangetoond. Het SONCOS-rapport beveelt daarnaast al langer aan om beide ingrepen in één centrum te concentreren. De European Cancer Organisation (ECCO) wijst hier ook op, gezien de overeenkomsten tussen beide ingrepen en het ontwikkelen en behouden van deskundigheid (Allum (2018)). Ondanks een afname in de afgelopen jaren, zijn er nog steeds instellingen die óf alleen maagresecties óf alleen slokdarmresecties verrichten.

Ook voor een palliatieve behandeling lijkt er een relatie te zijn tussen volume en uitkomst. Onderzoek gebaseerd op Nederlandse data in de periode 2005-2013 (Haj Mohammad, et al. 2017) liet zien dat de uitkomst

(overleving) beter was voor patiënten met maag- en slokdarmkanker die palliatieve therapie ondergingen in centra die veel patiënten opereerden in vergelijking met ziekenhuizen die kleine aantallen opereerden. Voor slokdarmkanker werd eenzelfde relatie ook gezien tussen ziekenhuizen die veel en weinig patiënten behandelden met chemotherapie.

→ Gezien de hoge complexiteit van de behandeling en de relatief lage incidentie per centrum, vindt CZ groep dat concentratie en specialisatie van de zorg bij maag- en slokdarmkanker nodig is om tot betere uitkomsten te komen. Om deze complexe zorg optimaal te kunnen bieden, moeten dedicated teams 24/7 beschikbaar zijn voor deze patiëntengroep. De zorgprofessionals in dit team beheersen het hele palet aan behandelingen. De centra waarbinnen deze teams werkzaam zijn, moeten (in beginsel) qua diagnostiek en behandeling de best mogelijke opties kunnen bieden. Zij doen dit uiteraard volgens de laatste wetenschappelijke inzichten.

Om deze teams in de toekomst optimaal te laten functioneren, moet een expertcentrum een ruime hoeveelheid patiënten met maag- en slokdarmkanker behandelen. Hoewel wij ons nu niet vast willen pinnen op exacte aantallen, lijkt ons het door SPKS genoemde aantal van minimaal 300 nieuwe patiënten met maag- en slokdarmkanker per jaar richtinggevend om deze complexe zorg in de toekomst (2021) 24/7 kwalitatief en doelmatig in te richten en toegankelijk te houden. Hierbij moet nader vastgesteld worden uit welke disciplines deze dedicated behandelteams bestaan.

Graag gaan wij met de patiëntenvereniging en zorgaanbieders in gesprek om verder richting te geven aan de wenselijke concentratie en specialisatie. De huidige minimale volumennormen voor de chirurgische behandeling (SONCOS) staan in dat licht dan ook ter discussie. Ook voor de niet-chirurgische behandeling is concentratie nodig. Adequaat inspelen op onverwachte complicaties en het optimaliseren van adjuvante en palliatieve behandelingen met specifieke vormen van chemoradiatie maken dat voldoende patiënten aantallen nodig zijn om deze zorg op een hoog peil te houden.

→ Ook vinden wij het samenvoegen van de kennis en kunde voor maag- én slokdarmkankerzorg noodzakelijk om tot betere uitkomsten te komen. Vandaar dat wij het niet wenselijk vinden dat de zorg voor maag- en slokdarmkanker afzonderlijk in separate centra wordt aangeboden. Immers, beide ingrepen moeten bij voorkeur in één centrum uitgevoerd worden om te kunnen spreken van een expertcentrum waarbinnen alle noodzakelijke disciplines aanwezig zijn. Ook de criteria in het SONCOS-rapport en de ECCO-kwaliteitsrichtlijnen (Allum (2018)) geven aan dat maag- en slokdarmresecties bij voorkeur in één centrum worden uitgevoerd. Daarom contracteren wij binnen ons zorginkoopbeleid vanaf 2020 enkel ziekenhuizen die beide aandoeningen behandelen. Komend jaar is een overgangsjaar, waarbij we in ons beleid gericht op de totstandkoming van deze expertcentra, wel de eerste stappen willen zetten. Voor 2019 zetten wij daarom de volgende stappen in de contractering van de chirurgische resectie van de

twee tumorsoorten bij een ziekenhuis:

- Centra die niet voldoen aan de huidige volumennorm van twintig chirurgische resecties per tumorsoort contracteren wij niet meer voor deze ingreep.
- Centra die niet beide tumorsoorten behandelen, zijn we in 2019 alsnog bereid te contracteren, indien zij voldoen aan minimaal één van de twee onderstaande criteria:
  - de afgelopen jaren een volume van veertig of meer resecties<sup>3</sup> óf;
  - de afgelopen jaren een volume van twintig of meer resecties én goed presteren op de geregistreerde uitkomstindicatoren<sup>4</sup>.

