

Nilou Labbé

arts-onderzoeker, Radboudumc,
Nijmegen

dr. Robert Takes

kno-arts/hoofd-halschirurg,
Radboudumc, Nijmegen

dr. Frank van den Hoogen

kno-arts/hoofd-halschirurg,
Radboudumc, Nijmegen

RADBOUDUMC WEET DOORSTROOMTIJD AANZIENLIJK TE VERKORTEN

Efficiëntere zorg bij hoofd-halskanker redt levens

Vroegtijdige opsporing van hoofd-halstumoren is van levensbelang. Daarom heeft het Radboudumc de organisatie van de zorg hiervoor beter gestroomlijnd. Dit blijkt veel tijdswinst op te leveren en daarmee betere uitkomsten voor de patiënt.



het Radboudumc de zorgketen voor deze patiënten grondig heringericht. Met resultaat.

Verbetertraject

In Nederland is de hoofd-halsoncologie grotendeels gecentraliseerd in de zeven academische centra, het Antoni van Leeuwenhoek en enkele daaraan gelieerde centra. Sinds het begin van dit millennium heeft de Nederlandse Werkgroep Hoofd-HalsTumoren streefnormen gesteld aan de maximaal toelaatbare wachttijd voor hoofd-hals-oncologische zorg. In de jaren daaropvolgend bleek uit analyses dat geen enkel centrum in Nederland voldeed aan de gestelde normen.^{6,7}

Het Radboudumc voelde zich aangesproken en deed in 2010 onderzoek naar de totale doorstroomtijd van hoofd-hals-oncologische patiënten in zijn verwijsregio.⁸ Het bleek dat deze, vanaf het eerste huisartsbezoek tot de start van de behandeling, mediaan 72,5 dagen bedroeg. Ongeveer de helft van de doorstroomtijd verstreek vóór aanmelding bij het hoofd-hals-oncologisch centrum van het Radboudumc en de andere helft ná aanmelding. Bij slechts 26,4 procent van de patiënten werd binnen dertig kalenderdagen gestart met de behandeling. Bij de andere centra in de regio waren de percentages vergelijkbaar. Ook bleek dat het doen van aanvullend onderzoek in het verwijzende ziekenhuis voor veel *specialist delay* zorgde. Wanneer de verwijzende specialist koos voor het verrichten van een CT of MRI dan leidde dit tot mediaan 9,5 dagen later starten van de behandeling en bij een echo bedroeg dit mediaan 7,5 dagen later. Ten slotte viel het op dat veel aanvullend

Hoofd-halskanker is een veelvoorkomende kankersoort in Nederland. De incidentie, nu ongeveer drieduizend nieuwe patiënten per jaar, stijgt jaarlijks met 3 à 5 procent.¹ Het tumorstadium op het moment van diagnosestelling is van cruciale invloed op de morbiditeit en mortaliteit. Hoofd-halstumoren stadium III/IV kunnen namelijk binnen vier maanden groeien van resectabele tot irresectabele tumoren. Aangetoond is dat na

gemiddeld 33 dagen een meetbare volumetoename optreedt van <25 procent bij 30 procent van de patiënten, 25 tot 100 procent bij 38 procent van de patiënten en >100 procent bij 31 procent van de patiënten.² Ook recent onderzoek laat zien dat patiënten met delay een grotere kans op overlijden hebben dan patiënten zonder delay.³⁻⁵ Kortom: het is van levensbelang om mensen met hoofd-halstumoren zo vroeg mogelijk te diagnosticeren en te behandelen. Vanuit die wetenschap heeft

onderzoek opnieuw verricht werd in het Radboudumc (31% van de CT/MRI-scans, 32% van de scapieën in narcose en 70% van de echo's).

Naar aanleiding van deze onderzoeksresultaten zette het Radboudumc in 2010 een verbetertraject op. In samenwerking met betrokken ziekenhuizen werden regionale afspraken gemaakt; daarnaast werd binnenshuis de zorgketen herin-gericht.

De belangrijkste interventies waren:

- de verwijzende kno-arts verricht geen aanvullend onderzoek en verwijst direct door bij een klinische verdenking op een hoofd-halsmaligniteit;
- er komt een multidisciplinair intakesprekeuur, waarbij de patiënt op één dag en op één plek door alle betrokken medische en paramedische disciplines wordt gezien;
- de inspecties onder narcose maken plaats voor de digitale flexibele scapie met poliklinische biopname;
- de gereserveerde (radio)diagnostische slots zijn binnen twee dagen na het eerste bezoek beschikbaar;
- de cytologie van echogeleide puncties van lymfeklieren wordt direct op representativiteit beoordeeld en eventueel ter plekke herhaald;
- het multidisciplinaire overleg met beschikbaarheid van alle uitslagen van de diagnostiek (radiologie en pathologie) en een voorstel voor een behandelplan volgen binnen drie dagen na binnenkomst.

