

Uniforme optimale zorg voor **gynaecologisch-oncologische patiënten**

EEN KWESTIE VAN CONCENTRATIE EN SAMENWERKING

De discussie in het zorglandschap focust op welke veranderingen nodig zijn om kwalitatief hoogstaande zorg te leveren op de juiste plaats en op een betaalbare wijze. Voor patiënten die te maken hebben met een ziekte die niet veel voorkomt, maar wel complex is (laag volume – hoog complex) vraagt dit om het concentreren van zorg bij gespecialiseerde teams in centra. De chirurgie voor gynaecologisch-oncologische maligniteiten behoort voor het merendeel tot deze categorie van laag volume – hoog complexe zorg. In de regio Noord-Nederland is in 2006 gestart met het opzetten van een samenwerkingsvorm – een zogeheten Managed Clinical Network (MCN) – om optimale zorg te kunnen leveren aan patiënten met een gynaecologische maligniteit. In dit artikel beschrijven we het MCN en de kracht van deze vorm van samenwerking voor zowel professional als patiënt.

Door: G.A. Welker, H.W. Nijman, I. Middelveldt, H.G ter Brugge, V.F. Verrijp, A.G.J. van der Zee en T.A.Y.C. Lips

Uit wetenschappelijk onderzoek naar de invloed van specialistische expertise op patiëntenuitkomsten bij behandeling van patiënten met ovariumcarcinoom is gebleken, dat chirurgische expertise (optimale stadiëring en/of debulking) van grote invloed is op de overleving. (Giede, 2005; Vernooij e.a., 2009). Dit heeft er onder andere toe geleid dat in de richtlijn voor behandeling van ovariumcarcinoom is opgenomen dat bij een patiënte met het sterke vermoeden op een ovariumcarcinoom, maar zeker bij een vastgesteld ovariumcarcinoom, de operatie uitgevoerd dient te worden door een gynaecologisch oncoloog (zie www.oncoline.nl: 'Epitheliaal Ovariumcarcinoom').

In Noord-Nederland is deze ontwikkeling al eerder ingezet. Gedreven door het streven naar verbetering van kwaliteit van zorg is al in 2006 door gynaecologisch oncologen uit het UMCG en het Integraal Kanker Centrum Nederland

(IKNL) een start gemaakt met een plan om tot vergaande samenwerking en uniformering van de zorg voor de gynaecologisch oncologische patiënten te komen. De start bestond uit een inventarisatie van bestaande variatie tussen behandelprocessen en van meningen van betrokken specialisten en ziekenhuizen over hoe de zorg zou moeten worden ingericht om de patiënt optimaal en uniform te kunnen behandelen. De inventarisatie en intensieve besprekingen tussen betrokken partijen resulteerden in de opzet voor een regionaal samenwerkingsverband ofwel een regionaal netwerk met als doel de zorg voor gynaecologisch oncologische patiënten – in het bijzonder patiënten met verdenking op een ovariumcarcinoom – te verbeteren in termen van toegang, effectiviteit, gemak, coördinatie, kwaliteit, behandelresultaat en overleving. Voor dit samenwerkingsverband werd de naam Managed Clinical

Network (MCN) gebruikt. Door de gekozen aanpak en opzet is het MCN als het ware bottom-up ontstaan en zijn de betrokkenheid en het commitment van de diverse partijen verweven in de samenwerkingsvorm. Door de bottom-up aanpak willen alle partijen in de organisatie er een succes van maken. Een ieder voelt zich verantwoordelijk en een ieder zal zich optimaal aan de afspraken houden. Daarnaast worden ook alle ziekenhuizen gelijkwaardig behandeld, is de benadering gelijk. Deze werkwijze is ook goed aan de patiënt uit te leggen.

Het doel van het MCN is om een uniforme en betere zorg te kunnen leveren vanuit het netwerk met alle 16 noordelijke ziekenhuizen. Daarvoor zijn afspraken gemaakt over de volgende punten:

- de randvoorwaarden of uitgangspunten, waaronder het werken volgens vastgestelde richtlijnen, de werkwijze bij het nemen van besluiten over bijvoorbeeld het behandelbeleid en de organisatie van zorg en dergelijke;
- de doelstellingen;
- de inhoud van de zorg (volgens de richtlijn);
- de behandelend specialist en plaats van behandeling;
- de organisatie van zorg;
- de besturing en organisatie van het MCN.