Met de ziekenhuizen die wij in 2019 of 2020 niet meer willen contracteren, willen wij op korte termijn overleggen om de gewenste aansluiting naar de expertcentra te bespreken.

Door ons contracteerbeleid vanaf 2019 op deze manier vorm te geven, streven we naar een verdere totstandkoming van de gewenste expertcentra, waarmee we de kwaliteit van zorg (gemeten in uitkomstindicatoren) een impuls willen geven. Voor de jaren vanaf 2020 ontwikkelen wij nader contracteerbeleid dat verder tegemoetkomt aan de vorming van de expertcentra. Belangrijk onderdeel hierbinnen is de aandacht voor de niet-chirurgische zorg.

### 3.2.2 Gelijke behandelkansen door netwerkvorming

Voor zowel maag- als slokdarmkanker blijkt de ziekenhuislocatie waar de diagnose gesteld wordt van invloed te zijn op de kans om in aanmerking te komen voor een curatieve behandeling. De ziekenhuislocatie blijkt hiermee dus ook

de bijbehorende kans op overleving te beïnvloeden (Koëter (2014)) (M. van Putten 2016; 2018). Uiteraard is dit ongewenst. De kans op een in opzet curatieve behandeling neemt toe wanneer het betreffende ziekenhuis veel nieuwe patiënten diagnosticeert en ook de resectie aanbiedt en verricht. Daarnaast bestaat er (na casemixcorrectie) variatie tussen ziekenhuizen in de kans op het geven van adjuvante chemo(radio)therapie aan patiënten met maagkanker die neoadjuvante chemotherapie en aansluitend een resectie hebben gekregen (Beck 2018) (Schouwenburg 2018).

Het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) heeft recent ook een rapport gepubliceerd (IKNL 2018) waarin staat welke kennis ontbreekt en welke mogelijkheden er zijn om patiënten met zeldzame vormen van kanker een beter perspectief op overleving te bieden. Weliswaar heeft dit rapport betrekking op zeldzame kankersoorten (met minder dan 1020 gevallen per jaar), waar maag- en slokdarmkanker niet expliciet onder vallen, maar de strekking van dit rapport kan volgens ons hier ook goed voor gelden. Ook hier zijn de aantallen (per centrum) immers nog vaak gering en is verdere bundeling van kennis en kunde aan de orde.

→ CZ groep vindt dat de uitvoering en afstemming van de behandeling van maag- en slokdarmkanker beter kan door netwerkvorming en samenwerkingsafspraken tussen zorgaanbieders. Afhankelijk van de gewenste vorm en omvang van de hiervoor beschreven concentratie, worden patiënten gezien, gediagnosticeerd, behandeld en begeleid in expertcentra én in perifere andere ziekenhuizen in de regio. Om deze afstemming van 'wie doet wat' optimaal in te

vullen, is het belangrijk dat hierover regionaal afspraken worden gemaakt. Het expertcentrum fungeert hierbij als kennis- en regievoerder binnen het netwerk.

Het netwerk moet een zorgpad ontwikkelen dat in de deelnemende ziekenhuizen wordt toegepast. Hierbij wordt helder vastgelegd wie de hoofdbehandelaar is. Zodra de diagnose maag- of slokdarmkanker gesteld is, moet de patiënt worden besproken in een expert-MDO. Zo wordt voor elke patiënt adequaat bepaald of er sprake kan zijn van een in opzet curatief of palliatief behandeltraject. In het laatste geval moet afgestemd worden welke vorm van conservatieve therapie op welke plaats naar verwachting het beste resultaat oplevert. Uiteraard moet dit aansluiten bij de persoonlijke wensen van de patiënt.

