

BESLUIT TOT CENTRALISATIE BERUST ALLEEN OP EXPERTOPINIE

Maak van de generalist geen bedreigde diersoort

Door het heilige geloof in, vaak onbewezen, volumenormen wordt het vak van de alleskunner in een klein streekziekenhuis uitgekleed. Internist Henk van Halteren slaakt een hartenkreet en wil een discussie op gang brengen.

Ik ben algemeen internist, werkzaam in het aandachtsgebied interne oncologie. Ik hou van mijn vak en doe elke dag mijn best om de zorg voor mijn patiënten tot in de finesses goed in te richten. Ik ben een generalist, zoek graag parallellen tussen ziektebeelden en behandelingen en doe dat waar mogelijk evidencebased. Juist die ruime blik houdt me scherp en het brede palet aan patiënten brengt me in contact met veel collega's, die me weer nieuwe dingen leren.

Maar het 'buiten de hokjes denken en verbanden zien' maakt meer en meer plaats voor verzuilde zorg. Als generalist – werkend in een druk streekziekenhuis – voel ik me meer en meer een bedreigde soort. Dat komt doordat externe partijen voor mij hebben geconcludeerd dat ik specifieke expertise in bepaalde complexe systemische kankerbehandelingen ontbeert. Deze conclusie is niet gebaseerd op meting van mijn behandelresultaten of die van mijn ziekenhuis, maar op de aanname dat schaalvergroting door centralisatie van complexe systemische behandelingen leidt tot een betere behandeluitkomst.

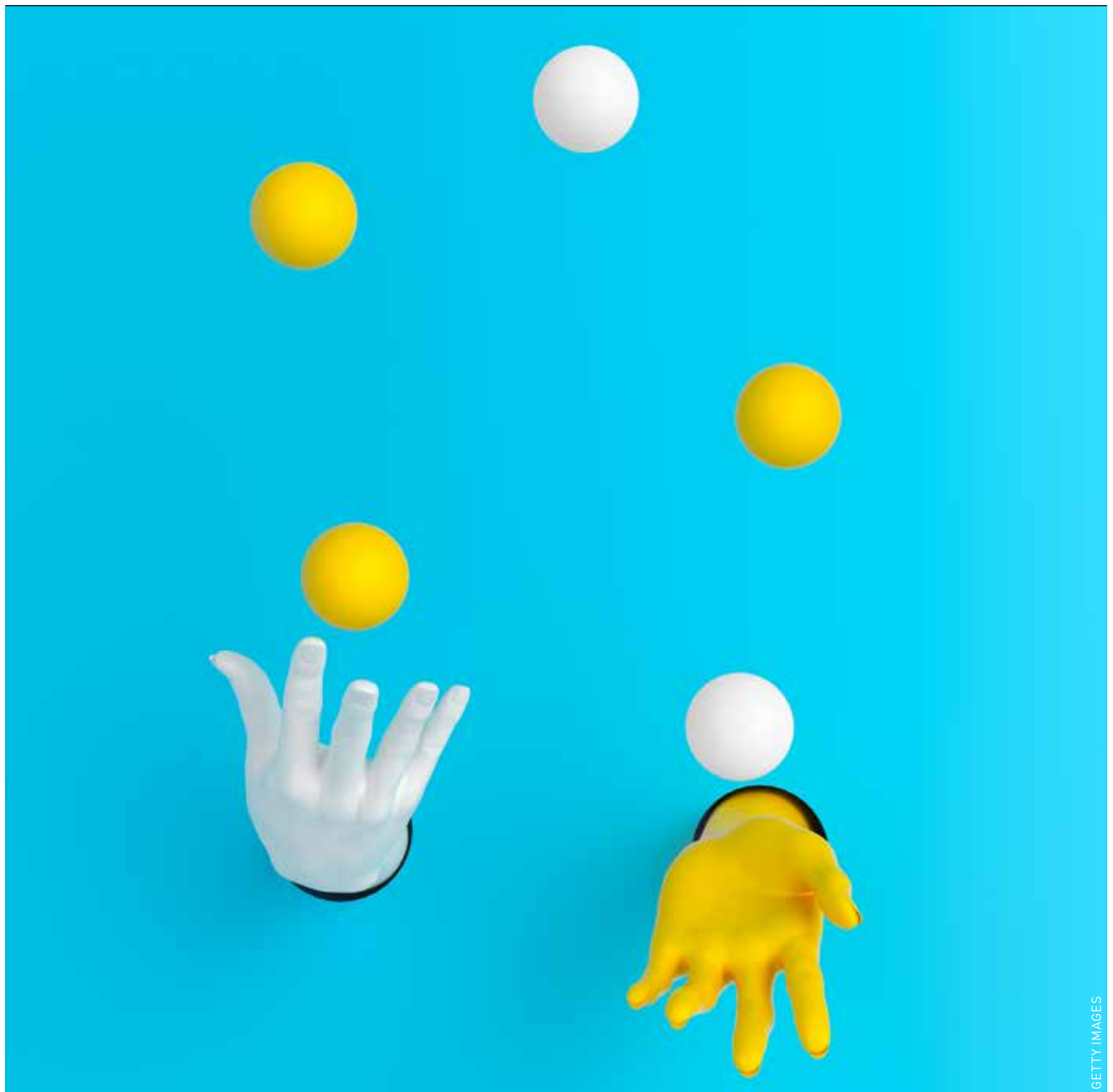
Een concreet voorbeeld betreft de behandeling met checkpoint inhibitors, medicamenten die de tolerantie van het lichaam voor kankercellen remmen (immunotherapie). Enige jaren geleden is de behandeling van het gemetastaseerde melanoom naar aanleiding van de introductie van checkpoint inhibitors op de zorgmarkt in overleg met de werkgroep Immunotherapie Nederland voor Oncologie (WIN-O) toegewezen aan een selecte groep van melanoomcentra. Vorig jaar is deze gang van zaken als vliegwiel gebruikt voor centralisatie van de eerstelijnscombinatie-

