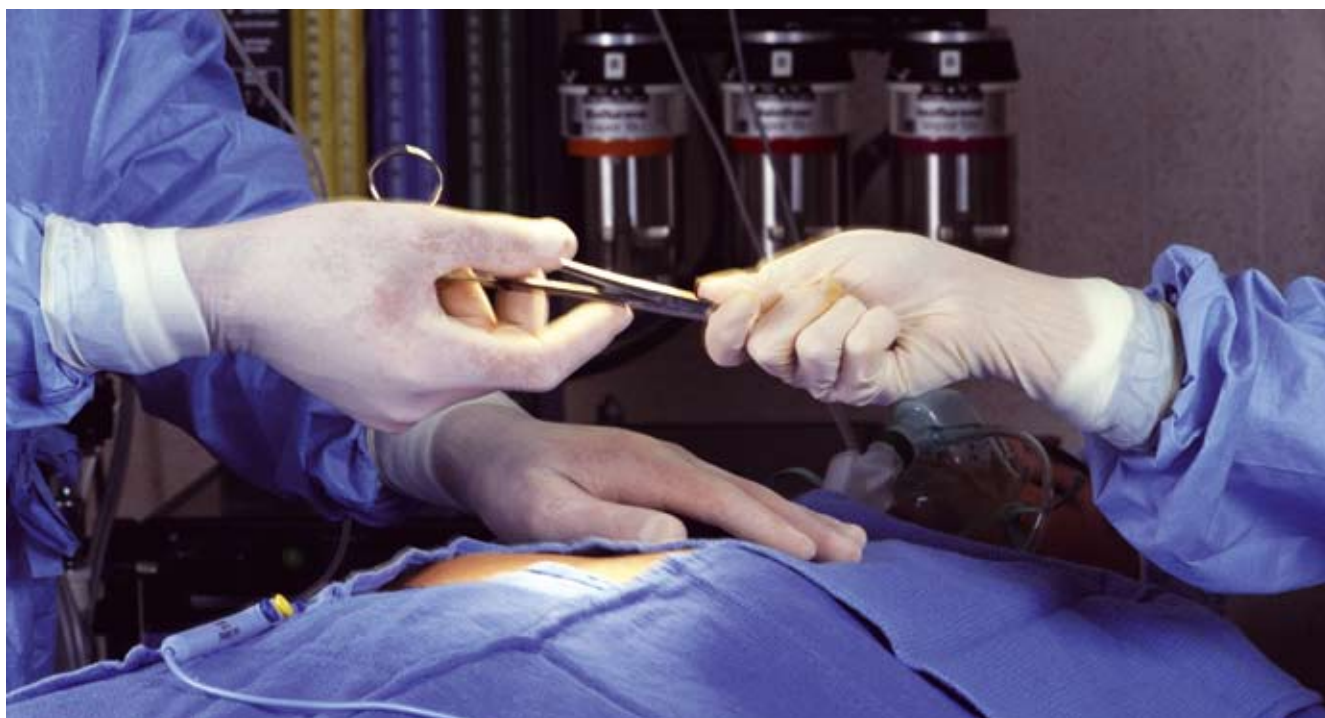


VIJF STEDEN, ÉÉN NETWERK

Friese artsen werken samen aan oncologische zorg



BEELD: PHOTODISC

Ook in algemene ziekenhuizen is oncologische zorg van topkwaliteit mogelijk, vinden de artsen in Friesland. Als de onderlinge samenwerking maar fijnmazig is en goed georganiseerd.

JOOST VISSER

Champagne vloeide er niet, maar een feestje was het wél, de novemberbijeenkomst van de Werkgroep Hematologie Friesland (WHF). Met het invoeren van de noodzakelijke codes kreeg ook het ziekenhuis Nij Smellinghe in Drachten toegang tot de HemoBase, het patiëntenmanagementsysteem voor de hemato-oncologie in Friesland, bedoeld voor internisten, klinisch chemici, pathologen, radiotherapeuten en andere betrokken professionals. Na hun collega's in het Medisch Centrum Leeuwarden (MCL) en het Antonius Ziekenhuis in Sneek hebben

nu ook de artsen in Nij Smellinghe elektronisch toegang tot hun gezamenlijke, multidisciplinaire database. Talma Sionsberg in Dokkum en De Tjongerschans in Heerenveen volgen binnenkort.

