



Waardegedreven zorgcontractering

Nier- en blaaskanker

OHRA Direct
geregeld

N nationale
nederlanden

Inhoudsopgave

1	Inleiding	3
1.1	Meer mensen met kanker én meer behandel mogelijkheden	3
1.2	Blaaskanker: de stand van zaken	3
1.3	Nierkanker: de stand van zaken	4
1.4	Verkenning gaf inzicht in verbeterpotentieel	4
1.5	Kern visie: alle patiënten krijgen de zorg die zij nodig hebben	4
2	Knelpunten in de zorg voor mensen met blaas- en/of nierkanker	6
2.1	Versnippering en ongelijke toegang tot behandelaanbod	6
2.2	Nog weinig keuzeondersteunende informatie beschikbaar	6
2.3	Weinig kwaliteitsdata beschikbaar	7
2.4	Praktijkvariatie in de behandeling van blaaskanker	7
2.5	Praktijkvariatie in de behandeling bij nierkanker	8
3	Hoe kan de zorg beter? Expertzorg!	10
3.1	Belangrijke rol weggelegd voor expertziekenhuizen	10
3.2	Invoering van een regionaal MDO	12
4	Aanpak	13

Inleiding

1.1 Meer mensen met kanker én meer behandel mogelijkheden

Het aantal mensen met kanker neemt toe. In 2018 kregen ruim 116.000 mensen de diagnose kanker. De overlevingskansen voor kanker¹ in het algemeen nemen toe: twee derde van de patiënten overleeft de ziekte, hoewel er grote verschillen bestaan tussen de verschillende kankersoorten. Ook de mogelijkheden voor diagnostiek en behandeling nemen razendsnel toe. Vaak gaat het om een behandeling met gespecialiseerde geneesmiddelen, zoals nieuwe vormen van immunotherapie die het leven kunnen verlengen. Door de toename van het aantal patiënten én de behandel mogelijkheden stijgen ook de kosten. De kosten voor goedaardige en kwaadaardige nieuwvormingen zijn in 2040 naar verwachting 4 keer zo hoog als in 2015².

1.2 Blaaskanker: de stand van zaken

Blaaskanker ontstaat meestal vanuit het slijmvliesweefsel aan de binnenkant van de blaas. De ziekte komt voor in 2 soorten: niet-spierinvasieve blaaskanker (waarbij de tumor zich beperkt tot het slijmvliesweefsel) en spierinvasieve blaaskanker (waarbij de tumor is doorgroeid in de blaaspier)³. Niet-spierinvasieve blaaskanker (of 'oppervlakkige blaaskanker') komt het meest voor en is bovendien een soort kanker die vaak terugkomt.

Het aantal nieuwe patiënten met spierinvasieve blaaskanker is gestegen van 1104 in 1990 naar 1707 in 2018⁴. Voor oppervlakkige blaaskanker is het aantal nieuwe patiënten gestegen van 2412 in 1990 naar 4876 in 2018⁴. (Dit betreft nieuwe patiënten met een niet-spieerinvasieve vorm, inclusief zeer kleine en oppervlakkige tumoren (in situ).) In 2017 hebben 9561

verzekerden van CZ groep zorg ontvangen die was gerelateerd aan de diagnose blaaskanker. (NB: Dit is een grotere groep dan alleen het aantal nieuwe patiënten). In datzelfde jaar waren er 253 verzekerden van CZ groep die een blaasverwijdering (cystectomie) ondergingen.

Overleving nauwelijks verbeterd

De overleving bij blaaskanker is tussen 1970 en 2015 nauwelijks verbeterd. Deze is stabiel gebleven rond de 55% (5 jaar na de diagnose)⁵. Er zijn grote verschillen in de overleving tussen spierinvasieve en oppervlakkige blaaskanker. Voor oppervlakkige blaaskanker ligt de vijfjaarsoverleving op 91%. Voor spierinvasieve blaaskanker ligt de vijfjaarsoverleving fors lager op 51% voor stadium II-tumoren, op 40% voor stadium III-tumoren en op slechts 12% voor stadium IV-tumoren⁶.

Kosten nemen toe

De totale kosten van de blaaskankerzorg nemen toe. In 2017 bedroegen de totale kosten voor deze groep patiënten bij CZ groep zo'n 44 miljoen euro, een stijging van ongeveer 18% ten opzichte van 2015. De kosten voor patiënten die in 2016 zijn gestart, bedroegen iets meer dan € 10.000 per persoon voor het eerste behandeljaar. (Die kosten zijn opgebouwd uit de kosten voor MSZ, IC, dure geneesmiddelen en radiotherapie.) In het volgende behandeljaar nemen de kosten fors af. Of er ook sprake is van een toename van de kosten per patiënt is nog lastig te zeggen, omdat alleen de kosten voor het eerste en tweede jaar volledig gedeclareerd zijn.

