

## Oncologie gaat voor, andere zorg in de verdrukking

Maag-, darm- en leverartsen merken dat patiënten met inflammatoire darmziekten (IBD) en andere benigne aandoeningen steeds langer moeten wachten op een operatie. Oncologische patiënten krijgen voorrang. Dat komt, zeggen deze artsen, doordat ziekenhuizen willen voldoen aan kwaliteits- en volumenormen die aan oncologische zorg worden gesteld. Chirurgen daarentegen zien het bevolkingsonderzoek naar darmkanker als oorzaak: 'Er is een enorme groei in het aanbod.'



**A**d van Bodegraven, mdl-arts in het Orbis Medisch Centrum in Sittard, kan zijn irritatie nauwelijks onderdrukken: 'In de ziekenhuizen worden keuzes vaak niet in de spreekkamer gemaakt, maar daar waar zorg wordt ingekocht. Daar wordt bepaald wat in het profiel past, of in het financiële plaatje. Door de toenemende druk om zich te profileren hebben ziekenhuizen de neiging om alles te schrappen wat niet in het profiel past. Bij de patiënten met inflammatoire darmziekten komt dat pregnant tot uitdrukking in de wachttijd voor chirurgie.'

Van Bodegraven en zijn collega's mdl-artsen zien die wachttijd gestaag en verontrustend oplopen, met name bij de ziekte van Crohn en andere *inflammatory bowel diseases* (IBD). Reden genoeg om middels een brief aan Medisch Contact aan de bel te trekken, samen met de patiëntenvereniging Crohn en Colitis Ulcerosa Vereniging Nederland (CCUVN). Ook daar komen berichten binnen over lange wachttijden voor patiënten die op een darmoperatie wachten, zegt directeur Tineke Markus: 'Sinds vorig jaar merken wij dat patiënten langer moeten wachten op endoscopisch onderzoek, operaties worden steeds vaker meerdere keren uitgesteld. En operaties vanwege darmkanker krijgen voorrang.' Van Bodegraven: 'Het beperkte aantal plekken in een operatieprogramma loopt daarmee vol, de niet-oncologische zorg moet wijken. De vermeend minder ernstige aandoeningen zitten in het verdomhoekje, zeker in de academische ziekenhuizen. Galblaasoperaties kregen al langer minder prioriteit, vervolgens operaties bij functionele problemen zoals incontinentie, en nu dus de IBD-operaties. Voor alle drie is dat vervelend, maar bij IBD is tijd een belangrijke factor. Hoe langer je wacht met ingrijpen, hoe meer ellende je je op de hals haalt.'

### Wachttijd

De mdl-artsen hebben navraag gedaan bij de 48 ziekenhuizen waar IBD-patiënten terecht kunnen (respons 88%). Hun vermoedens bleken te kloppen: in de

universitair medisch centra is de gemiddelde wachttijd 9 weken (variërend van 6 tot 12 weken), in de algemene ziekenhuizen gemiddeld 3,5 weken (van 0 tot 12 weken). Verder bleek dat de umc's steeds vaker patiënten verwijzen in verband met de wachtlijstproblematiek. Volgens Ad Masclee, voorzitter van de Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen (NVMDL) speelde dit probleem enkele jaren geleden nog niet: 'Men kon binnen twee, drie weken terecht.' De lange wachttijd komt de patiënten niet ten goede, voegt hij toe: 'We hebben het hier over uitbehandelde mensen, bij wie vaak al biologicals zijn geprobeerd, die fistels hebben. Operaties bij deze groep zijn ingewikkeld; die moeten door ervaren, gespecialiseerde chirurgen worden uitgevoerd.' Markus vult aan: 'Als ze keer op keer worden uitgesteld, ontstaat de situatie dat pas bij spoed wordt ingegrepen; als er een darmperforatie is opgetreden, of als de ontsteking heel ernstig is. Dan worden de ingrepen nog moeilijker.'

#### Bevolkingsonderzoek

Ook AMC-chirurg Mark van Berge Henegouwen, voorzitter van Nederlandse Vereniging voor GastroIntestinale Chirurgie (NVGIC), ziet een toename van de oncologische colonchirurgie: 'Wij horen dat in sommige ziekenhuizen wel tot 30 procent méér aanbod is in de colo-