'In feite is het een elektronisch patiëntendossier avant la lettre', zegt Robby Kibbelaar, patholoog aan het Laboratorium voor de Volksgezondheid in Friesland (LVF) en een van de geestelijk vaders van het project. 'Met één druk op de knop kunnen wij alle relevante gegevens van een patiënt oproepen. Daarbij hoort de geïntegreerde diagnose, het resultaat van interdisciplinair overleg, maar ook het resultaat van al het onderzoek, waar ook gedaan, én inclusief foto's. Bovendien wordt zicht-

baar hoeveel patiënten met bijvoorbeeld een bepaald soort lymfeklierkanker wij hebben gezien, hoe zij zijn behandeld en met welk resultaat. Ideaal voor wie denkt in termen van kwaliteitssystemen en prestatie-indicatoren.'

HET FRIESE MODEL

De HemoBase, waaraan tal van partijen vijf jaar intensief hebben gewerkt, kan symbool staan voor de organisatie van de oncologische zorg in Friesland, die inmiddels door het leven gaat als het 'Friese model'. Een wat diffuse term, want nergens staat het tot in detail beschreven. Centraal staat het streven van professionals en management in de vijf ziekenhuizen om goede oncologische zorg

te leveren door intensief samen te werken, niet alleen binnen één ziekenhuis maar over de hele provincie - zó dat 'de oncologische patiënt in Drachten precies dezelfde zorg krijgt als zijn lotgenoot in Leeuwarden'. Zeker onder artsen is die samenwerking intensief. Chirurgen in de ziekenhuizen in Sneek, Heerenveen en Drachten vormen sinds kort bijvoorbeeld één maatschap - naast die van de collega's in Leeuwarden en Dokkum. Voor dermatologen geldt hetzelfde, urologen en MDL-artsen volgen mogelijk hun voorbeeld; de longartsen zijn zelfs al in een provinciale maatschap georganiseerd. Minstens zo belangrijk zijn de provinciale werkgroepen hematologie (de genoemde WHF) en medische oncologie (Stichting Medische Oncologie Friesland; SMOF), waar patiënten worden besproken en gezamenlijke protocollen worden overeengekomen. Eveneens provinciaal, ten slotte, zijn de voor Friesland kenmerkende multidisciplinaire 'tumorwerkgroepen' voor urologie, gynaecologie en binnenkort mogelijk MDL-ziekten; ook daar worden patiënten besproken, in aanwezigheid van consultants van het Integraal Kankercentrum Noord-Nederland (IKN).

POLITIEKE LADING

De al lang bestaande samenwerking in Friesland kreeg in 2004 een politieke lading. In dat jaar bepleitte het Nederlands Kanker Instituut/Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis een heel nieuwe organisatie van de oncologische zorg. Het op decentralisatie gerichte oncologische beleid zou bezig zijn om 'vast te lopen' en nieuwe behandelmogelijk-

heden zouden alleen optimaal kunnen worden benut door concentratie van de zorg in twintig tot dertig oncologische centra (MC 26/2004: 1066). De Integratie Kankercentra, die zich al als een soort administratiekantoren zagen afgeserveerd, reageerden afwijzend: er zijn zeker knelpunten in de oncologische zorg - zo

ver genoeg van elkaar om geen concurrenten te zijn. Daarbij telt de provincie enkele instellingen die van cruciaal belang zijn voor de gehele provincie: zo is er met het LVF één laboratorium voor pathologie en medische microbiologie, is er één Klinisch Chemisch Laboratorium (KCL) voor ingewikkelde

Mamma's en colons kan ieder ziekenhuis doen, als er maar goede afspraken zijn

schreven zij in een reactie - maar die zijn door verregaande samenwerking prima aan te pakken (MC 9/2005: 348).