¹ Bron: www.cijfersoverkanker.nl

² Bron: www.vtv2018.nl/zorguitgaven

³ Bronnen: www.kanker.nl (over blaaskanker) en de website van het KWF.

⁴ Bron: www.cijfersoverkanker.nl

⁵ Bron: www.cijfersoverkanker.nl

⁶ Bron: www.kanker.nl

1.3 Nierkanker: de stand van zaken

Bij nierkanker zijn verschillende behandelingen mogelijk. Deze zijn afhankelijk van het stadium van de tumor. Als er geen uitzaaiingen zijn, kan de patiënt een operatieve ingreep ondergaan (niersparend of een volledige verwijdering). Zijn er wél uitzaaiingen, dan is alleen een palliatieve behandeling mogelijk via bestraling, doelgerichte therapie of immunotherapie. Niet behandelen is ook een optie.

Voor nierkanker steeg het aantal nieuwe patiënten van 1270 in 1990 naar 2693 in 2018 (voorlopige cijfers). Bij CZ groep waren er in 2017 4016 patiënten die zorg ontvingen vanwege de diagnose nierkanker (NB: Dit is een grotere groep dan het aantal nieuwe patiënten.) De overleving bij nierkanker is in de periode tussen 1970 en 2015 gestegen van 40% naar 66% (5 jaar na de diagnose)⁷.

Kosten zorg nierkanker nemen toe door introductie nieuwe dure geneesmiddelen

De totale kosten van de zorg voor mensen met nierkanker bedroegen (voor CZ groep) in 2017 zo'n 16 miljoen euro. De kosten per patiënt liggen iets hoger dan bij blaaskanker; in 2016 waren de kosten per patiënt voor het eerste jaar gestegen tot ruim € 12.800. Deze kosten nemen na het eerste jaar iets minder snel af dan bij blaaskanker. Dit is waarschijnlijk het gevolg van de introductie van nieuwe (dure) geneesmiddelen. Zo zijn de kosten voor het tweede jaar voor de patiënten die in 2016 zijn gestart, gestegen met bijna 80% ten opzichte van de kosten voor het tweede jaar voor de patiënten die in 2015 zijn gestart. Ook zien we dat de kosten van het derde jaar weer wat hoger liggen dan die van het tweede jaar; een definitief beeld is echter nog niet te geven, omdat niet al deze kosten al gedeclareerd zijn.

De kosten van dure geneesmiddelen die worden ingezet bij de behandeling van nierkanker liggen fors hoger dan bij blaaskanker. De middelen Sunitinib, Nivolumab en Pazopanib nemen hiervan meer dan 85% voor hun rekening.

1.4 Verkenning gaf inzicht in verbeterpotentieel

De afgelopen maanden hebben wij een verkenning uitgevoerd naar de belangrijkste knelpunten in de huidige zorg voor mensen met blaas- en/of nierkanker. Deze verkenning bestond uit gesprekken met experts uit het veld (deskundigen uit verschillende ziekenhuizen, NVU, IKNL), de patiëntenverenigingen (NFK en Leven met Blaas- of Nierkanker) en literatuuronderzoek. Uit onze verkenning blijkt dat 'gelijke' patiënten niet altijd een zelfde behandelaanbod krijgen. Het maakt uit in welk ziekenhuis de diagnose wordt gesteld. In hoofdstuk 2.1 werken we dit verder uit. Daarnaast blijkt het aanbod van diagnostiek en behandeling voor blaas- en nierkanker behoorlijk versnipperd. Dit betekent in sommige gevallen lage volumes per ziekenhuis en een team dat (te) weinig ervaring opdoet met de diagnostiek en behandeling van specifieke tumorsoorten. Wij vinden dit een onwenselijke situatie en willen graag een bijdrage leveren aan het verbeteren van de kwaliteit van de zorg voor patiënten met blaas- en/of nierkanker. In hoofdstuk 2 gaan wij verder in op de knelpunten die in onze verkenning naar voren zijn gekomen.

1.5 Kern visie: alle patiënten krijgen de zorg die zij nodig hebben

CZ groep wil dat zijn verzekerden zorg van goede kwaliteit krijgen. Wij hebben daarom een **visie op kwaliteit** geformuleerd en deze voor verschillende aandoeningen verder uitgewerkt. Zo hebben we in 2018 bijvoorbeeld een visie geformuleerd op de zorg voor mensen met een **depressie** en voor mensen met **maag-/slokdarmkanker**. Dit jaar hebben we een visie ontwikkeld op de zorg voor patiënten met blaas- en/of nierkanker. Deze is tot stand gekomen op basis van onze verkenning en na consultatie van het veld en de patiëntenverenigingen.