Bij iedere relevante wijziging van de behandeling vindt afstemming met het expertcentrum plaats. Regionale samenwerking leidt ertoe dat patiënten

<sup>3</sup> Dit is gebaseerd op de minimumnorm van beide tumoren opgeteld en daarmee een verondersteld kennis- en vaardigheidsniveau.

<sup>4</sup> 'Goed presteren' definiëren wij als het voldoen aan het gemiddelde binnen de funnelplot voor onderstaande uitkomstindicatoren, gemeten over een langere termijn (inclusief verslagjaar 2017):

- percentage 30-dagen-mortaliteit;
- percentage aantal lymfeklieren groter of gelijk aan 15;
- percentage snijranden vrij;
- percentage gecompliceerd beloop.

gelijke kansen hebben op een goede behandeling, dat het behandelplan sneller wordt vastgesteld en dat de locatie van behandeling en de verwijzing daarnaartoe vlotter verloopt. Voor de patiënt moet helder zijn welke professional verantwoordelijk is voor welke stap in de multidisciplinaire behandeling. De patiënt heeft daarbij een duidelijk aanspreekpunt.

### 3.2.3 Kwaliteitsverbetering door transparantie en opvolging

De DUCA-indicatoren geven inzicht in de kwaliteit van de chirurgische behandeling van maag- en slokdarmkanker. Op de indicatoren is in de afgelopen jaren een verbetering bereikt, maar er ligt nog steeds potentieel. De volumes zijn op ziekenhuis niveau echter dermate laag dat resultaten te veel worden beïnvloed door outliers en een vergelijking met benchmark cijfers inhoudelijk weinig waarde toevoegt.

Inzicht in de kwaliteit van niet-curatieve behandeling ontbreekt. Verreweg de meerderheid van de patiënten ondergaat echter deze behandeling waardoor kwaliteitsinformatie op dit gebied zeer wenselijk is. De kwaliteitsinformatie is nodig om te weten te komen welke factoren in het zorgproces leiden tot de beste resultaten voor de patiënt. Het delen van de resultaten biedt de kans om gezamenlijk tot een hoger niveau te komen. Gegevens vanuit patiëntperspectief zijn noodzakelijk voor deze behandeling waarin de klinische effectiviteit niet expliciet meer voorop staat.

→ Uitkomsten van zorg moeten beschikbaar komen voor de curatieve en de palliatieve behandeling. Ook

moeten patiëntervaringen (PREM's) verzameld en transparant gemaakt worden voor verdere kwaliteitsverbetering. CZ groep gebruikt de DUCA-registratie om de geleverde kwaliteit van zorg te beoordelen. Het belangrijkste doel van de registratie is dat aanbieders door het registreren inzicht krijgen in hun eigen functioneren. Deze inzichten moeten regionaal besproken worden om zo de zorg steeds verder te verbeteren. Uitgaande van een situatie dat de (chirurgische) capaciteit fors geconcentreerd is, moet deze uitwisseling bij voorkeur plaatsvinden over de regio's heen. Door een kortcyclische regionale terugkoppeling te realiseren, worden verschillen in kwaliteit sneller inzichtelijk en kunnen verbeteringen in het zorgproces worden doorgevoerd.

Onze verzekerden kunnen deze kwaliteitsgegevens ook gebruiken bij hun keuze voor een zorgaanbieder. Wij kunnen deze informatie gebruiken bij onze zorginkoop.

Twee derde van de patiënten komt niet in aanmerking voor een resectie. Kwaliteitsgegevens van de palliatieve behandeling zijn echter niet beschikbaar. Hierdoor hebben we geen inzicht in de kwaliteit van deze zorg en worden verbeterpunten vanuit deze invalshoek gemist. CZ groep stuurt aan op de ontwikkeling van uitkomsten van de palliatieve behandeling (oncologen en radiotherapeuten).

### 3.2.4 De patiënt staat centraal

Na de diagnose maag- of slokdarmkanker komt er in een korte tijd veel op de patiënt af. Zekerheden vallen plots

weg en de patiënt komt in een stroomversnelling in de spreekwoordelijke medische molen terecht. Goede informatie en mogelijkheden tot eigen regie zijn hierbij onontbeerlijk. Te beginnen met het inzichtelijk maken van de behandel mogelijkheden. De ruimte en begeleiding krijgen bij het afwegen van mogelijkheden en bewust kiezen brengen de regie weer terug. Bewustere keuzes kunnen bijdragen aan een zo goed mogelijke kwaliteit van leven.