In 2008 is er een dagelijks bestuur benoemd en zijn afspraken vastgelegd en getekend door zowel de gynaecologen, medisch oncologen als de raden van bestuur.

Hoe werkt het MCN in praktijk?

Het MCN werkt vanuit het perspectief van de patiënt: wat is er voor de patiënt nodig om het zorgproces zo snel en zorgvuldig mogelijk te laten verlopen? Tegelijkertijd moeten de kwaliteitseisen van snelle en kwalitatief hoogwaardige zorg in acht genomen worden. Dit heeft erin geresulteerd dat er bij een patiënt met verdenking ovariumcarcinoom eerst overleg plaatsvindt tussen de verwijzend gynaecoloog en de gynaecologisch oncoloog.

De organisatie van de zorg verloopt volgens de volgende afspraken:

1. Triage vindt plaats op basis van Risk of Malignancy Index (RMI), hetgeen een manier is om voor de operatie de mate van waarschijnlijkheid van een maligniteit te schatten.
2. Voorafgaand aan de start van de behandeling is er een bespreking over patiënten met (sterke verdenking op) ovariumcarcinoom met een gynaecologisch oncoloog (GO) in

een tweewekelijks multidisciplinair overleg (MDO) per cluster van maximaal 5 ziekenhuizen via videoconferencing.

3. Als de kans op ovariumcarcinoom 20-40% is en de inschatting wordt gemaakt dat het om relatief weinig complexe chirurgie gaat zal de GO naar het ziekenhuis gaan om de operatie op locatie uit te voeren.
4. Als de kans groot is op een ovariumcarcinoom en/of het vermoeden bestaat dat het een complexe operatie wordt, dan wordt de patiënt verwezen naar een gespecialiseerd 'centrum' ziekenhuis.
5. Als de kans op ovariumcarcinoom heel klein is, dan zal de algemeen gynaecoloog de operatie zelf uitvoeren.
6. Per maatschap/vakgroep in elk tweedelijns ziekenhuis zijn 2 gynaecologen benoemd die diagnostiek en behandeling van patiënten met verdenking op een ovariumcarcinoom coördineren.
7. De meest essentiële gegevens van alle patiënten die zijn besproken worden in een web-based registratieprogramma geregistreerd.

Wat zijn de resultaten op het gebied van verbetering van de zorg

Belangrijke verbeteringen in het behandelproces zijn:

- binnen 1 week patiënt gezien;
- binnen 2 weken behandelafpraak;
- binnen 2 weken na behandeling brief met verslag naar verwijzend specialist en huisarts;
- alle patiënten met gynaecologische maligniteiten worden besproken met GO via regionaal MDO per videoconferentie;
- van in het verleden 50% (tot 2007) naar nu 90% van de ovariumcarcinoompatiënten door een GO geopereerd.

In de noordelijke regio zijn de eerste resultaten van de nieuwe werkwijze zeer positief. De zorg voor de patiënten is aanzienlijk verbeterd, zij worden sneller gezien en behandeld, ze worden behandeld door de juiste professional en op de meest geschikte locatie. De concentratie van laag volume – hoog complexe zorg is effect-

Onder een MCN wordt verstaan een organisatievorm voor complexe en intensieve topreferente zorg, gericht op verhoging van de kwaliteit, waarbinnen de samenwerking tussen het Universitair Medisch Centrum (UMC), de Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen (STZ-ziekenhuizen) en de overige algemene ziekenhuizen wordt vormgegeven, gecoördineerd en geborgd. Borging wordt gerealiseerd door de afspraken te monitoren en feedback te leveren zodat periodiek in MCN-verband het opvolgen van de afspraken wordt geëvalueerd en waar nodig verbeterd.