In onze visie krijgen alle patiënten de zorg die zij nodig hebben. Het lijkt een open deur, maar uit onze verkenning blijkt dat dit lang niet altijd het geval is.

⁷ Bron: Kankerzorg in Beeld, 2014.

Expertzorg is een cruciaal element in onze visie. Deze expertzorg willen wij bereiken door het aanwijzen van expertziekenhuizen, die vervolgens de regie voeren over het netwerk van ziekenhuizen in de regio. Dit betekent onder meer dat zij zorgen voor de ontwikkeling van een zorgpad en een regionaal MDO organiseren. Essentieel is dat de indicatie en het behandelplan door een expertziekenhuis in het regionaal MDO worden vastgesteld.

Samen met een beperkt aantal beoogde expertziekenhuizen werken wij deze visie in 2020 verder uit en scherpen deze waar nodig aan. Vervolgens rollen we de nieuwe werkwijze samen met alle betrokken zorgaanbieders verder uit. We verwachten dat de kwaliteit van de zorg op deze manier op een hoger niveau komt. Onze voorstellen om de zorg te verbeteren, leest u in hoofdstuk 3. In hoofdstuk 4 ten slotte schetsen wij onze aanpak in detail.



Knelpunten in de zorg voor mensen met blaas- en/of nierkanker

2.1 Versnippering en ongelijke toegang tot behandelaanbod

In 2017 verscheen het rapport 'Op weg naar expertcentra en netwerken vanuit patiëntperspectief' van de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK). Daarin signaleert de NFK een spreiding van behandelingen over het zorgveld, terwijl dit ten koste kan gaan van de patiëntveiligheid en doelmatigheid. Daarnaast frustreert een grote spreiding een 'effectieve en snelle kennisopbouw'. De NFK pleit daarom voor minder vrijblijvende afspraken over consultaties en doorverwijzingen, zodat iedere kankerpatiënt een gelijke toegang heeft tot hoogwaardige oncologische zorg.

In het rapport 'Expertzorg voor alle mensen met kanker', dat in februari verscheen, benadrukt de NFK nogmaals dat de eerder geconstateerde versnippering binnen de oncologische zorg een groot knelpunt is. Versnippering betekent onder meer: lage volumes per ziekenhuis en een team dat weinig ervaring heeft met specifieke soorten tumoren. Daarnaast zijn de mogelijkheden voor onderzoek relatief beperkt en door de geringe volumes wordt het meten van kwaliteit ook lastig. De NFK wil de oncologische zorg organiseren in een beperkter aantal ziekenhuizen die expertzorg leveren.

De NFK vindt onder meer dat deze 'expertziekenhuizen' de complete zorg voor mensen met de betreffende kankersoort in alle stadia moeten bieden. Bovendien moet er een breed, gespecialiseerd multidisciplinair team zijn voor het totale pad van diagnostiek en behandeling. Ook vindt de NFK dat deze ziekenhuizen een minimaal aantal patiënten moeten zien, waarbij ze onderscheid maken tussen zeldzame en niet-zeldzame tumoren.

De knelpunten die de NFK constateert, kwamen ook terug in onze eigen verkenning. Wij spraken met

verschillende experts en de patiëntenvereniging Leven met Blaas- of Nierkanker. In die gesprekken kwam naar voren dat het belangrijkste knelpunt is dat gelijke patiënten niet altijd dezelfde behandeling (aangeboden) krijgen. Het maakt uit in welk ziekenhuis de diagnose wordt gesteld. Als een bepaald ziekenhuis een bepaalde behandeling niet uitvoert, kan het zijn dat de patiënt deze behandeling ook niet aangeboden krijgt. Dit kan gaan om de verschillende behandelmodaliteiten (inclusief behandeling met dure geneesmiddelen) én om de verschillende operatietechnieken die toegepast worden.

2.2 Nog weinig keuzeondersteunende informatie beschikbaar

Een ander groot knelpunt dat de patiëntenvereniging signaleert, is de gebrekkige informatievoorziening richting de patiënt. De patiënt heeft onvoldoende inzicht in de verschillende behandelopties en er is vaak geen sprake van samen beslissen. Ook bestaat er weinig informatie over de hulpmiddelen die in sommige gevallen het gevolg zijn van de behandeling van vooral blaaskanker. Tot slot krijgen patiënten te weinig betrouwbare informatie over de kans dat een tumor terugkeert.

De patiëntenvereniging geeft verder aan dat er behoefte bestaat aan een ondersteunend instrument voor de keuze tussen een blaassparende operatie of een blaasverwijdering. Zo'n instrument is nog niet beschikbaar. Het Radboudumc heeft in samenwerking met de patiëntenvereniging en de Stomavereniging al wel een keuzehulp ontwikkeld voor patiënten bij wie de blaas operatief is verwijderd. Deze keuzehulp biedt ondersteuning bij de keuze tussen een stoma of een neoblaas. Patiënten krijgen informatie over de verschillende opties en de voor- en nadelen daarvan.

