

Niet alleen zeldzame tumoren concentreren in kankercentra

# Ook 'gewone' kankerzorg is complex

Wim van Harten,  
Sjoerd Rodenhuis  
raad van bestuur, Nederlands  
Kanker Instituut - Antoni van  
Leeuwenhoek Ziekenhuis

Correspondentieadres:  
w.v.harten@nki.nl;  
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling  
gemeld.

De discussie over concentratie van oncologie spitst zich meestal toe op de zeldzame vormen van kanker. Maar voor behandeling van de meer reguliere kankersoorten is een groot volume minstens even belangrijk.

**I**n het publieke debat gaat veel aandacht uit naar de laagvolume-hoogcomplex oncologie, zoals de behandeling van het oesofaguscarcinoom. Sommigen vinden dat concentratie moet worden beperkt tot dit segment van de zorg. Soms wordt zelfs gesteld dat de 'simpele' tumoren in algemene ziekenhuizen, en de 'ingewikkelde' tumoren vooral in academische centra zouden moeten worden behandeld. Deze laatste gedachte is een potentieel noodlottig misverstand. De concentratie van de ingewikkelde multidisciplinaire zorg voor veelvoorkomende tumoren zoals borstkanker, longkanker, colorectaal carcinoom en prostaatkanker is evenzeer kritisch voor de kwaliteit en de overlevingskansen, en in kwantitatieve zin nog veel belangrijker. Vrijwel alle kankerbehandeling is tegenwoordig complex

en multidisciplinair en er is hier dus sprake van een hoogvolume-hoogcomplex segment. Juist hier heeft hoge kwaliteit een kwantitatief grote opbrengst en biedt een groot volume unieke kansen voor optimale organisatie.

## Borstkankerzorg

Een treffend voorbeeld is de borstkankerzorg. Deze was in 2004 al hoogcomplex, met voor de meeste patiënten chirurgische, radiotherapeutische en medicamenteuze behandelingen en niet zelden tevens plastische chirurgie. Sindsdien is de complexiteit alleen maar toegenomen; de Nederlandse behandelingsrichtlijn borstkanker uit 2008 beslaat liefst 340 pagina's. De radiodiagnostiek kent inmiddels een superspecialisatie die zich uitsluitend bezighoudt met beeldvorming van de borst. Een academisch centrum dat zich zou beperken tot een subgroep van bijvoorbeeld moeilijk operabele mammacarcinomen, mist de infrastructuur en multidisciplinaire expertise die ontstaat door het behandelen van een grotere groep patiënten met beter operabele tumoren.

Vermeden moet worden dat zorgaanbieders nu om cosmetische redenen 'virtuele kankercentra' stichten, dat wil zeggen de taken zo gaan verdelen dat sommige tumortypen in de ene locatie en andere op een andere locatie worden behandeld. De multidisciplinaire samenhangende behandelbenadering die voor al die tumoren even belangrijk is, komt dan onvoldoende tot zijn recht. Dit type samenwerkingsverbanden wordt niet ingegeven door



In Mctv Uitgelicht legt Wim van Harten uit waarom hij concentratie van zorg voor reguliere kankersoorten minstens zo belangrijk vindt als voor zeldzame vormen van kanker.

Bekijk het filmpje op [www.medischcontact.nl/video](http://www.medischcontact.nl/video).

kwaliteitsoverwegingen, maar door de wens tot marktverdeling en het in stand houden van de bestaande praktijk.

### Orgaanspecialisme overstijgen

De meeste kankeronderzoekers verwachten dat de voor ons liggende jaren de periode van de gepersonaliseerde geneeskunde zullen worden. Geen twee tumoren zijn immers hetzelfde wat betreft hun groeisnelheid, het metastaseringspatroon, de gevoeligheid voor bestraling en medicijnen. Deze eigenschappen hangen af van een specifieke combinatie van een groot aantal mogelijke DNA-afwijkingen, grotendeels geselecteerd tijdens de evolutie van de tumor in het lichaam. Deze specifieke combinatie bepaalt het gedrag van de tumor en de gevoeligheid voor

*targeted agents*, die bijvoorbeeld specifiek een eiwit kunnen inactiveren waarin een bepaalde mutatie aanwezig is. Het moleculaire onderzoek van tumoren wordt dus steeds belangrijker, en het orgaan waarin de tumor oorspronkelijk is ontstaan begint minder belangrijk te worden voor de keuze van de medicatie. Een tumor wordt dus meer gedefinieerd door zijn moleculaire kenmerken dan door zijn orgaanorigine, en dat heeft consequenties voor de behandeling van het groeiende aantal chronische kankerpatiënten. Net als vroeger moet het kankercentrum hiervoor de relevante orgaanspecialisten in huis hebben, omdat de anatomische verhoudingen de mogelijkheden voor lokale behandeling blijven dicteren. Maar de pathologie, moleculaire diagnostiek, radiologie, nucleaire geneeskunde en medische oncologie beginnen het orgaanspecialisme te overstijgen.