Achtergrond behandeling ovariumcarcinoom (= eierstokkanker)

Per jaar zijn er in Nederland ongeveer 1200 nieuwe patiënten met ovariumcarcinoom. Hierbij kunnen we onderscheid maken tussen vroeg stadium en laat stadium ovariumcarcinoom.

Vroeg stadium ovariumcarcinoom

30% van de patiënten heeft een vroeg stadium waarbij de kanker beperkt (b)lijkt tot de eierstok(ken). Bij deze patiënten is de optimale behandeling afhankelijk van het uiteindelijke definitieve stadium op basis van microscopisch onderzoek van operatief verwijderd weefsel op verschillende plaatsen in de buikholte en lymfeklieren. Chirurgisch wordt een stagiëring verricht, dat wil zeggen opereren om stukjes weefsel van diverse plekken (conform landelijke afspraken) weg te nemen. Wanneer bij microscopisch weefselonderzoek geen uitzaaiingen worden gezien is de behandeling bij de meeste patiënten daarmee afgerond. Bij deze groep is de 5-jaars overleving 50-70%.

Laat stadium ovariumcarcinoom

70% van de patiënten heeft een vorm van ovariumcarcinoom waarbij de kanker al door de buik verspreid is. Hier moet een operatie plaatsvinden, waarbij ernaar gestreefd wordt alle kanker te verwijderen, zodat voor het blote oog niets meer zichtbaar is. Dit kan een grote, langdurige operatie zijn, waarvoor specifieke training noodzakelijk is. Na de operatie wordt de behandeling gecontinueerd met chemotherapie; om de 3 weken in totaal 6 kuren. Bij deze patiënten is de 5-jaars overleving 20-40%.

Bij een bepaalde groep patiënten waarvoor de operatie heel zwaar zal zijn (bijvoorbeeld indien er sprake is van comorbiditeit, oudere patiënten, uitgebreide metastasering) wordt ervoor gekozen om de behandeling te beginnen met chemotherapie (neo-adjuvante chemotherapie). Er worden 3 kuren gegeven. Als die kuren aanslaan, dat wil zeggen dat bijvoorbeeld op een CT te zien is dat de tumoren slinken, en het beter gaat met de patiënt, wordt in tweede instantie geopereerd (intervalchirurgie). Na de operatie worden dan weer 3 kuren chemotherapie gegeven.

Bij deze groep patiënten is de 5-jaars overleving 20-0% en ziektevrij interval 24-26 maanden.

Bij de optimale behandeling van vroeg stadium ovariumcarcinoom is het vooral van belang om adequaat te stagiëren om daarmee over- of onderbehandeling te voorkomen. Bij de patiënten met laat stadium ovariumcarcinoom gaat het erom dat er een maximale inspanning wordt verricht om voor het blote oog geen tumor achter te laten.

Een belangrijk aspect in de diagnostiek en behandeling van patiënten met verdenking op ovariumcarcinoom is, dat het vaak voor een operatie onzeker is of er sprake is van een goedaardige of kwaadaardige tumor. Pas wanneer de tumor verwijderd is en onderzocht onder de microscoop kan met zekerheid de aard van de tumor vastgesteld worden.

trokken specialisten heeft geleid, waarbij een goede basis is gelegd voor een verdergaande samenwerking tussen de ziekenhuizen, die aansluit bij ontwikkelingen zoals verdere aanscherping van volumenormen en stimulering van samenwerking in specialistische functies. Het is nog te kort na de start van het MCN om een uitspraak te kunnen doen over een mogelijke (gewenste) verbetering van de prognose voor de patiënt met een ovariumcarcinoom door de nieuwe samenwerking.