Er is op dit moment nagenoeg geen inzicht in patiëntervaringen, waardoor ideeën om de ziektelast te beperken te weinig worden geïnitieerd. Voor het verlenen van goede zorg is inzicht nodig in de wensen en voorkeuren van patiënten. Aansluiten op wat zij belangrijk vinden, verdient meer aandacht.

→ CZ groep wil zorgaanbieders verder stimuleren om meer patiëntgericht te werken. Patiënten moeten zorg ontvangen op de plaats die voor hen het beste past. We stimuleren zorgaanbieders om patiëntervaringen te meten via PREM en deze inzichtelijk te maken. Het bespreken van de PREM-resultaten in de spreekkamer is ook een middel om te komen tot meer patiëntgerichte zorg.

In het hele zorgpad moet de patiënt goede informatie krijgen. Bijvoorbeeld over de (fysieke) gevolgen van de verschillende behandelmethoden. Patiënten worden zodanig geïnformeerd dat zij hun behandeling begrijpen en inzicht hebben in het hele behandeltraject. Zij hebben de mogelijkheid om laagdrempelig vragen te stellen.

Als patiënten worden betrokken bij de keuze voor de behandeling, ervaren zij een hogere kwaliteit van zorg, een hogere patiënttevredenheid, meer therapietrouw en een betere kwaliteit van leven. De keuze voor de behandeling moet tot stand komen volgens de principes van samen beslissen. Alle reële opties en de daarbij relevante voor- en nadelen worden aan de patiënt uitgelegd. Gezamenlijk wordt bepaald welke behandeling het beste aansluit bij de voorkeuren en wensen van de patiënt. Hiervoor kunnen instrumenten worden gebruikt, zoals keuzehulpen en de drie goede vragen:

- ‘Wat zijn mijn mogelijkheden?’
- ‘Wat zijn de voordelen en nadelen van deze mogelijkheden?’
- ‘Wat betekent dat in mijn situatie?’

### 3.2.5 Conclusie

CZ groep ziet aanzienlijk verbeterpotentieel om de kwaliteit van de zorg voor mensen met maag- en slokdarmkanker naar een hoger niveau te brengen. Hierdoor nemen de overleving en de kwaliteit van leven toe. Patiënten moeten, ongeacht de locatie, gelijke kansen hebben op een optimale behandeling door gespecialiseerde zorgverleners. Wij geven dit vorm door te sturen op concentratie en specialisatie, netwerkvorming, kwaliteitsverbetering door het gebruik van uitkomstindicatoren en meer patiëntgerichte zorg.

Om over optimale zorg voor maag- en slokdarmkanker te spreken, moeten de volgende aspecten adequaat zijn ingevuld:

- Uiterlijk in 2021 wordt het zorgaanbod ingevuld door

optimaal gespecialiseerde zorgverleners die 24/7 beschikbaar zijn.

- Door concentratie van zorg en door afstemming van behandelplannen binnen de regio verbeteren de medische uitkomsten van de behandelingen.
- De patiënt ontvangt optimale zorg op de juiste plek, ongeacht de locatie waar de diagnose wordt gesteld. Oncologische netwerken onder leiding van expertcentra borgen deze hoge kwaliteit van zorg.
- Alle patiënten met de diagnose maag- of slokdarmkanker worden besproken in een expert-MDO. Elke (relevante) wijziging in het behandelplan van de patiënt wordt dan ook afgestemd binnen dit expert-MDO. Behandelkeuzes vinden plaats volgens de principes van samen beslissen.
- Patiënten worden geïnformeerd op basis van patient journey's vanuit het perspectief van de patiënt.
- Binnen en tussen de regionale netwerken is een kwaliteitsverbeteringscyclus ingericht, waarbij ook inzicht is in de kwaliteit van de niet-curatieve behandeling.

Uiterlijk in 2021 willen wij dat de zorg op deze manier is ingericht en wordt uitgevoerd.

