Grote variatie in borstkankerzorg in België

Samenvatting van het rapport van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) over zorg in borstkankercentra met en zonder erkenning

Katte Ackaert — Studiedienst

Samenvatting

In het rapport van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) worden de voornaamste bevindingen gepresenteerd over borstkankerbehandeling in centra met erkenning als coördinerende/satelliet borstkliniek in vergelijking met centra zonder erkenning als borstkliniek. De studie focust specifiek op het volume per campus en de overlevingskansen na borstkanker.

In een centrum zonder officiële erkenning als borstkliniek is de kans om, als vrouw met invasieve borstkanker, te overlijden aan borstkanker 30% hoger dan in een centrum met erkenning als coördinerende borstkliniek. Dit verhoogde risico wordt ook gezien bij analyses op basis van het gemiddeld aantal patiënten behandeld per jaar per campus, in plaats van op basis van de erkenningsstatus van de campus.

Sleutelwoorden: KCE-rapport, borstkanker, borstkankerzorg, erkenning borstklinieken, coördinerende borstklinieken, satellietborstklinieken, voor u gelezen

Inleiding

Twintig jaar geleden riep het Europees Parlement de lidstaten op om van de strijd tegen borstkanker een prioriteit te maken aangezien er grote verschillen tussen de lidstaten waren op het vlak van overleving na borstkanker. Een belangrijk advies in de resoluties bestond uit het uitrollen van een netwerk van gecertificeerde, multidisciplinaire ziekenhuisafdelingen voor de diagnose, behandeling en opvolging van borstkanker in elke lidstaat. In 2006 stelde een Europese resolutie onder andere dat een borstkliniek jaarlijks een minimum van 150 nieuw gediagnosticeerde patiënten met primaire borstkanker moet kunnen garanderen. Elk teamlid kan met dit activiteitenniveau diens deskundigheid behouden. Tevens is dit minimum voldoende groot voor een kosteneffectieve werking van de borstkliniek. In België riep het voorgestelde minimale jaarlijkse activiteitenvolume onmiddellijk weerstand op aangezien slechts 14 van de 108 ziekenhuizen voldeden aan die Europese volumenorm. 44 ziekenhuizen in België behandelden zelfs minder dan 50 nieuw gediagnosticeerde patiënten met primaire borstkanker per jaar.

Hoewel een Europese resolutie juridisch niet bindend is, besloot de federale overheid er toch gevolg aan te geven. Het Koninklijk Besluit van 1 januari 2008 regelde de erkenning van borstklinieken in België. Enkel ziekenhuizen met een oncologisch zorgprogramma met minimaal 150 nieuwe diagnoses per jaar, kwamen in aanmerking voor deze erkenning. Er werden tevens vereisten opgesteld voor de multidisciplinaire medische en paramedische omkadering (borstverpleegkundige en psycholoog), de medische en verpleegkundige coördinatie, het multidisciplinair oncologisch consult (MOC), de registratie van de receptorstatus (oestrogeen, progesteron en HER2), de chirurgische infrastructuur en een volume van minstens 50 borstoperaties per arts per jaar. Bovendien werd de erkenning toegekend op campusniveau en niet op ziekenhuisniveau.

In de daaropvolgende jaren werd het concept van concentratie van borstkankerzorg onderuitgehaald door het volume per chirurg te verlagen naar minstens 30 borstoperaties per jaar en door een onderscheid te maken tussen 'coördinerende borstklinieken' en 'satellietborstklinieken'. Het minimum jaarlijks activiteitenvolume werd verlaagd naar 125 nieuwe diagnoses voor coördinerende borstklinieken en naar 60 nieuwe diagnoses voor satellietborstklinieken. Bijkomende voorwaarde om erkend te worden als satellietborstkliniek was een formele samenwerkingsovereenkomst met een coördinerende borstkliniek die de medische coördinatie en het voorzitterschap voor het multidisciplinair overleg verzorgt.

Het is belangrijk om hierbij op te merken dat de Belgische wet artsen die niet verbonden zijn aan een erkende coördinerende of satellietborstkliniek, niet verbiedt om borstkanker te behandelen. Dergelijke niet-erkende centra moeten ook niet voldoen aan de criteria die aan erkende borstklinieken worden opgelegd.

Voor patiënten is het moeilijk om na te gaan of de behandeling van hun borstkanker plaatsvindt in een erkende borstkliniek of niet. Sommige ziekenhuizen en/of campussen gebruiken immers de term 'borstkliniek' zonder over een officiële erkenning te beschikken. Deze patiënten krijgen hierdoor misschien niet de multidisciplinaire zorg bij diagnose, behandeling en revalidatie van borstkanker, die wettelijk voorzien is in de erkende borstklinieken.

De doelstelling van het KCE-rapport is na te gaan of patiënten met borstkanker beter behandeld worden in een erkende borstkliniek dan in een centrum zonder officiële erkenning als borstkliniek. Het KCE probeert een antwoord te bieden op volgende vragen.