Het IKN was dan ook blij met het aanstekelijk enthousiasme waarmee de Friezen tijdens een *invitational conference*, dit voorjaar, over hun model spraken. 'Het laat zien dat het ook zonder te centraliseren prima geregeld kan zijn', zegt Els van der Wel, hoofd Medische Zaken. 'Doe centraal wat móet, en decentraal wat kán. Zeldzame zaken als sarcomen of leukemie bij kinderen moeten naar een gespecialiseerd centrum. Maar mamma's en colons kan ieder ziekenhuis doen, als je maar zorgt voor goede afspraken, zoals hier.'

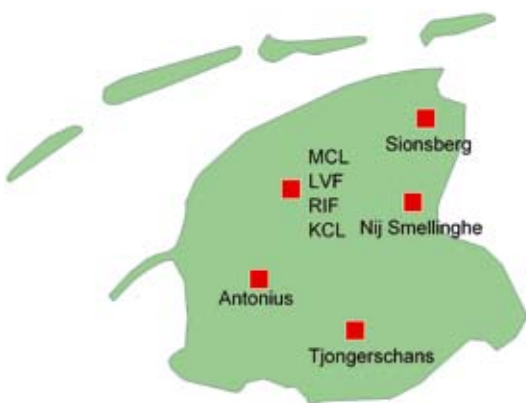
ONAFHANKELIJK

'Uniek? Ja, dit Friese model is uniek', stelt Van der Wel vast. Niet alleen omdat de betrokkenen willen samenwerken en dat al jaren doen, maar ook vanwege de geografische constellatie: de vijf ziekenhuizen liggen dicht genoeg bij elkaar om samenwerking mogelijk te maken, maar

zaken als immuunfenotyperingen en moleculaire diagnostiek en bovenal één Radiotherapeutisch Instituut Friesland (RIF), dat weliswaar tegen het MCL aan staat, maar - onbedoeld symbolisch - een eigen voordeur heeft. 'Wij zijn een onafhankelijk instituut en bedienen de hele regio', zegt directeur Annerie Slot, radiotherapeut-oncoloog. 'Alleen al gevoelsmatig maakt die onafhankelijke positie het contact met alle Friese ziekenhuizen even gemakkelijk.'

WEERSTANDEN

Harmen van Kamp, internist, medisch oncoloog én hematoloog in Nij Smellinghe in Drachten, zit in de WHF én in de SMOF, de vergelijkbare provinciale werkgroep van medisch oncologen. 'De IKN-werkgroepen werkten traag', zo verklaart hij het waarom van beide overleggroepen. 'Soms waren we een hele avond aan het discussiëren over chirurgische aspecten, terwijl er zoveel nieuwe middelen op de markt komen. Daar wilden wij óók over praten! In de SMOF hel- >>



Ziekenhuis Nij Smellinghe, Drachten

Antoniushuis, Sneek

Talma Sionsberg, Dokkum

De Tjongerschans, Heerenveen

Medisch Centrum Leeuwarden (MCL), Leeuwarden

Laboratorium voor de Volksgezondheid Friesland (LVF), Leeuwarden

Radiotherapeutisch Instituut Friesland (RIF), Leeuwarden

Klinisch Chemisch Laboratorium (KCL), Leeuwarden

<< pen we elkaar. We stemmen protocollen af, zoeken naar oplossingen als we weerstanden ondervinden. Zo schreven we bijvoorbeeld als werkgroep een brief om het, volgens de CBO-richtlijn, ook regionaal eens te worden over de HER-2-neu-eiwit-expressiebepaling en de behandeling met Herceptin.' Uiteraard zijn ook in Friesland in eerste instantie landelijke en in tweede instantie regionale protocollen leidend. Maar soms zit daar 'ruimte' in en zijn provinciale afspraken geboden. 'Er was bijvoorbeeld onduidelijkheid over de volgorde van radiotherapie en chemotherapie in de behandeling van patiënten met borstkanker. In zo'n geval is het aan de SMOF om met het RIF te overleggen en afspraken te maken.'