behandeling met checkpoint inhibitors van het gemetastaseerde niercelcarcinoom. WIN-O onderbouwt de centralisatie van deze zorg met de veronderstelling dat niet iedere internist-oncoloog in staat is om a) een richtlijn te volgen, b) bijwerkingen adequaat te onderkennen en te behandelen en c) patiënten in multicenterstudies te includeren. En dan te bedenken dat elders in den lande checkpoint inhibitors – ondanks de zo sterk benadrukte complexiteit – thuis worden toegediend.¹

Een groter team functioneert niet per definitie beter dan een hecht klein team

WIN-O appelleert aan de lage incidentie van deze ziektebeelden en aan retrospectieve data die suggereren dat spreiding van zorg hand in hand gaat met minder strikte naleving van richtlijnen. Maar is deze minder strikte naleving van richtlijnen gerelateerd aan relevantere uitkomstmaten, zoals overleving?

Ik zou graag hierover de discussie willen aangaan met medisch Nederland voordat de oncologische zorgverzuiling nog verder doorzet. Ik benoem eerst de theoretische onder-



bouwing voor centralisatie van internistische oncologische zorg en vervolgens de beschikbare wetenschappelijke onderbouwing.

Theoretische onderbouwing

De algemene gang van zaken bij de introductie van een nieuwe medicamenteuze oncologische interventie is als volgt:
Als een nieuwe oncologische interventie voldoet aan de effectiviteits (Paskwil-)criteria van de commissie BOM (Beoordeling Oncologische Middelen) en de beoordelende instanties achten

het betaalbaar, volgt introductie op de zorgmarkt. De regionale oncologische samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen zijn in Nederland dusdanig hecht en organisatorisch geborgd, dat een nieuwe interventie na adequate scholing van de lokale behandelteams snel dicht bij de patiënt kan worden aangeboden. De indicatiestelling voor therapie kan in regionale mdo's worden besproken en de behandeluitkomst kan eveneens regionaal via benchmarking worden gedeeld; ten slotte kan ook de deelname aan studies – regionaal dan wel landelijk – worden afgestemd.

Er is veel gepubliceerd over de relatie tussen behandelvolume en behandeluitkomst binnen het domein van de snijden-oncologie, overigens met wisselende uitkomsten.^{2,3}

Binnen de beschouwende oncologie moet met een vergrootglas worden gezocht naar publicaties.

Centralisatie van zorg leidt tot grotere behandelteams, en een groter behandelteam kan een complex 24/7 zorgproces beter bemensen. Maar zegt dat iets over de kwaliteit van het team? Het team is wellicht zo sterk als haar zwakste schakel. En hoe wordt de individuele prestatie gemeten?