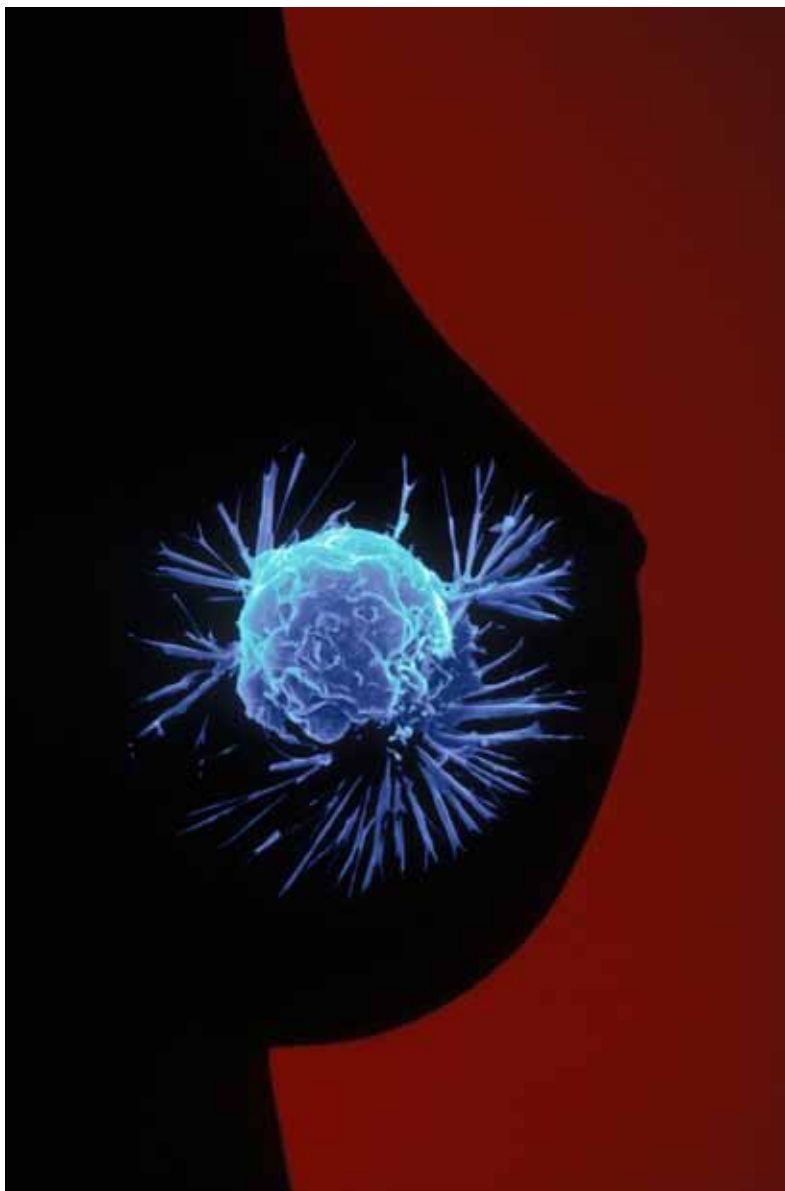
De kenmerken van een kankercentrum zoals wij die voorzien hebben wij in een notitie, uitgebracht in 2004 bij de opening van de nieuwbouw van het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis, als volgt beschreven: ‘... een (deel van) een ziekenhuis waarin oncologische patiënten multidisciplinair worden behandeld door medisch specialisten en andere professionals die uitsluitend of bijna uitsluitend oncologische zorg leveren. Een centrum dient te beschikken over een “kritische massa” van diverse oncologische disciplines, waaronder radiotherapie.’

### Meeste winst

Er bestaat intussen ook een ongeveer gelijklopende Europese definitie; deze wordt gebruikt in het accreditatieprogramma van de Europese organisatie van kankercentra (OECI). Het kankercentrum van de nabije toekomst richt zich dus wat ons betreft niet alleen op de complexe laagvolumepathologie waar concentratie nu voor in gang is gezet, maar vooral ook op de hoogvolumetumoren waar dit – zeker internationaal gezien – nog nauwelijks is begonnen. Zo is de minimumnorm voor het aantal te behandelen borstkankergevallen in Duitsland al 150 per jaar. In deze categorie valt de meeste winst in overleving te maken, en daar is de meeste efficiëntie te behalen door het ontwerp van klinische paden en door rendement op investeringen. Nog belangrijker is dat bij deze zorg ook translationeel onderzoek het beste tot zijn recht komt: de moleculaire variabiliteit van tumoren is zo hoog en de logistiek van tumorbipten met DNA, RNA en eiwitanalyse zo complex, dat er veel tumoren in hetzelfde centrum

Het moleculaire onderzoek van tumoren wordt belangrijker en dat heeft consequenties voor de behandeling.

beeld: Corbis



## SAMENVATTING

- Ook de veelvoorkomende tumoren vragen om concentratie van behandeling.
- Ze zijn complex en door hun grote aantal eigenlijk belangrijker.
- Er is behoefte aan kankercentra die de veelvoorkomende tumoren behandelen én een deel van de zeldzame.

