



Houd het hart centraal

Onze argumenten



UMC Utrecht
Wilhelmina Kinderziekenhuis

www.umcutrecht.nl/nieuws/houd-het-hart-centraal

Het UMC Utrecht is vóór concentratie van zorg voor patiënten met een aangeboren hartafwijking. Wij zijn het echter niet eens met het gewijzigde voorgenomen besluit van de minister van VWS.

De minister heeft geschreven dat hij alleen bij ‘gegronde inhoudelijke redenen’ zou terugkomen op het eerdere voornemen om deze zorg te concentreren in het Erasmus MC en het UMC Utrecht. Het gewijzigde voorgenomen besluit bevat deze redenen niet. Integendeel: anders dan het oorspronkelijke voornemen van de minister lost het gewijzigde voorgenomen besluit de problemen van de kinderhartchirurgie in Nederland niet op.

1. Het gewijzigde voorgenomen besluit ondergraaft de succesvolle concentratie van de zorg voor kinderen met kanker in het Prinses Máxima Centrum

Kinderen met kanker van het Prinses Máxima Centrum hebben vaak zorg nodig van het kinderhartteam van het UMC Utrecht/Wilhelmina Kinderziekenhuis (WKZ). In totaal gaat het om circa 60 behandelingen per jaar, waarvan het merendeel niet gepland kan worden. Dat is bijvoorbeeld zo als een kind een tumor heeft in de borstholte (10 interventies per jaar). Dat is ook zo als kinderen als gevolg van de kankerbehandeling bijwerkingen aan hart en longen krijgen of al een hartafwijking hadden en narcose nodig hebben (50 interventies per jaar).

Sinds 2018 worden alle kinderen met kanker behandeld in het Prinses Máxima Centrum voor Kinderoncologie in Utrecht. Het Máxima is met een loopbrug verbonden aan een groot integraal kinderziekenhuis: het Wilhelmina Kinderziekenhuis (WKZ), dat onderdeel is van het UMC Utrecht. Als de patiënten van het Máxima geopereerd moeten worden of opgenomen moeten worden op de Intensive Care, gebeurt dat in het WKZ. Het Máxima maakt ook gebruik van het kinderhartteam van het WKZ.

Als dit kinderhartteam uit Utrecht zou verdwijnen, moeten deze ernstig zieke kinderen voor zeer gespecialiseerde en ingrijpende onderdelen van hun behandeling reizen naar een andere locatie in het land. Hierdoor wordt de succesvolle nationale concentratie van de zorg voor kinderen met kanker voor een belangrijk deel tenietgedaan. Dat is onbegrijpelijk, ook in het licht van de verdere concentratie van gespecialiseerde zorg voor kinderen en volwassenen die in Nederland nodig is. En het is zeker geen ‘gegronde inhoudelijke reden’ om op het eerdere voorgenomen besluit terug te komen.

Het is dus niet zo dat om met de minister te spreken “Het eerste puzzelstukje gelegd moet worden”. Hiermee wordt een puzzel die al gelegd is, weer uit elkaar gehaald.

2. Het voorgenomen besluit leidt niet tot een structurele en robuuste oplossing

Er is een kwaliteitsnorm voor hartoperaties bij pasgeborenen: ieder centrum moet jaarlijks ten minste 60 operaties bij deze meest kwetsbare patiënten doen. Op dit moment haalt alleen Erasmus MC (61 operaties) deze norm. Dat niet alle centra deze kwaliteitsnorm halen, is een belangrijke reden om de zorg te concentreren in twee centra. De concentratie

moet ervoor zorgen dat de overblijvende kinderhartteams (chirurgen, anesthesiologen, gespecialiseerde verpleegkundigen, etc.) voldoende operaties uitvoeren, zodat de kans op vermijdbare sterfgevallen en andere complicaties wordt geminimaliseerd.

De NZa heeft in de impactanalyse berekend dat concentratie van de kinderhartchirurgie in Rotterdam en Groningen ertoe leidt dat de afdeling van UMC Groningen slechts met 15% groeit. Met een groei van 15% haalt UMC Groningen nog altijd niet de kwaliteitsnorm van 60 operaties bij pasgeborenen per jaar. Het gewijzigde voorgenomen besluit leidt vooral tot een sterke groei (183%) van de afdeling van Erasmus MC.

Als de kinderhartchirurgie wordt geconcentreerd in Utrecht en Rotterdam, Utrecht en Leiden, of Rotterdam en Leiden halen de overblijvende afdelingen de norm van 60 operaties bij pasgeborenen per jaar wel. In die gevallen ontstaan er twee gelijkwaardige centra. Als UMC Utrecht een van de twee overblijvende centra zou zijn, zou UMC Utrecht per jaar ten minste 90 operaties bij pasgeborenen per jaar uitvoeren.

Dit betekent dat het gewijzigde voorgenomen besluit niet leidt tot een structurele en robuuste oplossing, zoals de minister van VWS wil. Van een ‘gegronde inhoudelijke reden’ voor dit veranderde voornemen is dus geen sprake.

3. Het voorgenomen besluit leidt niet tot optimale toegankelijkheid

Nog kortgeleden was VWS van oordeel dat het UMC Utrecht met het Erasmus MC de beste uitgangspositie had om de functie van interventiecentrum te vervullen. Vanwege de ‘optimale toegankelijkheid’ wordt daar nu vanaf gegaan. Het nieuwe voorgenomen besluit leidt echter helemaal niet tot optimale toegankelijkheid en toekomstbestendigheid. De koerswijziging van VWS lijkt dan ook niet ingegeven door inhoudelijke redenen.

De gemiddelde reistijd voor patiënten is met het voorgenomen nieuwe besluit circa 10% hoger ten opzichte van concentratie in Rotterdam en Utrecht. Ook het percentage patiënten dat meer dan een uur moet reizen neemt door het voorgenomen besluit met circa 10% toe.

Dat is zo als alle patiënten naar het meest dichtbijgelegen centrum reizen. Omdat Groningen ook na het voorgenomen besluit een te klein centrum blijft, heeft de minister gesuggereerd dat patiënten die dicht bij Rotterdam wonen – bijvoorbeeld in Amersfoort – mogelijk toch naar Groningen moeten reizen. Dit leidt tot nog meer extra reistijd. Zo’n gedwongen sturing van patiënten staat bovendien op gespannen voet met de vrije artskeuze.

Het is zeker niet zo dat kinderhartchirurgie nodig is om de acute zorg in Groningen te behouden. Er zijn namelijk twee UMC's die complexe acute zorg verlenen, zonder dat zij kinderhartoperaties uitvoeren. Dat zijn het Radboud UMC in Nijmegen en Maastricht UMC. Ook voor ECMO-zorg (behandeling van ernstig zieke kinderen met een hartlongmachine) is kinderhartchirurgie geen vereiste. Het Radboud UMC in Nijmegen heeft een goed lopend ECMO-programma bij kinderen, terwijl dit centrum geen kinderhartchirurgie aanbiedt.