De verdere structurele vormgeving en uitwerking doen wij graag in nauwe samenwerking met patiëntvertegenwoordigers en experts uit het werkveld. Voor 2019 contracteert CZ groep al strikt conform de minimumnorm van twintig chirurgische resecties per jaar. Wij richten ons op het niet-contracteren van centra die resecties uitvoeren van alleen maag- of slokdarmtumoren. Vanaf 2020 zetten wij via ons zorginkoopbeleid verdere stappen die de benodigde totstandkoming van expertcentra en regionale netwerken stimuleren.

## Bijlage 1: Visie op de kwaliteit van zorg

CZ groep wil zorg inkopen die zo veel mogelijk waarde toevoegt voor de verzekerden. Dat is zorg die van goede kwaliteit is, die aansluit bij de behoefte van de patiënt en die tegen acceptabele kosten wordt geleverd.

Wij vinden dat kwaliteit waar mogelijk voorop moet staan bij de zorginkoop. CZ groep geeft hier al invulling aan sinds 2009, toen we zijn gestart met de selectieve inkoop van behandelingen voor borstkanker. Via selectieve inkooptrajecten, de ontwikkeling van regiovisies en innovatietrajecten hebben we ons de afgelopen jaren ingezet om kwaliteit een steeds grotere rol te geven. Ook patiënten vragen steeds meer om inzicht in kwaliteit.

Landelijk zijn er veel ontwikkelingen geweest om de kwaliteit van zorg inzichtelijk te maken. Hierbij zien we een verschuiving van indicatoren die zich richten op faciliteiten en processen naar indicatoren die de uitkomsten van zorg inzichtelijk maken. Ook patiëntervaringen spelen een steeds grotere rol. Deze ontwikkelingen maken het mogelijk om onze ambitie verder in te vullen.

CZ groep hanteert het principe van waardegedreven zorgcontractering. De patiënt en zijn zorgpad staan centraal en de focus ligt op specifieke doelgroepen en

aandoeningen. We willen de zorg in Nederland hiermee goed, betaalbaar en toegankelijk houden voor iedereen.

Hiermee zijn we in 2018 gestart bij vier aandoeningen: darmkanker, wondzorg, dementie en electieve orthopedie voor heup- en knieartrose. Voor 2019 hebben we onze visie op kwaliteit van zorg en waardegedreven zorgcontractering verder aangescherpt en dat vindt zijn uitwerking bij de visiedocumenten van de aandoeningen depressie en maag- en slokdarmkanker. De basis hiervan, hoe we naar kwaliteit van zorg en waardegedreven zorgcontractering kijken, is terug te vinden in de volgende alinea's.

Kwaliteit van zorg kent vele definities en elementen. Daarom heeft CZ groep kwaliteit van zorg geclusterd in vier dimensies<sup>5</sup>, geïnspireerd door de indeling die in verschillende ICHOM-sets wordt gebruikt:

1. klinische effectiviteit;
2. toegankelijkheid en tijdigheid;
3. patiëntgerichtheid;
4. kwaliteit van leven.

Hiermee creëren we eenduidigheid in taal en beleid (zie afbeelding op de volgende pagina).

Hieronder lichten we de verschillende dimensies kort toe.