- Is er een verband tussen de erkenningsstatus van een ziekenhuiscampus (coördinerende borstkliniek, satellietborstkliniek en campus zonder erkenning voor borstkanker) en de overleving van patiënten met invasieve borstkanker?
- Is er een verband tussen de erkenningsstatus van een ziekenhuiscampus en de zorgprocessen bij patiënten met borstkanker?

Deze twee vragen werden eveneens op een alternatieve manier geanalyseerd via het campusvolume (het gemiddelde jaarlijkse activiteitenvolume per campus) in plaats van de erkenningsstatus. De indeling van het campusvolume in laag, medium en hoog volume werd gebaseerd op de drempels voor de satelliet- en coördinerende borstklinieken (minder dan 60 nieuwe diagnoses van borstkanker per jaar, 60 tot 125 diagnoses of meer dan 125 nieuwe diagnoses per jaar).

Om deze vragen te beantwoorden werd de databank van het Kankerregister gekoppeld aan de gegevens van de ziekteverzekering via het InterMutualistisch Agentschap (IMA), aan de ontslaggegevens van de ziekenhuizen met details over de campus waar de zorg plaatsvond, en aan informatie van de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid over de vitale status (is de patiënt overleden of niet) van de patiënt.

1. Resultaten

Tot op het ogenblik van verschijnen van het KCE-rapport, verbiedt de wetgever niet dat vrouwen met borstkanker ook buiten de erkende borstklinieken behandeld worden. Het is verontrustend vast te stellen dat in 2018 bijna één op vijf patiënten behandeld wordt in een centrum zonder erkenning als borstkliniek. Deze patiënten hebben immers geen garantie op de omkadering die wettelijk voorzien is bij de erkende borstklinieken. Bovendien heeft 87% van deze centra slechts een gemiddeld jaarlijks volume van minder dan 60 nieuwe diagnoses, het minimum jaarlijks activiteitenvolume dat vereist is voor de erkenning als satellietborstkliniek.

Bij 20 van de 52 erkende coördinerende borstklinieken (38,5%) ligt het gemiddeld jaarlijks volume beneden de verplichte drempelwaarde van 125 nieuwe diagnoses. Drie van deze coördinerende borstklinieken haalden in 2018 niet eens het volume van 60 nieuwe diagnoses. Ook bij de satellietborstklinieken haalden 3 op de 13 (23,1%) niet het minimum van 60 nieuwe diagnoses per jaar. Van de 60 campussen zonder enige erkenning als borstkliniek die in 2018 patiënten met borstkanker behandelden, bleven er 52 (86,7%) onder een gemiddeld jaarlijks volume van 60 nieuwe diagnoses.

Deze gegevens zijn des te confronterend aangezien de analyse van het KCE aantoont dat de overlevingskans het hoogst is voor vrouwen die behandeld werden in een campus met een hoog volume, en het laagst voor vrouwen die behandeld werden in een campus met een laag volume. Een patiënt behandeld in een centrum zonder erkenning voor borstkanker heeft een risico op overlijden (al dan niet specifiek aan borstkanker) binnen de vijf jaar dat 12% hoger ligt, vergeleken met een patiënt behandeld in een coördinerende borstkliniek. Een patiënt behandeld in een campus met een laag volume heeft een risico op overlijden binnen de vijf jaar dat 17% hoger ligt in vergelijking met een patiënt behandeld in een campus met een hoog volume. Maar ook patiënten met borstkanker die werden behandeld in een campus met een medium activiteitenvolume hebben na vijf jaar een 14% hoger risico om te overlijden in vergelijking met patiënten behandeld in een campus met een hoog volume.

Dezelfde conclusie geldt wanneer de gegevens geanalyseerd worden op basis van de erkenningsstatus. De overlevingskans vijf jaar na de diagnose is het hoogst bij vrouwen die behandeld zijn in een erkende coördinerende borstkliniek en het laagst in een centrum zonder officiële erkenning. Ook wanneer de analyses rekening hielden met patiëntkarakteristieken (bijvoorbeeld verschillen in leeftijd bij diagnose, tumorstadium, fitheid van de patiënt, enz.), tonen de resultaten duidelijke verschillen in overlevingskans. Niet enkel is het risico om te overlijden hoger in een centrum met een laag volume of zonder erkenning als borstkliniek, ook de kans om te overlijden specifiek aan borstkanker was 30% hoger voor patiënten behandeld in een campus zonder erkenning voor borstkanker vergeleken met patiënten behandeld in een coördinerende borstkliniek. Voor patiënten met invasieve borstkanker die behandeld werden in een campus met een laag volume, was het risico om aan borstkanker te overlijden 44% hoger vergeleken met patiënten behandeld in een campus met een hoog volume. En voor patiënten die behandeld werden in een campus met een medium volume, was dat risico 30% hoger in vergelijking met een campus met een hoog volume. Deze bevindingen zijn eveneens terug te vinden in de internationale literatuur.