rectale chirurgie, zowel in de academische als in grote perifere ziekenhuizen. Maar dat cijfer is nog niet onderbouwd, er wordt nu een inventarisatie gedaan.' Volgens hem is er één duidelijke verklaring van de groei: het vorig jaar gestarte bevolkingsonderzoek naar darmkanker. 'Er is destijds veel geïnvesteerd in endoscopieën, maar over het vervolg is niet structureel nagedacht.' Er zijn klinieken, stelt hij, die nu zoveel extra carcinomen zien dat zij niet meer toekomen aan bijvoorbeeld IBD-operaties. 'In de planning gaat oncologische zorg vóór behandeling van benigne ziekten. IBD-patiënten gaan op zoek, melden zich bij de expertisecentra, zoals het AMC. Maar die hebben hetzelfde probleem.' Volgens de rapportage over 2014 van het bevolkingsonderzoek darmkanker werden in dat jaar bijna 2500 gevallen van kanker opgespoord. Geen van de briefschrijvers ontkent dan ook een verband met dat project. Maar het is maar een deel van het verhaal, zegt Masclee: 'Sommige bij het bevolkingsonderzoek gevonden kleine darmtumoren worden endoscopisch verwijderd, daar komt de chirurg niet in beeld.' Daarnaast is de druk om te voldoen aan oncologische normen én het willen profileren op dit gebied minstens zo belangrijk, vervolgt hij: 'We zien dat ziekenhuizen er vaak voor kiezen om het accent te leggen op

oncologische chirurgie. Met als gevolg dat andere operaties moeten wachten.' Volgens Van Bodegraven is deze tendens al sinds 2000 zichtbaar: 'Er is een toenemende druk voor ziekenhuizen om zich te profileren, te specialiseren op bepaalde gebieden. Wonderlijk genoeg is dat overal de oncologie.'

#### Emotie

Op de vraag waarom er geen academisch centrum is dat zich profileert met bijvoorbeeld de zorg voor IBD-patiënten, zegt Van Bodegraven: 'Dat heeft met geld te maken, met opties voor wetenschappelijk onderzoek en met politieke beeldvorming, met emotie. Het valt beter te verkopen om iemand met buikpijn te laten doorlopen, dan iemand met kanker. Die laatste ziekte is emotioneel beladen, politiek interessant en er gaat veel geld in om.'

De mdl-artsen willen daarom richtlijnen voor wachttijden, volumes en beschikbaarheid van mdl-artsen en chirurgen met relevante expertise. Is dat de oplossing? Masclee: 'Richtlijnen kunnen helpen. Daarmee kun je beter onderbouwd aandringen op een bepaalde maximale doorlooptijd. Want dat is nodig: meer ok-tijd, meer handen die het kunnen, en andere keuzes van de ziekenhuizen.'

Chirurg Van Berge Henegouwen is niet overtuigd: 'Volumenormen worden in alle ziekenhuizen gewoon gehaald. Daar ligt de oorzaak niet. Nee, de extra vraag komt door het bevolkingsonderzoek.' Maar de druk gaat van de ketel, voorspelt hij: 'De verwachting is dat patiëntenaanbod langs de weg van het bevolkingsonderzoek geleidelijk minder wordt. Dat duurt echter nog zeker een jaar of vijf. Ziekenhuizen leveren nu zorg voor hetzelfde budget als voorheen, maar er is een grens. Er moet dus extra geld komen.' Daarnaast bieden ontwikkelingen op de arbeidsmarkt volop mogelijkheden: 'Er lopen voldoende jonge klaren rond met tijdelijke aanstellingen. Hen zouden we op een effectieve manier moeten inzetten.' ■

#### web

De brief van de mdl-artsen en de rapportage 2014 van het bevolkingsonderzoek darmkanker zijn te vinden onder dit artikel op [medischcontact.nl](http://medischcontact.nl).

#### OOK IN DE GYNAECOLOGIE?

In de gynaecologie speelt het probleem in het algemeen niet, laat een woordvoerder van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) weten: 'In de umc's is de ok-tijd doorgaans structureel verdeeld tussen oncologische en benigne ingrepen. Alleen in acute situaties gaat de oncologie vóór.' Uit eigen ervaring kan René Verheijen, hoogleraar gynaecologische oncologie aan het UMC Utrecht, dat beeld bevestigen: 'Maar voor de komende jaren voorzien wij hier bij alle medisch specialismen een groeiende behoefte aan oncologische ok-tijd.' Volgens Verheijen leidt de – 'gelukkig' – toenemende concentratie van oncologische zorg ertoe dat de centra meer tijd moet inruimen voor gynaecologische operaties: 'Daar is nog niet iedereen op ingesteld.'

Tussen de het eerste polikliniekbezoek en het begin van de behandeling – stellen de normen van de Stichting Oncologische Samenwerking (Soncos) – mogen niet meer dan zes weken zitten. Verheijen: 'Voor de gynaecologische oncologie bestond deze norm in feite al. Daar was geen aanpassing voor nodig.'