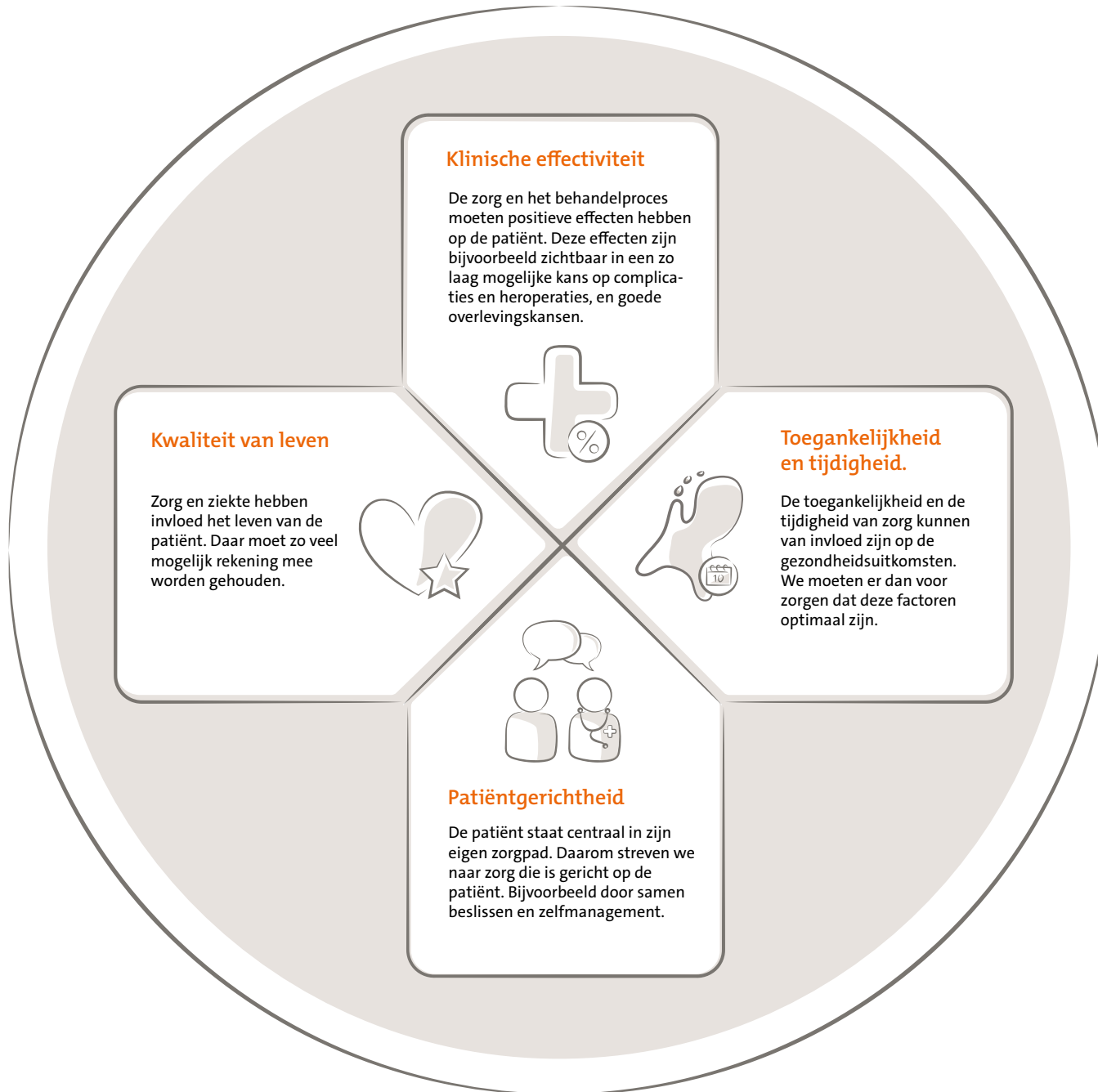
### **Klinische effectiviteit**

De klinische effectiviteit is als eerste dimensie van kwaliteit van zorg ons startpunt bij het ontwikkelen van beleid. Onder de klinische effectiviteit verstaan we de uitkomsten van zorg en het behandelproces. Is de geleverde zorg medisch gezien effectief geweest? Oftewel: heeft de zorg de beoogde uitkomsten opgeleverd voor de patiënt of had de zorg juist negatieve gevolgen? Bij het eerste denken we bijvoorbeeld aan gezondheidsuitkomsten (waaronder de PROM's) en overleving. Bij het tweede bijvoorbeeld aan complicaties, heroperaties en sterfte.

### **Toegankelijkheid en tijdigheid**

De tweede dimensie in het model is toegankelijkheid en tijdigheid van zorg. Hiermee bedoelen we de toegankelijkheid en tijdigheid die een effect hebben op de gezondheidsuitkomsten bij patiënten, zoals de periode tussen de diagnose en de behandeling. Het kan voor de gezondheidsuitkomst van groot belang zijn dat die periode zo kort mogelijk is.

# Kwaliteit van zorg



## Patiëntgerichtheid

De derde dimensie van het kwaliteitsmodel is de patiëntgerichtheid van de zorg. De verleende zorg moet aansluiten bij de behoefte van de patiënt. Wij vinden het bijvoorbeeld belangrijk dat er waar mogelijk ruimte is voor zelfmanagement, eigen regie en samen beslissen.