In het KCE-rapport werd niet enkel gekeken naar de overlevingskans van de vrouwen. Ook de kwaliteit van de borstkankerzorg werd onder de loep genomen aan de hand van dertien proces- en uitkomstindicatoren. De resultaten voor België voldeden voor verschillende indicatoren aan of waren of zelfs beter dan de Europese streefcijfers. Voor het bepalen van de receptorstatus en een histologische of cytologische beoordeling vóór de start van de oncologische behandeling scoorden de Belgische campussen goed, evenals voor de opstart van radiotherapie binnen de negen maanden na een borstsparende operatie bij vrouwen met niet-gemetastaseerde invasieve borstkanker. Bij een groot aantal van deze vrouwen werd geen tweede borstoperatie uitgevoerd, wat een bemoedigend resultaat is.

Voor andere indicatoren echter haalde de borstkankerzorg in ons land (nog) niet de voorgestelde streefcijfers. Vooral in campussen/ziekenhuizen met een laag volume verliep de rapportering van klinische en pathologische stadiuminformatie van de tumor aan het Kankerregister niet naar wens. De Belgische campussen haalden de Europese doelstelling om zowel een mammografie als een borstechografie te nemen bij 95% van de patiënten met invasieve borstkanker vóór het begin van de oncologische behandeling niet. Dit percentage was lager bij campussen met een laag activiteitenvolume in vergelijking met campussen met een hoog volume. Ook het streefdoel om de eerste behandeling binnen de 42 dagen na de incidentiedatum te starten, haalden de Belgische campussen net niet.

Verschillende andere kwaliteitsindicatoren konden echter niet berekend worden omdat de gegevens die hiervoor nodig zijn, niet op een gestructureerde en gestandaardiseerde manier worden verzameld. Op dat vlak is er nog veel werk aan de winkel.

2. Conclusie

Het KCE stelt vast dat in België centra zonder officiële erkenning als borstkliniek nog altijd een groot aantal patiënten met borstkanker behandelen. De vrouwen die in deze centra zonder erkenning als borstkliniek terechtkomen, hebben geen garantie op de (para)medische omkadering en faciliteiten die wettelijk zijn voorzien in de erkende borstklinieken. Naast het gebrek aan garantie op de beste omkadering, hebben deze vrouwen ook een verhoogde kans om te overlijden aan borstkanker binnen de vijf jaar na hun diagnose. Elke vrouw met borstkanker moet kwaliteitsvolle zorg kunnen krijgen van een multidisciplinair team mét ervaring. Die kwaliteitsvolle zorg en de overlevingskans van de vrouw mag niet afhangen van het centrum waar de vrouw terechtkomt.

De deelstaten zijn bevoegd om te controleren of aan de opgelegde normen voldaan wordt. Het is dus een verontrustende vaststelling dat 38,5% van de coördinerende borstklinieken en 23,1% van de satellietklinieken niet de verplichte drempelwaarde van respectievelijk 125 en 60 nieuwe diagnoses per jaar haalt.

Naar aanleiding van dit KCE-rapport heeft minister Vandenbroucke (Vandenbroucke, 2023) aangekondigd dat de behandeling van borstkanker in niet-erkende borstklinieken in de toekomst niet meer terugbetaald zal worden. Concreet gaat het om het niet meer terugbetalen van het stellen van de diagnose, het opstellen van een behandelplan en borstchirurgie. Bovendien zal enkel in coördinerende ziekenhuizen een individueel behandelplan voor borstkanker opgesteld kunnen worden en de operatie plaatsvinden. In de toekomst zal in een satellietziekenhuis enkel nog de opvolging van de behandeling zoals bestraling en chemotherapie mogelijk zijn. Minister Vandenbroucke riep ook de deelstaten op om de bestaande erkenningsnormen (beter) op te volgen en te controleren en de erkenning in te trekken als er niet voldaan is aan de voorwaarden. Als CM kunnen we dit enkel toejuichen.

Bibliografie

Leroy, R., De Gendt, C., Bourgeois, J., Verbeeck, J., Savoye, I., Silversmit, G., Van Damme, N., Carly, B., Colpaert, C., Cusumano, P., De Visschere, P., Decloedt, J., Desreux, J., Duhoux, F., Moretti, L., Roman, M., Taylor, D., Veldeman, L., Verhoeven, D., Wildiers, H. (2023). *Borstkankerzorg in centra met en zonder erkenning voor borstkanker – Is er een verschil? – Synthese. Health Services Research (HSR).* Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). KCE Reports 365As. D/2023/10.273/01.

Vandenbroucke. (2023). *Borstkanker enkel nog behandeld en terugbetaald in erkende borstklinieken.* Opgehaald van Frank Vandenbroucke: https://vandenbroucke.belgium.be/nl/borstkanker-enkel-nog-behandeld-en-terugbetaald-erkende-borstklinieken.