De keuzehulp biedt verder een kennistest en een vragenlijst over de voorkeuren van de patiënt. Er is namelijk geen beste behandeling; de keuze is afhankelijk van de specifieke voorkeuren van de patiënt. Deze keuzehulp is nu al beschikbaar op stomaofneoblaas.nl. De patiëntenvereniging verwijst hier ook naar op haar eigen website.

Voor nierkanker is geen keuzehulp beschikbaar. Voor andere, meer generieke delen van het zorgpad zijn wél instrumenten beschikbaar. Bijvoorbeeld voor mensen die chemotherapie krijgen. Zo is er een keuzehulp ontwikkeld voor hoofdhuidkoeling bij chemotherapie. Deze is beschikbaar via kiesbeter.nl.

Niet alleen patiënten onderstrepen het belang van keuzeondersteunende informatie. Eind 2018 heeft de patiëntenvereniging Leven met Blaas- of Nierkanker een onderzoek⁸ uitgevoerd onder 65 urologen. Daaruit blijkt dat urologen het tijdens de fase van diagnostiek het belangrijkste vinden dat patiënten alle behandelopties kennen en begrijpen. Urologen geven dan ook aan dat blaas- en nierkankerpatiënten vrijwel altijd betrokken worden bij de keuze voor een behandeling (52% altijd; 2% nooit). Bijna een kwart van de urologen geeft aan meer tijd te willen hebben voor de patiënt. Vaak gaat het dan om meer tijd voor ondersteuning en uitleg.

2.3 Weinig kwaliteitsdata beschikbaar

Voor blaaskanker en nierkanker is slechts in beperkte mate kwaliteitsinformatie beschikbaar. Voor blaaskanker wordt wel kwaliteitsinformatie aangeleverd bij Zorginstituut Nederland. Het betreft een beperkte set informatie, die bovendien in ontwikkeling is. De enige kwaliteitsinformatie die voor 2018 voorhanden is, bestaat uit het volume, klantpreferentievragen en het aandeel patiënten dat besproken wordt in het MDO. De indicatoren 30-dagen mortaliteit en PROM's worden in 2019 voor het eerst uitgevraagd en geregistreerd. Deze data komen dus in 2020 beschikbaar en kunnen eventueel gebruikt worden voor de zorginkoop voor 2021. Zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties zijn betrokken bij de doorontwikkeling van indicatoren, waarbij wij specifieke aandacht vragen voor de ontwikkeling van uitkomstindicatoren. Tot slot hebben we via de SONCOS-uitvraag voor de minimumnormen inzicht in het aantal

patiënten met blaaskanker dat een blaasverwijdering (cystectomie) ondergaat. Voor nierkanker hebben we inzicht in het aantal nieuw gediagnosticeerde patiënten, het aantal operaties en de systemische therapie.

Nierkanker behoort niet tot de 30 aandoeningen waarvoor kwaliteitsinformatie wordt aangeleverd bij Zorginstituut Nederland. Bovendien is er geen ICHOM-set beschikbaar voor nierkanker en blaaskanker.

2.4 Praktijkvariatie in de behandeling van blaaskanker

2.4.1 Afwijking van de richtlijn bij de behandeling van niet-spierinvasieve blaaskanker

Niet-spierinvasieve blaaskanker behoort tot de standaard van de uro-oncologische zorg. Een lokale verwijdering van de blaastumor en daarna een blaasspoeling is in principe de aangewezen behandeling volgens de richtlijn. (Deze behandeling wordt ook TURT genoemd: transurethrale resectie van de tumor). We zien echter dat een groot deel van de ziekenhuizen slechts in de helft van de gevallen de richtlijn volgt. De andere helft van de patiënten wordt behandeld met een TURT zonder blaasspoeling. Eind november 2018 publiceerde Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) op zijn website⁹ een overzicht van 30 ziekenhuizen in Nederland die in de periode 2012-2016 patiënten met niet-spierinvasieve blaaskanker behandelden. Hieruit blijkt dat sommige ziekenhuizen vrijwel alle patiënten met blaaskanker behandelden met een blaasspoeling na een TURT. De helft van de ziekenhuizen is hier veel terughoudender in; het aandeel patiënten met een blaasspoeling na een TURT bedraagt hier tussen de 40 en 70%. Aangezien er bij de TURT een risico op blaasperforatie bestaat, wordt er bij een verdenking hierop geen blaasspoeling gegeven. Voor een deel zou het dus wenselijke variatie kunnen zijn en kan het een weloverwogen besluit zijn om af te wijken van de richtlijn.