Sinds kort zit een van de SMOF-leden bij het maandelijks overleg van de tumorwerkgroep gynaecologie met een consulent uit Groningen. Gelukkig maar, zegt Van Kamp: 'Vroeger kon ik, als een patiënt van mij daar werd besproken, een oekaze terugkrijgen: zij moet chemotherapie hebben. Maar soms vond ik

Hoewel haar ziekenhuis één van de twintig of dertig oncologische centra zou kunnen worden die het NKI-AVL voor ogen heeft, werkt De Graaf van harte aan het Friese model mee: 'Het MCL is groot genoeg, we hebben geen behoefte aan een groter ziekenhuis. Specialisten willen dat niet, patiënten zeker ook niet. En trouwens, er is zoveel oncologie dat niet alle patiënten in zo'n centrum kunnen worden behandeld. Met vijftig bedden hebben we al een flinke afdeling, maar veel oncologische zorg wordt op de andere afdelingen verleend, zoals dat ook in de andere Friese ziekenhuizen gebeurt. Dat kán ook, als we er maar voor zorgen dat men daar gebruik kan maken van de nieuwste inzichten.'

LEVENSBELANG

Voor die kleine ziekenhuizen is decentrale oncologische zorg van levensbelang, blijkt uit de woorden van Van Kamp: 'Als je de oncologische zorg uit Drachten weghaalt, schrap je 30 tot 40 procent van ons werk en stort het ziekenhuis als een kaartenhuis in. In onze maatschap van

'Als je de oncologische zorg weghaalt, stort het ziekenhuis als een kaartenhuis in'

dat onverstandig en moest ik de strijd aangaan met de patiënt. Want die had van haar gynaecoloog gehoord "dat de professor uit Groningen had gezegd dat ze kuren moest hebben." Tegenwoordig kan mijn Leeuwarder collega daar het internistenoordeel naar voren brengen.'

NIEUWSTE INZICHTEN

Die collega is internist en medisch oncoloog Hiltje de Graaf, coördinator van het Oncologisch Centrum Leeuwarden, dat deel uitmaakt van het MCL. 'In die werkgroep zitten gynaecologen uit alle Friese ziekenhuizen, radiotherapeuten, een patholoog en ik, namens de SMOF. De gynaecologen leggen elk geval van cervix- en ovariumcarcinoom en zeldzamer carcinomen voor. Elke casus komt vooraf op papier te staan, achteraf komt er een verslag van. Soms discussiëren we, soms is een casus een hamerstuk. Maar hoe dan ook zorgen die bijeenkomsten ervoor dat we protocollair hetzelfde werken. Op de bijeenkomsten voor urologen, waar een collega internist-oncoloog bij zit, gebeurt hetzelfde.'

zes internisten doen er twee oncologie en hematologie. Die gaan dan weg. Bij chirurgie, gynaecologie en urologie gebeurt in dat geval iets soortgelijks. We zouden een situatie krijgen als in Emmeloord. Maar voor de patiënten is het ook niet goed. Wie hier met darmkanker komt, is óók bekend bij de cardioloog vanwege zijn hartinfarct. Het gaat om integrale zorg. De mens is geen auto waarbij je de uitlaat moet vervangen.' Dat een ziekenhuis als het zijne te weinig ervaring zou kunnen opdoen, wil er bij hem niet in: 'Ik praat over de bulk aan oncologische zorg, bij mamma-, colon-, prostaat- en longcarcinoom. Die moet je niet centraliseren. Zeldzamer vormen van kanker wél. Mannen met een testiscarcinoom gaan van hier naar Groningen. Maar daarvan vangen we er één of twee per jaar, dus daaraan gaat het ziekenhuis niet ten gronde.' Ook De Graaf relativeert het argument van het onvoldoende volume: 'Als je ervaring hebt met chemotherapie of immunotherapie, dan kun je ook een patiënt behandelen met een vorm van kanker die wat minder vaak voorkomt.

Bij chirurgie is dat anders, want daar gaat het om de techniek. Van oesofagus- of pancreaschirurgie geven de chirurgen zelf aan dat er een volume-element in zit.'