Op de momenten dat er iets te kiezen valt binnen een behandeling of zorgpad, vinden we het belangrijk dat er ruimte is voor samen beslissen. Dit moet een vanzelfsprekend onderdeel zijn van de zorg om de actieve betrokkenheid van patiënten bij besluitvorming over hun behandeling te vergroten. De arts en de patiënt bespreken samen wat de behandelopties zijn en wat de voor- en nadelen daarvan zijn. Vervolgens komen zij mede op basis van de voorkeuren van de patiënt gezamenlijk tot het gewenste zorgplan.

## Kwaliteit van leven

Ziekte en zorg kunnen meerdere aspecten in iemands leven beïnvloeden. Met de vierde dimensie, Kwaliteit van leven, houden we hier rekening mee. We willen dat zorg positief bijdraagt aan de kwaliteit van leven van patiënten. Kwaliteit van leven is een brede en persoonlijke waardering van iemands leven op meerdere aspecten: fysiek, psychisch, sociaal en omgeving.

## Kwaliteit van zorg meten en transparant maken

Landelijk zijn steeds meer partijen bezig met het ontwikkelen en transparant maken van kwaliteitsindicatoren die inzicht geven in de uitkomsten, het proces en de structuur van de geleverde zorg. Voor de ziekenhuiszorg zijn dit organisaties als DICA (Dutch Institute for Clinical Auditing), IKNL en het Zorginstituut Nederland.



CZ groep wil de landelijk beschikbare informatie actief gebruiken binnen haar inkoop. Wij stimuleren zorgaanbieders om de resultaten onderling te bespreken en via een kwaliteitscyclus hun zorg steeds verder te verbeteren. Dit doen we onder meer door de informatie inzichtelijk te maken voor zorgaanbieders en de verschillen te bespreken in bijvoorbeeld kwaliteitsgesprekken. Daarnaast maken wij de verschillen ook inzichtelijk voor onze verzekerden in de Zorgvinder. Dit biedt onze verzekerden keuze-informatie en stimuleert zorgaanbieders om de beste zorg te leveren.

We vinden het belangrijk om bij het meten van de uitkomsten van zorg ook te kijken naar patiëntervaringen. De PREM (patient reported experience measures) en Zorgkaart Nederland richten zich op de beleving van patiënten. Zij gaan in op aspecten zoals de bejegening, de informatievoorziening, de mate waarin er ruimte was voor samen beslissen en het proces van de geleverde zorg. Dit geeft ons waardevolle inzichten in hoe de zorg geleverd wordt en of deze aansluit bij de behoefte van de patiënten. Wij nemen, waar beschikbaar, de patiëntervaringen steeds meer mee in onze zorginkoopafspraken.

### **Kwaliteit van zorg borgen door waarde-gedreven zorgcontractering**

Op basis van de hierboven beschreven visie op kwaliteit ontstaat ons handelingsperspectief, op hoe we contracteren, onze verzekerden begeleiden of zelf vernieuwende concepten initiëren (bijvoorbeeld via co-creatie).

### **Relatie tussen kosten en kwaliteit bij waarde-gedreven zorgcontractering**

In de uiteindelijke contractering zet CZ groep de kwaliteit van zorg af tegen de kosten ervan. Daarbij kijken we, zoals gezegd, naar de dimensies klinische effectiviteit, toegankelijkheid, patiëntgerichtheid en kwaliteit van leven. De mate waarin kwaliteit of kosten leidend is bij de inkoop, hangt af van een aantal factoren.

Allereerst is het belangrijk dat er inzicht is in de kwaliteit en de kosten van de zorg. Deze informatie is essentieel om écht op waarde te kunnen sturen bij de zorginkoop. Daar waar geen kwaliteitsinformatie beschikbaar is, blijven de kosten leidend in de zorgcontractering. Bij de weging van kosten en kwaliteit speelt ook de impact van de aandoening op de overleving en het risico op complicaties voor de patiënt mee. Zo is de weging aan kwaliteit ten opzichte van kosten anders bij hoog complexe oncologische zorg dan bij een laag complexe, routinematige behandeling. Bij de eerste speelt uitsluitend kwaliteit een rol bij onze benadering, bij de tweede speelt naar kwaliteit ook kosten een rol.