⁸ www.blaasofnierkanker.nl/wp-content/uploads/2019/01/20190126-Rapport-zorgprofessionals-blaas-nierkanker.pdf

⁹ Bron: www.IKNL.nl

2.4.2 Verschillen tussen ziekenhuizen bij de behandeling van spierinvasieve blaaskanker

Spierinvasieve blaaskanker behoort tot de hoogcomplexen en laagvolumezorg. De richtlijn geeft aan dat bij spierinvasieve blaaskanker een blaasverwijdering (cystectomie) in principe de aangewezen behandeling is. Dit is wel afhankelijk van het tumorstadium; niet behandelen kan ook een optie zijn. Tussen ziekenhuizen is variatie zichtbaar in het aandeel van cystectomieën in het totale aantal patiënten met spierinvasieve blaaskanker.

Uit de cijfers van IKNL⁹ blijkt dat in Nederland gemiddeld bij ongeveer de helft van de patiënten met spierinvasieve blaaskanker (stadium T2-4a) de blaas wordt verwijderd. Daarbij varieert het aandeel cystectomieën tussen de 30% en 65%. Daarnaast blijkt uit de cijfers dat er ook variatie bestaat tussen individuele ziekenhuizen in het toepassen van neo-adjuvante chemotherapie. Dat is chemotherapie die gegeven wordt vóór de operatie en/of bestraling. De richtlijn Blaascarcinoom¹⁰ adviseert om neo-adjuvante chemotherapie te geven en cystectomie niet langer uit te stellen dan 3 maanden na de diagnose. Er bestaan verschillen tussen ziekenhuizen in de mate waarin neo-adjuvante chemotherapie wordt toegepast. De kans dat patiënten deze vorm van therapie aangeboden krijgen, kan afhankelijk zijn van het beleid van het ziekenhuis, de individuele arts, de patiëntkenmerken én de keuze van de patiënt zelf.

2.5 Praktijkvariatie in de behandeling bij nierkanker

	Nieuwe patiënten	Operatieve ingrepen	Systemische behandeling
Norm	20	10	10
Aantal ziekenhuizen	63	57	47

De behandeling van nierkanker is behoorlijk verspreid over ziekenhuizen in Nederland. De SONCOS-norm voor nieuwe patiënten die gediagnosticeerd of behandeld zijn voor nierkanker, ligt op 20. In 2018 voldeden 63 ziekenhuizen aan deze norm. 57 ziekenhuizen voldeden aan de norm voor operatieve ingrepen bij nierkanker en 47 ziekenhuizen aan de norm voor systemische behandeling.

Deze 47 ziekenhuizen moeten schriftelijke afspraken (SLA's, service level agreements) hebben met een referentieziekenhuis voor de indicatiestelling en de evaluatie van bijwerkingen. De ziekenhuizen moeten dit aanvragen bij de zorgverzekeraars. Recent heeft de WIN-O (Werkgroep Immunotherapie Nederland voor Oncologie) op zijn website een verdere aanscherping van dit beleid gecommuniceerd. De indicatiestelling en toepassing van de eerstelijns combinatiebehandeling met Nivolumab en Ipilimumab bij uitgezaaide nierkanker (zie volgende paragraaf) vindt voorlopig slechts plaats in de 14 melanoomcentra. Dit vanwege een positief advies van de NVMO-commissie BOM¹¹.

2.5.1 Combinatietherapie in aantocht voor gevorderd niercelcarcinoom

Voor de behandeling van nierkanker¹² bij volwassenen heeft het Committee for Medicinal Products for Human Use medio november 2018 een positieve opinie afgegeven voor combinatietherapie van Ipilimumab met Nivolumab¹³. De minister heeft aangegeven dat de verstrekking van Ipilimumab bij deze behandeling in aanmerking komt voor plaatsing in de sluis. In voorafgaand onderzoek zijn de totale kosten bij een mediane behandelduur berekend op € 75.565 euro per cyclus¹⁴. De werkelijke prijs zal lager liggen en is afhankelijk van de prijsreductie die het ministerie van VWS weet te behalen. Op basis van gegevens uit de Horizonscan van het Zorginstituut komen 367 tot 565 patiënten in aanmerking voor deze combinatiebehandeling.

⁹ Bron: www.IKNL.nl

¹⁰ Richtlijn Blaascarcinoom. Nederlandstalige samenvatting van de EAU guidelines on bladder cancer.

¹¹ Nederlandse Vereniging voor Medische Oncologie, de Commissie ter Beoordeling Oncologische Middelen.

¹² Specifiek: de eerstelijnsbehandeling van gevorderd niercelcarcinoom met intermediair/ongunstig risicoprofiel.