VOLUME

Dat de vijftien chirurgen in de ziekenhuizen van Sneek, Heerenveen en Drachten - 'de Zuidas', of ook wel: 'de A7-ziekenhuizen' - sinds een paar jaar één maatschap vormen, heeft dan ook alles met volume te maken. 'De algemeen chirurg bestaat in de toekomst niet meer', zegt Coen Rupert, chirurg in Heerenveen. 'Iedere chirurg zal in een deelgebied zijn gespecialiseerd. Door onze maatschappen samen te voegen, proberen we het voor hen interessant te maken om in onze regio te gaan werken. Daarnaast worden we natuurlijk steeds meer afgerekend op kwaliteit, ook in de oncologische zorg. En die is deels gerelateerd aan je aantallen patiënten. En met elkaar hebben we voldoende casuïstiek onder onze handen.' De vorming van de maatschap, zeggen Rupert en zijn collega's uit Drachten en Sneek, kostte weinig moeite: 'Binnen een jaar was het geregeld, ook zakelijk. En dat ondanks het feit dat sommigen zich van de orthopeden moesten dissocïeren.'

Inmiddels 'trekt' iedere chirurg één deelgebied, bijgestaan door twee collega's die datzelfde gebied óók in hun pakket hebben. Voorwaarde, opnieuw: veel overleg, zeker tussen chirurgen die zich op eenzelfde deelgebied hebben toegelegd, en tussen deze chirurgen enerzijds en 'belendende' specialisten als longartsen of internisten anderzijds.

IN DE BENEN

Echt klein zijn de drie ziekenhuizen overigens niet. Samen, zo claimen de chirurgen, doen ze van alle instellingen in de vier noordelijke provincies de meeste mamma-, colon- en maagcarcinomen. Een veelvoorkomende ingreep als een mammaoperatie wordt op iedere locatie zo'n 130 keer per jaar gedaan. Maar slokdarmchirurgie - vijftien operaties per jaar, altijd met twee chirurgen - is te zeldzaam om over alle locaties te worden verdeeld: dan zou het 'doktersvolume' immers te klein worden. Is de benodigde infrastructuur slechts in één ziekenhuis aanwezig, dan moet de patiënt dus reizen. Maar in deze drie goed geutilleerde ziekenhuizen en met patiënten die - zeggen hun artsen - 'het liefst in hun

eigen ziekenhuis blijven' is het vaker de dokter die in de benen moet. Zoals deze dag Erik Jan Mulder, chirurg in Sneek: 'Ik heb namens de maatschap een cursusjaar gedaan om me extra te bekwamen in laparoscopische chirurgie. Dus stapte ik vanochtend in de auto om in Drachten mee te werken bij een laparoscopische dikkedarmoperatie. Dat blijf ik doen tot dat twee collega's óók zo ver zijn.'

STROOMLIJNEN

Inmiddels voelt het IKN er wel voor de zorg in de drie zuidelijke ziekenhuizen nog wat verder te specialiseren. Van der Wel: 'Bij een klein aanbod moet je zorgen voor voldoende massa. Maar bij een groot aanbod moet je juist stroomlijnen om geen wachtlijsten te krijgen. Dus valt er wat voor te zeggen om de mamma's in het ene ziekenhuis te gaan behandelen en de colons in een ander.' Het plan valt slecht. 'Ook dan trek je het systeem uit elkaar', reageert Van Kamp. 'In Drachten hebben we een traditie op het terrein van de borstkanker, vrouwen komen van heinde en verre. Maar als wij alleen mamma's gaan doen en de colons verhuizen naar elders, dan raken we drie MDL-artsen kwijt. En die zijn ook betrokken bij palliatieve zorg.' Ook de chirurgen zijn het er niet mee eens: 'Op iedere vrouw met borstkanker zien we vier of vijf patiënten met een goedaardig knobbelletje in de borst. Komen die naar één ziekenhuis, dan krijg je enorme patiëntenstromen, waardoor je aan andere zaken niet meer toekomt.'

Toch, zegt Van der Wel, zou het goed zijn als de drie ziekenhuizen de samenwerking op den duur zouden verdiepen: 'Iedereen roept dat de patiënt om de hoek geholpen wil worden. Maar je moet eens opletten wat er gebeurt als ik in de krant zet dat je voor mammachirurgie absoluut in Heerenveen moet zijn - om een willekeurig ziekenhuis te noemen. Dan gaan de patiënten naar Heerenveen. Dan gaan ze zelfs naar Oezbekistan!'