Effecten

Het effect van deze interventies op de doorstroomtijden is in 2018 onderzocht. In dit onderzoek werden alle nieuwe patiënten die zich presenteerden op het multidisciplinair hoofd-hals-oncologisch intakesprekeuur, met een klinische verdenking op een hoofd-halsmaligniteit, geïncludeerd (n=472).

In 2018 is de mediane doorstroomtijd vanaf het eerste huisartsbezoek tot de start van de behandeling mediaan 22 dagen korter dan in 2010 (mediaan 50,5 t.o.v. 72,5 dagen; zie *figuur*). Ruim de helft van deze drastische verkorting kan worden toege-

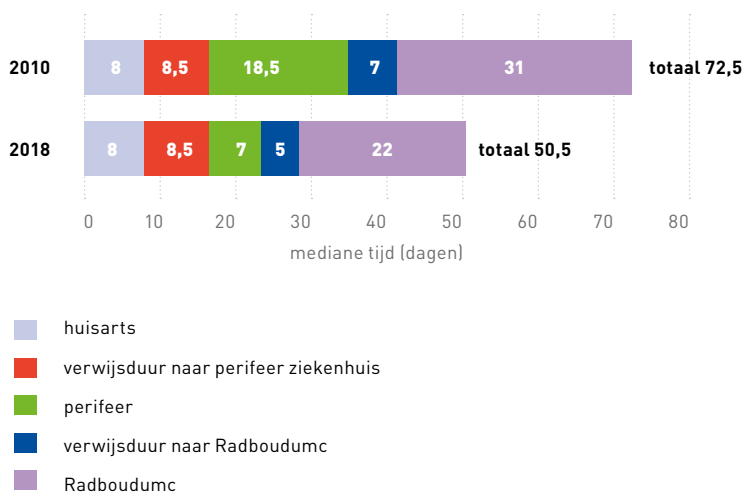
schreven aan een verkort doorstroomtraject in de tweede lijn, de andere helft aan verkorting van het doorstroomtraject in het Radboudumc. Het percentage patiënten dat binnen dertig kalenderdagen start met de behandeling is hierdoor gestegen van 26,4 in 2010 naar meer dan 80 in 2018. Naast deze effecten op de doorstroomtijd vielen veranderingen in het aanvullend onderzoek op. Het aantal onderzoeken onder narcose is zowel in de tweede lijn als in het Radboudumc afgenomen. Dit leidt tot een aanzienlijke reductie van de risico's en belasting voor de vaak cardiopulmonaal belaste patiënten, bij wie tevens vaak een problematische toegankelijkheid van de bovenste luchtwegen bestaat. Bovendien vergt comorbiditeit in veel gevallen pre-operatieve consulten, die leiden tot vertraging in de doorstroomtijden. De interventies hebben daarnaast het aantal doublures van diagnostisch onderzoek beïnvloed. Het aantal doublures van inspecties onder narcose en CT/MRI's is afgenomen, met name omdat deze onderzoeken in de tweede lijn minder vaak werden verricht. Het valt op dat het aantal echo's is toegenomen. Over de redenen kan gespeculeerd worden. Mogelijk speelt de cytologische bevestiging – extra informatie door een cytologische punctie – die tijdens de echo verkregen kan worden of

Eén inspectie onder narcose kost ongeveer 2264 euro

de goede toegankelijkheid van de echografie een rol.

Het precieze effect van de nieuwe logistieke structuur op de zorgkosten is afhankelijk van velerlei factoren. Buiten kijf staat dat de afname van doublures van CT/MRI's een kostenbesparing heeft opgeleverd. Ook de vermindering van inspecties onder narcose (respectievelijk 366 in 2010 tegen 133 in 2018) leidde tot minder kosten. Eén inspectie onder narcose kost ongeveer 2264 euro. De besparing met betrekking tot narcose wordt derhalve geschat op 528.000 euro. De totale kostendaling is echter groter, want besparingen door vermindering van doublures van CT/MRI's en minder morbiditeit zijn niet meegenomen. Het eerder behandelen van patiënten zorgt voor minder uitgebreide tumoren. Daardoor volstaat veelal een beperktere (en goedkopere) behandeling die meer

Doorstroomtijden 2010 versus 2018



uitzicht op genezing en een betere kwaliteit van leven biedt. Dit laatste is uiteraard de grootste verdienste.