¹³ Bron: Regeling van de Minister voor Medische Zorg van 17 december 2018, kenmerk 1456973-185019-Z, houdende wijziging van de Regeling zorgverzekering in verband met de geneesmiddelen Ipilimumab, Nivolumab en Pembrolizumab.

¹⁴ Eerstelijns combinatiebehandeling met Nivolumab en Ipilimumab bij gemetastaseerd heldercellig nierkanker. Medische Oncologie. Februari 2019. p. 33-36.



2.5.2 Afwijking van de richtlijn bij de behandeling van nierkanker

Bij de behandeling van nierkanker, uitgesplitst naar de verschillende stadia van de ziekte, is er sprake van behoorlijke praktijkvariatie. De Nederlandse richtlijn stelt dat alle T1-tumoren indien mogelijk niersparend behandeld zouden moeten worden. Hierbij wordt niet de hele nier verwijderd en blijft zo veel mogelijk nierweefsel behouden. Er zijn dan verschillende alternatieve behandelingen mogelijk, zoals een gedeeltelijke nierverwijdering (partiële nefrectomie) en ablatie-technieken. Daarnaast is het aantal patiënten dat kiest voor active surveillance de laatste jaren toegenomen. Ondanks de richtlijn lijkt er een grote variatie te zijn, waarbij het ene ziekenhuis meer dan 75% van de patiënten met een T1-tumor niersparend behandelt en het andere ziekenhuis slechts 25%¹⁵.

Ook zien we dat het aandeel patiënten dat een nierverwijdering (radicale nefrectomie) ondergaat, varieert van 10-40%. Hoewel casemix hierbij een factor van belang is, is het niet aannemelijk dat dit de enige verklaring is voor dit grote verschil. Binnen deze groep patiënten die volgens de richtlijnen in aanmerking komen voor een nierverwijdering, zien we daarnaast een grote variatie in operatietechniek. In sommige centra krijgen alle patiënten een laparoscopische nefrectomie (waar de voorkeur naar uitgaat, maar wat niet bij alle tumoren haalbaar zal zijn). Hoewel dit wellicht minder relevant is voor de oncologische uitkomsten, heeft de keuze voor de operatietechniek wél invloed op bijvoorbeeld de ligduur.

¹⁵ Bron: IKNL.

Hoe kan de zorg beter? Expertzorg!

Een belangrijke conclusie is dat niet alle patiënten met gelijke kenmerken nu dezelfde zorg krijgen. Het maakt uit in welk ziekenhuis de diagnose gesteld wordt, omdat dit bepalend blijkt te zijn voor het behandelplan.

Deze variatie in het aanbod van behandelingen voor gelijke patiënten vinden wij onacceptabel. In onze visie krijgen alle patiënten met nierkanker of blaaskanker de zorg die zij nodig hebben: zorg van hoge kwaliteit die geleverd wordt door een dedicated team van experts. Deze experts zijn zorgverleners die zijn gespecialiseerd in de diagnostiek, behandeling en/of nazorg van mensen met een bepaalde kankersoort.

Deze expertzorg willen wij realiseren door het aanwijzen van expertziekenhuizen, die vervolgens de regie voeren over het netwerk van ziekenhuizen in de regio. Dit betekent onder meer dat zij zorgen voor de ontwikkeling van een zorgpad en een regionaal MDO organiseren. Het gaat hier over zorg en het hele spectrum aan behandelmogelijkheden (zowel curatief als palliatief). Samen beslissen is een vanzelfsprekend onderdeel van het zorgpad.

Met de realisatie van expertzorg verandert de verwijzingsstroom voor huisartsen niet. Omdat de indicatiestelling wordt geborgd in het regionale MDO, kunnen patiënten naar alle deelnemende ziekenhuizen uit het oncologisch netwerk verwezen worden. Het oncologisch netwerk is schematisch weergegeven in de afbeelding op de volgende pagina.

Hierbij past de kanttekening dat het netwerk voor blaaskanker niet overeen hoeft te komen met het netwerk voor nierkanker. De reden dat we deze aandoeningen beide als speerpunt hebben benoemd, is dat de knelpunten overeenkomen. Bovendien verwachten we dat de voorgestelde aanpak voor beide aandoeningen grote kwaliteitswinst kan opleveren.

3.1 Belangrijke rol weggelegd voor expertziekenhuizen

Expertziekenhuizen gaan een spilfunctie vervullen in de behandeling van blaas- en/of nierkanker. Zij voeren de regie over het totale pakket van zorg. In nauwe samenwerking met de betrokken netwerkziekenhuizen stellen zij het zorgpad vast, waarbij gezamenlijk wordt vastgesteld welke diagnostiek en behandeling op welke plaats binnen het netwerk wordt aangeboden. Deze afspraken leggen de ziekenhuizen vast in een samenwerkingsovereenkomst.