Huidige ontwikkelingen

Verzekeraars, landelijke specialistenverenigingen én de IGZ dragen uit dat er substantiële kwaliteitswinst is te boeken door het aanbieden van complexe zorg in gespecialiseerde centra. Het toepassen van de volumenormen van de Landelijke Beroepsverenigingen (ook de NVOG), het toezicht hierop door de IGZ en de normering door de Stichting Oncologische Samenwerking (SONCOS), dat naast volumenormen ook structuureisen stelt, zal nog meer aanmoedigen tot concentratie en samenwerking bij specialistische functies in de zorg. Tegelijkertijd moet de toegang tot deze functies geborgd blijven. Dit betekent het behoud van de nodige expertise dicht bij de patiënt voor het herkennen, triage en eventuele doorverwijzing van patiënten met (complexe) problemen. Bij de herinrichting van het zorglandschap wil het UMCG gebruikmaken van inzichten uit buitenlandse voorbeelden, zoals het 'hub and spoke model' van het Partners Healthcare Network in de regio Boston in de VS, uiteraard aangepast op de situatie in Noord-Nederland. De 'hubs' of de gespecialiseerde centrumziekenhuizen in de regio hebben in dit model een coördinerende (regie)rol in samenwerking in een netwerk met de zogenaamde 'spokes' of de (perifere) satellietziekenhuizen en de eerste lijn uit de onmiddellijke regio, waardoor zij een gezamenlijk pakket van zorg aanbieden op de verschillende locaties, zodat voor elke patiënt de toegang tot de nodige kwaliteit en expertise is gewaarborgd.

De ontwikkeling naar een 'hubs and spokes model' voor de regio Noord-Nederland brengt met zich mee dat binnen de bestaande MCN's afspraken worden gemaakt om de complexe verrichtingen verder te concentreren in de 'centrumziekenhuizen' (de 'hubs'), maar tegelijk afspraken

tief. Bovendien is gebleken dat deze vorm van concentratie van zorg ook kosteneffectief is (Bristow et al. 2007; Greving et al., 2009). Daarnaast is gebleken dat het werken in het MCN in de loop der jaren tot een kwalitatief goede en prettige samenwerking tussen de be-

	Nu	Toekomst
Operatie door	Algemeen gynaecoloog of gynaecoloog oncoloog	Gynaecoloog oncoloog
Waar	Op locatie of in centrumziekenhuis	In (centrum)ziekenhuis met minimaal 20 ingrepen per jaar

Tabel 1. Te verwachten ontwikkeling naar gecentraliseerde zorg

te maken over kwalitatief goede diagnostiek, verwijzing en terugverwijzing (ook met verwijzers in de eerste en tweede lijn), radiotherapeutische of farmacologische behandeling en nazorg van de patiënt in de daaromheen gelegen ziekenhuizen en overige zorgaanbieders (de ‘spokes’ of satellieten).

Voor de gynaecologische oncologie betekent deze aanscherping van volumennormen naar minimaal 20 operaties per ziekenhuis per jaar dat de volgende verdere ontwikkeling naar gecentraliseerde zorg te verwachten is.

In de regio Noord-Nederland wordt momenteel in kaart gebracht hoeveel en welk type gynaecologisch-oncologische ingrepen jaarlijks plaatsvinden in welk ziekenhuis.

De zorgvraag van de patiënt hoort leidend te zijn bij de inhoud en de organisatie van het aanbod. Daarom worden de Noordelijke Zorgbelang organisaties via onder andere focusgroepen en spiegelbijeenkomsten bij de opzet en de verdere uitwerking van regionale samenwerkingsverbanden betrokken. Hierbij worden patiëntenverenigingen uitgenodigd mee te denken over de inrichting van het proces wat in toenemende mate geïntegreerd over de organisatiemuren heen zal plaatsvinden. Hierbij geldt het credo ‘dicht bij de patiënt wat kan, centraal wat moet’.

Literatuur

Bristow, R.E., Santillan, A. en T.P. AZ-Montes, T.P., Centralization of care for patients with advanced-stage ovarian cancer: a cost-effectiveness analysis, *Cancer*, 109, 2007, pp. 1513-1522.

Giede, K.C., Who should operate on patients with ovarian cancer? An evidence-based review, *Gynaecol Oncol*, 99, 2, 2005, pp. 447-461.

Greving, J.P., Vernooij, F., Heintz, A.P., Graaf, Y. van der en E. Buskens, Is centralization of ovarian cancer care warranted? A cost-effectiveness analysis, *Gynecol Oncol.*, 113, 2009, pp. 68-74.