### Het kankercentrum van de nabije toekomst...

- heeft volledige diagnostiek en behandelteams beschikbaar voor mamma, long, colorectaal en prostaat;
- behandelt een selectie van minder frequente tumoren en heeft afspraken met andere centra over andere tumoren;
- heeft een multidisciplinaire oncologische polikliniek die aan de basis staat van de organisatie, met onder meer continue beschikbaarheid van een radiotherapeut;
- is ingericht op de begeleiding van de chronische kankerpatiënt. Hiervoor is moleculaire pathologie en functionele beeldvorming nodig, evenals farmacologische infrastructuur en een breed spectrum aan orgaanspecialisten en interventieradiologen;
- werkt samen met ketenpartners voor preventie, nazorg en revalidatie, en behandeling van late therapie-effecten;
- is voldoende zelfstandig en onafhankelijk voor effectieve beleidsvorming.

nodig zijn om homogene series voor onderzoek te verkrijgen. Academische instellingen moeten zich niet uitsluitend toeleggen op zeldzame tumoren en complexe ziektestadia; zeker in het genomatijdsperk is directe beschikbaarheid van voldoende primaire aandoeningen voor onderzoek en ontwikkeling essentieel.

Met ziekenhuizen die van de vorming van een kankercentrum hebben afgezien, moeten afspraken gemaakt worden over standaardisering van primaire diagnostiek en de mogelijkheid om routinematige behandelingen meer in de nabijheid van de woonomgeving uit te voeren. Dit is een 'shared care'-concept, ondersteund door het kankercentrum. Bijvoorbeeld ouderen met significante comorbiditeit, die geen prijs

stellen op intensieve tumorbehandeling met curatieve intentie, moeten adequaat begeleid kunnen worden. Bij het opzetten en onderhouden van deze specifieke onderdelen van ketenzorg zou een organi-

satie als het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) een nieuwe en constructieve rol kunnen spelen. Ten slotte is te verwachten dat, met de accentverschuiving naar de chronische fase van de ziekte, meer aandacht voor nazorg en revalidatie komt. Samen met de voorgestelde kankercentra zal een samenhangend aanbod van nazorgvoorzieningen ontstaan.

Bij de primaire behandeling van zeer frequent voorkomende kankersoorten doen zich speciale mogelijkheden voor. Hierbij kan de verdeling in vrij homogene subgroepen van voldoende omvang leiden tot gelijktijdige verhoging van kwaliteit en kosteneffectiviteit. Het is

aannemelijk dat hierbij het aanbrengen van focus een effectieve manier kan zijn om de nadelen van schaalvergroting tegen te gaan. Het verdient dus aanbeveling om te onderzoeken of ook in Nederland enkele van dergelijke hoogvolumeklinieken met zeer grote aantallen patiënten, bijvoorbeeld voor prostaat- of borstkanker, te realiseren zijn. Een dergelijke kliniek zou een nauwe relatie met een kankercentrum moeten hebben om aan alle flankerende eisen te voldoen.

### Dertig centra

De incidentie en, vooral, de prevalentie van kanker stijgen door de verbeterde behandeling en omdat kanker steeds vaker een chronische ziekte is. De normen die de Calman-Hine-commissie voor de centrumvorming in de UK in 1995 heeft opgesteld, gaan uit van één kankercentrum per miljoen inwoners: dat zou door de toename in incidentie en prevalentie te krap kunnen worden. Rond de dertig centra, inclusief enkele grotere klinieken voor borst- of prostaatkankers, lijkt een redelijk vooruitzicht.

De vorming van deze kankercentra verdient een prominente plek in de discussie over concentratie en spreiding van ziekenhuiszorg. De inhoudelijke argumentatie, en niet het veiligstellen van de huidige praktijk, hoort daarin leidend te zijn. 

*De inhoud en niet het veiligstellen van de huidige praktijk moet leidend zijn*



De voetnoten en een eerder MC-artikel over dit onderwerp vindt u bij dit artikel op [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl).

## Voetnoten

- NKI-AVL notitie kankercentra 2004 ([www.nki.nl](http://www.nki.nl)).
- Vos EJ, Rodenhuis S, Harten WH van. Oncologie vraagt om kankercentra : op decentralisatie gericht zorgbeleid loopt vast. Medisch Contact 2004, 59 (26): 1066-8.
- Bredenhoff E, Lent WAM van, Harten WH van. Exploring Types of Focused Factories in Hospital are: A Multiple Case Study. BMC health Services Research 2010, 10: 154.
- Calman Hine rapport, <http://www.dh.gov.uk>.
- McDermott CM, Stock GN. Focus as emphasis: Conceptual and performance implications for Hospitals. J. Operations Management 2011 (29): 616-26.
- OEI Accreditation and Designation programme, [www.oeci.eu](http://www.oeci.eu).
- IKNL, <http://www.iknl.nl>, Richtlijn survivorship care.
- KWF, Kwaliteit van kankerzorg in NL, juli 2010, [www.kwfkankerbestrijding.nl](http://www.kwfkankerbestrijding.nl).
- KWF, september 2011, [www.kwfkankerbestrijding.nl](http://www.kwfkankerbestrijding.nl), Kanker in Nederland tot 2020.