Verbeterpunten

Naast de goede resultaten zijn er ook de volgende verbeterpunten:

- 40 procent van de patiënten werd bij het eerste spreekuurbezoek door de verwijzende specialist verwezen naar het Radboudumc. Hier zou nog ruimte zijn voor verdere winst: het streven is 100 procent! Waarschijnlijk zorgen diagnostische onzekerheid en het daarom verrichten van aanvullend onderzoek voor een langere doorstroomtijd in de tweede lijn. Het Radboudumc heeft echter voldoende capaciteit om de fluctuatie en stijging in aanmeldingen te verwerken. Ook bezorgdheid over eventuele toename van verwijzingen van benigne afwijkingen blijkt ongegrond. Het percentage benigne afwijkingen lag in 2010 op 3,1 en is gelijk gebleven in 2018 (3,0%). De nieuwe werkwijze leidt er dus niet toe dat meer patiënten ten onrechte in een tertiaire instelling terecht komen.
- Zowel in 2010 als in 2018 duurde het drie maanden voordat de hoofd-hals-oncologische patiënt zich voor het eerst presenteerde op het spreekuur van de huisarts. Bewustwordingscampagnes zoals de *Make Sense*-campagne gericht op risicogroepen moet het *patient's delay* verkorten.⁹
- Ook het interval tussen eerste presentatie bij de huisarts tot het eerste bezoek aan de verwijzende specialist is de afgelopen jaren onveranderd. Dit interval moet korter, wat bevorderd kan worden door nascholing van huisartsen in het herkennen van klachten en verschijnselen die passen bij hoofd-halskanker.
- In Nederland wordt al jaren aandacht besteed aan het verminderen van roken en overmatig alcoholgebruik. Toch zijn tot op heden geen drastische maatregelen getroffen om deze carcinogene stoffen uit te bannen. Vanuit de medische sector zal constante druk gezet moeten worden op de politiek en beleidsmakers om dit belang te prioriteren.

Met de nieuwe verwijsafspraken en interne logistieke structuur is in de regio Nijmegen de samenwerking toegenomen en de hoofd-hals-oncologische zorg duidelijke verbeterd. De patiënt wordt efficiënt gediagnosticeerd en behandeld in het centrum en kan voor de follow-up terugkeren naar de tweede lijn. De doorstroomtijd is drastisch verkort en de zorgkosten zijn gedaald. Kortom, de zorg wordt hierdoor op de juiste plek verleend: verder weg als het moet, dichtbij huis als het kan. Een initiatief dat navolging verdient. ■

contact

frank-kno.vandehoogen@radboudumc.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

web

De voetnoten en meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl.

VELDWERK

DE BESTUURDER



MARK VAN HOUDENHOVEN is
CEO van de Sint Maartenskliniek.

Een golf van lotsverbondenheid

Wat heeft de coronacrisis ons als mensheid tot nu toe opgeleverd? In elk geval solidariteit in zijn mooiste vorm. Lotsverbondenheid. Want los van het persoonlijke risico dragen wij allen het risico te worden geïnfecteerd. Iedereen werkt mee om dat risico te beperken en het beroep op de zorg uit te smeren.

Opeens zijn alle mensen echt gelijkwaardig. Iedereen snapt dat anderen helpen uiteindelijk in het eigen belang is. Iedereen herkent zich in de strijd van de ander: dat kan straks jouw gevecht met het virus zijn. Ik zie veel mooie initiatieven. Bedrijven die nieuwe apps ontwikkelen in het OLVG en dit elders in Nederland mogelijk maken. Patiënten op ic's die in het noorden worden geholpen – om Brabant te ontlasten. Bedrijven die onbaatzuchtig handalcohol en handgel produceren. ICT-beveiligingsondernemers die gratis hulp aanbieden omdat in cruciale sectoren thuiswerk opeens het

nieuwe normaal is. En verder? Uitwisseling van kennis tussen ziekenhuizen en bedrijven. Spoedzorg geconcentreerd in specifieke ziekenhuizen. Mensen die zich weer beschikbaar

LATEN WE DAT LANG VASTHOUDEN

stellen om te werken in de zorg, in de schoonmaak, op de ic's en verpleegafdelingen. Te veel om op te noemen. Een explosie van saamhorigheid.

Ik zie nog iets. Een explosie van innovatie. Niet steeds iets nieuws van weer een andere whizzkid met een gescheurde spijkerbroek en een financier. Maar innovatie die snel de patiënt bereikt. Massaal beeldbellen, nieuwe productielijnen, de omschakeling naar andere processen en de inzet van apps om patiënten te ondersteunen. Iedereen snapt dat dit nodig is. Iedereen doet mee – uit eendracht. En ik ben trots dat een levensgevaarlijk virus zo'n golf van solidariteit en innovatie teweegbrengt. Surfen op de golf van lotsverbondenheid. Laten we dat lang vasthouden, ook als deze pandemie is bedwongen. Niet alleen in Nederland, maar in heel Europa.