Vernooij, F., Heintz, A.P., Coebergh, J.W., Massuger, L.F., Witteveen, P.O. en Y. van der Graaf, Specialized and high-volume care leads to better outcomes of ovarian cancer treatment in the Netherlands. *Gynaecol Oncol*, 112, 3, 2009, pp. 455-61.

Informatie over de auteurs

Dr. Gera A. Welker is implementatiefellow (ZonMw) en stafadviseur Kwaliteit UMCG.

Prof.dr. Hans W. Nijman is gynaecoloog oncoloog bij het UMCG.

Drs. Ineke Middelveldt is senior adviseur netwerken bij het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL), locatie Groningen.

Dr. Henk G. ter Brugge is gynaecoloog oncoloog bij Isala Klinieken Zwolle.

Drs. Victor F. Verrijp is coördinator beleid UMC staf UMCG.

Prof.dr. Ate G.J. van der Zee is gynaecoloog oncoloog bij het UMCG.

Drs. Tanja A.Y.C. Lips MBA is beleidsmedewerker regionale samenwerking UMCG.

Belang van opereren door gynaecologisch oncoloog

De kwaliteit van de chirurgische behandeling van het ovariumcarcinoom is essentieel voor de uiteindelijke uitkomst voor de individuele patiënt. Bij patiënten met ovariumcarcinoom met gemetastaseerde ziekte door de buik is het bereiken van een chirurgisch optimaal resultaat (geen resttumor in de buikholte voor het blote oog) sterk geassocieerd met de kans op overleven. De kans dat alle tumor verwijderd kan worden bij een operatie is het grootst als de patiënt wordt geopereerd door een gynaecoloog oncoloog in een gespecialiseerd ziekenhuis waar deze operatie veelvuldig (recente norm is minimaal 20 operaties per jaar) wordt verricht. Tot voor kort werd in Nederland minder dan de helft van alle patiënten met ovariumcarcinoom door een gynaecoloog oncoloog geopereerd. Door het verscherpen van richtlijnen voor de behandeling van patiënten met ovariumcarcinoom en het opzetten van regionale samenwerkingsverbanden moet het aantal patiënten dat geopereerd wordt door een gynaecoloog oncoloog tot boven de 90% komen. In een land als Noorwegen waar deze centralisatie van zorg al heeft plaatsgevonden, is na centralisatie een significante verbetering in de prognose voor patiënten met ovariumcarcinoom vastgesteld.

Wat is bekend

Er is evidence dat specialistische expertise van grote invloed is op patiëntenuitkomsten bij behandeling van patiënten met ovariumcarcinoom (Giede, 2005; Vernooij e.a., 2009). Dit betekent dat de kwaliteit van zorg voor dit type patiënten geconcentreerd zou moeten worden. Gedreven door het streven naar verbetering van kwaliteit van zorg is al in 2006 door gynaecologisch oncologen uit het UMCG en het Integraal Kanker Centrum Nederland (IKNL) begonnen aan een plan voor samenwerking en uniformering van de zorg voor de gynaecologisch oncologische patiënten in de regio.

Wat is nieuw

Vanuit de praktijk is de bestaande variatie tussen behandelprocessen geïnventariseerd en zijn meningen van betrokken specialisten en ziekenhuizen over hoe de zorg zou moeten worden ingericht om de patiënt optimaal en uniform te kunnen behandelen, besproken. Door deze bottom-up benadering zijn betrokkenheid en commitment van de betrokken partijen verweven in de samenwerkingsvorm. Dit heeft geleid tot een Managed Clinical Network Gynaecologische Oncologie in Noord-Nederland dat succesvol de kwaliteit van zorg heeft verbeterd. Verbeteringen zijn zichtbaar in een veel snellere behandeling en de directe betrokkenheid van een gynaecoloog oncoloog bij de operatie, in een centrumziekenhuis dan wel op locatie.

Wat kun je ermee

Het commitment van alle betrokken partijen in het opzetten en tot een succes maken van het MCN geeft nu de gelegenheid veel gemakkelijker te kunnen inspelen op de huidige ontwikkelingen en gewenste veranderingen in de concentratie van zorg voor hoog complex – laag volume zorg.