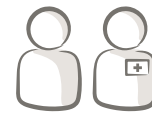
Daarnaast bepaalt het expertziekenhuis welke patiënten in het regionale, tumorspecifieke MDO worden besproken (zie ook paragraaf 3.3). In dit regionale MDO vindt de indicatiestelling plaats op basis van vooraf gezamenlijk afgestemde protocollen. Daarbij gaat het om het totale palet van zorg en behandelopties; dure geneesmiddelen maken hier integraal deel van uit. Bij het MDO zijn alle dedicated professionals betrokken: het multidisciplinaire team uit het expertziekenhuis én de betrokken disciplines uit de netwerkziekenhuizen.

3.1.1 Eisen aan expertziekenhuizen

Expertziekenhuizen voldoen ten minste aan de volgende criteria:

- Er is een dedicated team met alle bij de aandoening betrokken specialismen. Dit zijn in ieder geval de uroloog, de internist-oncoloog, de radioloog/nucleair geneeskundige, de radiotherapeut-oncoloog, de patholoog, de casemanager en/of oncologieverpleegkundige en/of verpleegkundig specialist oncologie en eventueel andere verpleegkundigen¹⁶.

¹⁶ Bron: SONCOS Normeringsrapport 7. 2019. Multidisciplinaire normering oncologische zorg in Nederland.



SDM

Bespreken behandelplan,
behandelopties en plaats van
behandeling



- Het expertziekenhuis biedt alle diagnostiek en behandelopties aan (chirurgisch, systemisch en radiotherapeutisch, eventueel in samenwerking met een radiotherapeutisch centrum).

Daarnaast vinden wij dat het expertziekenhuis:

- verantwoordelijk is voor het inrichten van een kortcyclische kwaliteitsevaluatie en het voortouw neemt bij de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren. Indien mogelijk wordt de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren op landelijk niveau aangepakt.
- verantwoordelijk is voor afspraken over bestuur en organisatie binnen het netwerk.
- verantwoordelijkheid draagt voor het maken van inhoudelijke afspraken met de netwerkziekenhuizen, onder meer over kwaliteitscriteria en transparantie over de resultaten, protocollen en zorgpaden.
- ervoor moet zorgen dat de patiëntgegevens op een veilige manier over de verschillende locaties gedeeld kunnen worden.
- er samen met het netwerkziekenhuis voor zorgt dat keuzeondersteunende informatie beschikbaar is/komt en dat samen beslissen vanzelfsprekend is binnen het zorgpad.

3.1.2 Eisen aan netwerkziekenhuizen

Netwerkziekenhuizen zijn de partners van het expertziekenhuis binnen het regionale netwerk. Zij voeren de diagnostiek en behandeling uit zoals binnen het netwerk is afgesproken. Daarbij bieden zij niet per se alle diagnostische en behandelopties uit het zorgpad zelf aan. Voor elementen van de behandeling kunnen zij – op basis van onderlinge afspraken – verwijzen naar het expertziekenhuis. De afspraken over welke zorg waar en onder welke voorwaarden geleverd wordt, leggen expert- en netwerkziekenhuizen vast in een samenwerkingsovereenkomst.

Netwerkziekenhuizen voldoen aan de volgende eisen:

- Netwerkziekenhuizen participeren – ten minste met een uroloog en een internist-oncoloog – in het wekelijkse, regionale MDO volgens de afspraken met het expertziekenhuis. Dit betekent dat zij verantwoordelijk zijn voor het inbrengen van patiënten voor de indicatiestelling en het vaststellen van het behandelplan. Daarbij volgen zij de afspraken die met het expertziekenhuis zijn gemaakt over welke groepen patiënten wel/niet besproken worden. Zij stellen zich toetsbaar en transparant op binnen het netwerk.

- Netwerkziekenhuizen zorgen er samen met de andere ziekenhuizen binnen het netwerk voor dat er keuzeondersteunende informatie beschikbaar is/komt en dat samen beslissen vanzelfsprekend is binnen het zorgpad.
- Gezamenlijk dragen zij er zorg voor dat de patiëntgegevens op een veilige manier over de verschillende locaties gedeeld kunnen worden.
- Zij nemen deel aan de kwaliteitsregistratie van het gezamenlijke netwerk. Daarbij delen zij onderling hun resultaten en richten zij een kortcyclische kwaliteitsevaluatie in. Netwerkziekenhuizen zijn transparant over de protocollen en resultaten van de kwaliteitscyclus.

3.2 Invoering van een regionaal MDO

Wij gaan in alle regio's sturen op de invoering van een regionaal MDO. Daarmee dringen we de variatie in het behandel aanbod terug en zorgen we ervoor dat gelijke patiënten een gelijke behandeling aangeboden krijgen. Het mag immers niet uitmaken in welk ziekenhuis de diagnose en indicatie worden gesteld; iedere patiënt heeft recht op dezelfde goede zorg.