## Waardegedreven zorgcontractering voor aandoeningen

Voor steeds meer aandoeningen wil CZ groep de waarde van de zorg vergroten via de zorginkoop. Voor de zorginkoop van 2018 zijn we gestart met darmkanker, wondzorg, dementie en electieve orthopedie voor heup- en knieartrose. Voor 2019 voegen we depressie en maag- en slokdarmkanker toe. We kijken hierbij onder meer naar het verbeterpotentieel op het gebied van de kwaliteit van zorg en de mogelijkheden om verbeteringen te realiseren. Op basis hiervan maken we specifieke inkoop- of samenwerkingsafspraken om de kwaliteit te bevorderen en meer waarde toe te voegen voor de patiënt.



## Bijlage 2: Referenties

- Aleman, C., Matsuda, T., Di Carlo, V., Harewood, R. et al. „Global surveillance of trends in cancer survival 2000-14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37513025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries.” *The Lancet*, nr. epub (2018).
- Allum, W., Lordick, F., Alsina, M., Andritsch E. et al. „ECCO essential requirements for quality cancer care: Oesophageal and gastric cancer.” *Onc Hem*, (2018): 179-193.
- Beck, N., Busweiler, L.A.D., Schouwenburg, M.G., Fiocco, M. et al. „Factors contributing to variation in the use of multimodality treatment in patients with gastric cancer: A Dutch population based study.” *Eur J Surg Oncol*, nr. 44 (2018): 260-267.
- Busweiler, L.A., Schouwenburg, M.G., van Berge Henegouwen, M.I., Kofschoten, N.E. et al. „Textbook outcome as a composite measure in oesophagogastric cancer surgery.” *Br J Surg*, nr. 104 (2017): 742-750.
- Busweiler, L.A.D., Wijnhoven, B.P.L., van Berge Henegouwen, M.I., Henneman, D. et al. „Early outcomes from the Dutch Upper Gastrointestinal Cancer Audit.” *BJS*, nr. 103 (2016): 1855-1863.
- de Lange, B., van Leersum, N., van Loe C., Wouters, M. DICA Jaarrapportage. Leiden: Stichting DICA, 2016.
- Dikken, J.L., van Sandick, J.W., Allum, W.H., Johansson, J. et al. „Differences in outcomes of oesophageal and gastric cancer surgery across Europe.” *Br J Sur*, nr. 100 (2013): 83-94.
- Haj Mohammad, N, N Bernards, M van Putten, VEPP Lemmens, MGH van Oijen, en HWM van Laarhoven. „Volume-outcome relation in palliative systematic treatment of metastatic oesophagogastric cancer.” *Eur J Can*, nr. 78 (2017): 28-36.
- IKNL. Cijfers over kanker. 2018. [www.cijfersoverkanker.nl](http://www.cijfersoverkanker.nl) (geopend 2 20, 2018).
- IKNL. „Kankerzorg in beeld: zeldzame kanker.” 2018.
- Koëter, M., van Steenberg, L.N., Lemmens, V.E.P.P., Rutten, H.J.T., et al. „Hospital of diagnosis and probability to receive a curative treatment for oesophageal cancer.” *EJSO*, (2014): 1-8.
- Schouwenburg, M.G., Busweiler, L.A.D., Beck, N., Henneman, D. et al. „Hospital variation and the impact of postoperative complications on the use of perioperative chemo(radio)therapy in resectable gastric cancer. Results from the Dutch Upper GI Cancer Audit.” *Eur J Surg Oncol*, nr. epub (2018).
- van Putten M., Verhoeven, R.H.A., Koëter, M., van Laarhoven, H.W.M. et al. „Ziekenhuis van diagnose beïnvloedt kans op curatieve behandeling voor slokdarm- en maagkanker.” *Ned Tijdschr Geneesk*, (2018): 1-6.
- van Putten, M., Koëter, M., van Laarhoven, H.W.M., Lemmens, V.E.P.P., et al. „Hospital of diagnosis influences the probability of receiving curative treatment for esophageal cancer.” *Ann S*, nr. 267 (2018): 303-310.
- van Putten, M., Verhoeven, R.H.A., van Sandick, J.W., Plukker, J.T.M. et al. „Hospital of diagnosis and probability of having surgical treatment for resectable gastric cancer.” *BJS*, nr. 103 (2016): 233-241.



**Alles voor betere zorg**