BREEDBAND

Wél haalbaar is een betere benutting van het provinciale glasvezelnetwerk waarop nu nog onder meer HemoBase en het waarneemdossier van de huisartsen draait. Van Kamp ziet al voor zich hoe hij, in een teleconferentie, online patiënten presenteert in het gynaecologoverleg in Leeuwarden. Rupert ziet breedband als hét middel om de communicatie binnen de maatschap en met



andere artsen te verbeteren: 'Nu moet je nog reizen of een cd'tje opsturen. Dat moet makkelijker.' Het IKN gaat er werk van maken, belooft Van der Wel: 'Wij willen dat de vijf ziekenhuizen in de toekomst via breedband met elkaar kunnen communiceren. Nergens anders is er zo'n netwerk als in Friesland. Het maakt HemoBase mogelijk, het heeft ook de aanschaf door het RIF van een gemeenschappelijke PET/CT-scan mogelijk gemaakt, waarvan de beelden dus op elke locatie kunnen worden ingezien. Als het aan ons ligt, wordt het netwerk straks ook gebruikt door de consulenten. Ik zal dan alleen het UMC in Groningen nog moeten ontsluiten. Maar dat lukt me wel.'

Toch zijn de Friezen ook nu al tevreden - en zij niet alleen. 'Als ik het verhaal schets aan collega's in het NKI-AvL, vertelt Van Kamp met enig leedvermaak, 'zeggen ze: "Hoe is het mogelijk dat jullie met vijf ziekenhuizen meer eenheid van beleid hebben dan wij in ons ene centrum met al die eigenwijze dokters bij elkaar!"' ■

De genoemde MC-artikelen 'Cultuur-omslag in de oncologie' en 'Oncologie vraagt om kankercentra' vindt u via www.medischcontact.nl/dezeweek.



VELDWERK

Van centen en krenten



Een belangrijk deel van de radiologie - in de praktijk een slordige 30 procent van alle verrichtingen - vindt

plaats op aanvraag van de huisarts. In het DBC-tijdperk moeten hiervoor 'diagnostische producten' of 'ondersteunende producten' worden gedeclareerd.

Hoe werkt dat in de praktijk? Alle afdelingen radiologie hebben interne kostprijsberekeningen gemaakt van al hun verrichtingen. Van de X-thorax tot en met ingewikkelde embolisaties bij patiënten met levensbedreigende bloedingen. In die berekeningen komen allerlei posten voor: de inzet van radiologisch laboranten, van administratief personeel, de afschrijving van röntgenapparatuur en van computersystemen waarin beelden en verslag zijn opgeslagen et cetera. Zo ontstaat dus een gemiddelde kostprijs voor bijvoorbeeld de X-thorax, waarbij rekening wordt gehouden met het feit dat het soms gaat om beademde, niet-mobiele IC-patiënten die door twee laboranten overeind moeten worden gezet, en bij wie een plaat achter de rug moet worden geschoven, waarna de laboranten weer teruggaan naar de röntgenafdeling om te beoordelen of de opname is geslaagd (u ziet het voor u?), en soms om jongvolwassen poliklinische patiënten die vlot voor het röntgentoestel springen en binnen twee minuten de afdeling weer hebben verlaten.

Met lede ogen zie ik de laatste jaren de diagnostische centra - vooral in de Randstad - als paddestoelen de grond uit schieten die zich op de laatste categorie concentreren. Dat is gemakkelijk geld verdienen: de krenten uit de diagnostische pap. Als de ziekenhuizen deze patiëntengroepen verliezen, moet de gemiddelde kostprijs voor allerlei vormen van onderzoek omhoog, waardoor we nog minder concurrerend worden.

De oplossing: als ziekenhuis zelf een diagnostisch centrum beginnen, waar de huisartsen en hun patiënten (eindelijk!) optimaal worden bediend: dezelfde dag geholpen, uitslag mee en zo nodig direct telefonisch overleg over interne doorverwijzing. We gaan het proberen!

Floris Sanders

de specialist