Concreet betekent dit dat er in elke regio een expertziekenhuis is (zie paragraaf 3.1.1) dat een regionaal MDO organiseert. Het expertziekenhuis stelt vast welke patiëntencategorieën in het MDO worden besproken. Vervolgens brengen de deelnemende ziekenhuizen alle patiënten in die aan deze criteria voldoen. Cruciaal in deze aanpak is dat de indicatie en het behandelplan in goed overleg worden vastgesteld door een dedicated team in het expertziekenhuis.

Dit zijn wat ons betreft de eerste stappen richting kwalitatief hoogwaardige zorg bij blaas- en nierkanker. In de pilot zullen we onze vervolgaanpak verder concretiseren en de criteria waar nodig verder aanscherpen.

Aanpak

Om de geschetste veranderingen in de organisatie van de zorg te realiseren, gaan we dit jaar een samenwerking aan met een beperkt aantal expertziekenhuizen die een voortrekkersrol op dit gebied vervullen. Samen toetsen we onze visie en werken we die nader uit. In de loop van 2019 benaderen we deze ziekenhuizen en hun netwerk om in co-creatie een plan van aanpak op te stellen. Om te beginnen willen we samen bekijken hoe we kunnen borgen dat alle patiënten die in het regionale netwerk besproken moeten worden ook echt in het MDO ingebracht worden. Vanuit deze basis van een regionaal netwerk willen we werken aan een verdere aanscherping van de criteria voor expertzorg. We betrekken de patiëntenverenigingen hier nauw bij.

2019: Gesprekken met 2 of 3 mogelijke expertziekenhuizen en voorbereiding pilot

In deze pilot zetten we samen met de betrokken partijen in de regio, maar vooral met het expertziekenhuis, een regionaal MDO op voor de essentiële punten van expertzorg. De inrichting van een kortcyclische kwaliteits-evaluatie maakt hier deel van uit, net als een optimaal beleid voor dure geneesmiddelen. Alle afspraken worden vastgelegd in een samenwerkingsovereenkomst tussen het expertziekenhuis en de netwerkziekenhuizen. Als de voorbereidingen zijn afgerond, starten we begin 2020 met deze nieuwe werkwijze. De pilots duren ten minste 1 jaar. De aandachtspunten uit het NFK-rapport¹⁷ nemen we mee in de pilot.

2020: Uitvoering pilot – visie toetsen en eventueel bijstellen

In 2020 volgen we de pilot nauwgezet om de expertzorg binnen de regionale netwerken te evalueren en te toetsen aan onze visie. We willen graag inzicht krijgen in mogelijke obstakels, de rollen en verantwoordelijkheden binnen het netwerk én de rol die wij als zorgverzekeraar zelf kunnen vervullen. De evaluatie leidt mogelijk tot een bijstelling en aanscherping van onze visie en criteria. De pilot, die eind 2020 wordt afgerond, geeft ons inzicht in hoe de zorg in een netwerk rondom een

expertziekenhuis georganiseerd kan worden en welke criteria er aan regionale oncologische netwerken gesteld kunnen/moeten worden. Deze lessen nemen we mee naar andere regionale netwerken waarin expert- en netwerkziekenhuizen de zorg voor patiënten met blaas- en/of nierkanker organiseren.

2021 en 2022: Lessons learned meenemen in de verdere uitrol

In 2021 zetten we de pilots voort. We scherpen de criteria waar nodig aan en nemen de lessons learned mee in onze gesprekken met nieuwe kandidaten. In 2022 willen we deze werkwijze uitrollen in de rest van Nederland. De komende 2 jaar gebruiken we ook om passende zorginkoopconcepten te ontwikkelen.

2023: alle ziekenhuizen participeren in een netwerk

Wij hebben er vertrouwen in dat het lukt om in 2023 een herzien landschap te hebben op het gebied van nier- en blaaskanker. Zo is elke patiënt met blaas- en/of nierkanker verzekerd van de beste zorg. We gaan er daarbij van uit dat alle ziekenhuizen participeren in een netwerk, als expertziekenhuis of als netwerkziekenhuis, en dat zij een goed functionerend regionaal MDO en een kortcyclische kwaliteitsevaluatie hebben ingericht. Als dit niet het geval blijkt te zijn, dan overwegen wij om hier inkoopconsequenties aan te verbinden.

Tot slot nodigen wij ziekenhuizen van harte uit om met ons in gesprek te gaan over onze visie en de manier waarop wij samen kunnen bouwen aan een betere zorg voor mensen met blaas- en/of nierkanker.

¹⁷ 'Op weg naar expertcentra en netwerken vanuit patiëntperspectief' van de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK 2017).



Zorg die verder gaat