In het opleidingscurriculum van een oncologisch chirurg is veel aandacht voor de individuele leercurve, die ook wordt gemeten. In het curriculum van de internist-oncoloog is de meting van leercurves verre van gemeengoed en hetzelfde geldt voor het periodiek monitoren van parate kennis. Individuele leercurves worden niet enkel door de leeromgeving bepaald, maar ook door de talenten van de individuen.

Een groter team functioneert dus niet per definitie beter dan

een hecht klein team. Bovendien kan bundeling van kracht en kennis door voorschrijvers een kwaliteitsboost geven. En hoe definieer je de teamsamenstelling? In mijn kleine streekziekenhuis werken de longartsen en internist-oncologen dankzij de korte lijnen intensief samen voor wat betreft de behandeling met checkpoint inhibitors en hetzelfde geldt voor het ondersteunend team van verpleegkundigen en andere medici. Helaas kunnen wij deze vruchtbare bundeling van expertise niet transparant maken in de aan te leveren prestatie-indicatoren, die behoorlijk verzuimd zijn. Teamprestaties kunnen niet vooraf worden geclaimd, maar behoeven bewijs, dat wil zeggen aantoonbaar betere uitkomsten, zoals een langere overleving en/of minder ziekenhuisopnames in verband met behandelingscomplicaties.

Wetenschappelijke onderbouwing

Ik heb de vraag voor mijn literatuuranalyse als volgt geformuleerd: zijn er publicaties van prognostische studies die hebben aangetoond dat het jaarlijks behandelvolume per ziekenhuis onafhankelijk gerelateerd is aan *effectiveness* voor het geval van eerstelijns-CI-behandeling van het uitgezaaide niercarcinoom en/of melanoom? Ik heb me hierbij beperkt tot de volgende *effectiveness*-maten: progressievrije overleving en absolute overleving.

Ik heb geen enkele prognostische studie gevonden die aantoonde dat het aantal patiënten dat in één kliniek wordt behandeld onafhankelijk gerelateerd is aan progressievrije of absolute overleving. Een tweede bevinding is wellicht illustratief. In publicaties van fase-III-onderzoek worden doorgaans balanstabellen getoond om confounding waar nodig en mogelijk uit te sluiten. In publicaties van fase-III-onderzoeken bij het gemetastaseerde niercarcinoom en het maligne melanoom ontbreekt echter stevast het behandelvolume per ziekenhuis. Blijkbaar gaat geen enkele onderzoeker ervan uit dat behandelvolume per ziekenhuis een confounder zou kunnen zijn.

Ik concludeer derhalve dat de beslissing tot centralisatie slechts berust op niveau 4 wetenschappelijk bewijs, oftewel een expertopinie. In geen enkel ander Europees land dan Nederland is tot op heden tot centralisatie overgegaan en het wordt ook niet geadviseerd in de richtlijn van de European Society for Medical Oncology.⁴

Voorbeeld van longartsen

Het veld van vermeende complexe systemische oncologische behandelingen dijt snel uit. En wat is complex? De indicatiestelling? Het evalueren van het behandelresultaat? Het behandelen van complicaties? Dokter A heeft wellicht veel minder patiënten nodig dan dokter B om de top van een dergelijke expertisecurve te bereiken.

Monitoring van leercurves en periodieke toetsen zouden veel meer aandacht moeten krijgen in het oncologisch

REALLIFE DATA

De uitkomstmaat van prospectief gerandomiseerd fase-III-onderzoek is *efficacy*; het gaat daarbij om de patiënt in goeden doen die onder relatief ideale omstandigheden is behandeld. Fase-III-onderzoek behoort tot het domein van de therapeutische studies, die de relatie tussen een interventie en een uitkomst evalueren.

De relatie tussen variabelen (zoals behandelvolume) en uitkomst wordt niet gemeten in therapeutische, maar in prognostische studies. Doorgaans wordt daartoe een logistische regressieanalyse uitgevoerd. In tegenstelling tot therapeutisch fase-III-onderzoek is er bij prognostisch onderzoek geen sprake van confounding (confounders zijn variabelen die zowel aan de interventie als aan de uitkomst gerelateerd zijn).

Voor beleidsadviezen met betrekking tot de alledaagse praktijk zijn reallife data nodig.

De uitkomstmaat van reallife-datastudies is *effectiveness*, die de vraag beantwoordt of een behandeling meer goed dan kwaad doet in de dagelijkse praktijk. *Effectiveness* kan worden gemeten met behulp van de dataregistratie door de NKR.

Concluderend behoeven beleidsbeslissingen die betrekking hebben op de alledaagse zorg onderbouwing door prognostische studies met reallife data.

opleidingscurriculum en de periodieke nascholing. Wat brengt de nabije toekomst? Straks gaan slokdarmkankerpatiënten adjuvant nivolumab krijgen: moet ik er bang voor zijn dat de Dutch upper GI Cancer Group dezelfde weg bewandelt als WIN-O?

Het goede voorbeeld komt wellicht uit onverwachte hoek. De Nederlandse longarts-oncologen hebben namelijk wel onderzoek gedaan naar een eventuele relatie tussen behandelvolume per ziekenhuis en harde uitkomsten, zoals absolute overleving.

Deze studie van longartsen toont aan dat het delen van kennis loont

Ze deden dat in een prognostische studie met reallife data.⁵ De resultaten van hun studie bevestigden juist het omgekeerde, namelijk dat decentralisatie van de behandeling – het aantal CI-behandelcentra werd in de loop van de studie met adequate coaching uitgebreid van twaalf naar dertig – niet ten koste ging van de uitkomst (niveau 2 wetenschappelijk bewijs). Hun studie toont aan dat het delen van kennis loont.

Ik stel voor dat vanaf nu het voorbeeld van de longartsen wordt gevolgd. Beslissingen omtrent eventuele centralisatie van internistische oncologische zorg worden niet meer genomen op basis van ongefundeerde aannames, druk vanuit bezuinigingsgezinde verzekeraars of een sterke lobby vanuit een patiëntenvereniging. Vanaf nu beweren centra niet alleen meer dat ze beter zijn, maar tonen ze dat ook onomstotelijk aan. ■

contact

hvanhalteren@adrz.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

web

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

PRAKTIJKPERIKEL

EEN FANTASTISCHE BUURMAN

Het is een lenteachtige zondagmiddag en ik rijd over smalle polderwegen. De huisarts van patiënt heeft me gevraagd een SCEN-consult te doen. De setting is enigszins bijzonder, namelijk een camping. Bij de slagboom aangekomen staat een man op mij te wachten. Hij heeft een gebruid gezicht en lacht vriendelijk, waarbij ik opmerk dat hij nog maar drie tanden in zijn mond heeft staan. 'Ik ben de buurman, u mag mij volgen dokter.' Hij stapt in een oude rammelbak, geeft flink gas en laat een rooklucht achter.

In mijn hybride karretje volg ik hem rustig over enkele slingerende campingpaadjes. We passeren enige blinkende chalets, inclusief Boeddhabeelden en tuin-kabouters. Langs de kant van de weg staan diverse mensen vriendelijk te wuiven. Ik mag parkeren op een grasveld, waarbij de buurman mij wijst op een paar kleine modderpoelen, die door de zon nog niet zijn opgedroogd. Ik zeg hem dat het wel lijkt alsof medecampinggasten wisten dat ik zou komen. 'Ja dokter, dat klopt, we zijn één familie hier. Iedereen weet wat er speelt en ja, dus ook dat er een dokter zou komen. Ik vind het zo erg voor hem.' Hij heeft de tranen in zijn ogen staan en zucht een keer diep.

Met mijn dokterstas in de hand volg ik de buurman op de voet. Hij wijst me de weg naar een chalet dat zo in Zwitserland had kunnen staan. Ik veeg netjes mijn schoenen. Ik word door de buurman geïntroduceerd aan de patiënt: 'Zeg, dit is de schouwarts, die komt voor een schouwgesprek.' De patiënt kijkt verbaasd. Ik glimlach en zeg er dat voor we zover zijn, nog enige stappen moeten worden gezet. De buurman trekt zich netjes terug. Tijdens het consult wordt duidelijk dat de buurman al maanden voor patiënt zorgt. Hij rijdt hem naar afspraken in ziekenhuizen, zorgt voor de medicatie, doet handige klusjes.

Na het SCEN-consult staat de buurman buiten alweer te wachten, om mij te begeleiden naar de uitgang. Ik geef aan dat het wel moet lukken, maar hij staat erop mij de weg te wijzen en tuft weer rokend voor me uit. Wat zou de wereld toch zijn zonder dit soort fantastische buurmannen.

Heeft u ook een perikel?

Stuur uw verhaal naar redactie@medischcontact.nl