

Evidence voor centralisatie van oncologische chirurgie ontbreekt

Ongefundeerd geconcentreerd

Marcel Soesan,
internist-oncoloog

Hans-Martin Otten,
internist-oncoloog

Dees Brandjes,
internist-opleider

Allen werkzaam in het Slotervaartziekenhuis in Amsterdam.

Correspondentieadres:
marcel.soesan@slz.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

Overheid en zorgverzekeraars willen oncologische chirurgie concentreren. Maar wetenschappelijk bewijs om dat beleid te onderbouwen, is er niet.

De afgelopen decennia is de gezondheidszorg in Nederland georganiseerd volgens het principe 'de patiënt staat centraal'. De overheid houdt toezicht op kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg voor iedere burger. De eerstelijnszorg wordt 'aan huis' geleverd, de tweedelijns(ziekenhuis)zorg voorziet regionaal in zwaardere en meer geavanceerde zorg en in geval van behoefte aan de hoogst gespecialiseerde zorg komt de derde lijn (academische zorg) in beeld. Opleiding en wetenschappelijk onderzoek behoren tot de kerntaken van de academische centra. Nieuwe behandelingen worden doorgaans academisch uitgevonden en getest en vervolgens verspreid onder de beroepsgroep.

Alleen als de chirurgische behandeling van oncologische patiënten tot enkele gespecialiseerde centra in het land wordt beperkt, doen de behandelaars voldoende ervaring op en kan de vereiste kwaliteit worden geboden. Die veronderstelling ligt ten grondslag aan het beleid om deze zorg te concentreren.

Bij oncologische zorg zijn verschillende disciplines betrokken. Het behan-

delresultaat wordt bepaald door de som der delen. Desondanks worden volumennormen, los van de inbreng van verschillende disciplines, gehanteerd als 'gouden standaard'. Het volume wordt gezien als bepalend voor de uitkomst. Zeldzame (= laag volume) tumoren zijn al jaren gecentraliseerd in Nederland.^{1 2} Dit betreft voornamelijk tumoren die een chirurgische

behandeling behoeven. Een recente publicatie ondersteunt dit beleid.³ Zou dit ook moeten gelden voor de meest voorkomende (= hoog volume) tumoren? Alleen voor operatieve ingrepen is dit onderzocht. Veel van deze onderzoeken maken gebruik van onbetrouwbare databases die niet voor dit doel geschikt zijn.^{4 5}

Coloncarcinoom

Voor coloncarcinoom tonen enkele retrospectieve studies geen statistisch significante verschillen aan ten aanzien van langetermijnoverleving (=genezing) of operatiegerelateerde sterfte.⁶⁻¹³ Als er uit wetenschappelijke studies al een volumenorrm gedistilleerd zou kunnen worden, ligt die voor coloncarcinoom op twintig operaties per jaar per ziekenhuis. Bij hogere aantallen wordt het resultaat niet beter. Zelfs een studie in de Mayo Clinic toont geen verschil in complicaties en behandeluitkomst tussen minder dan vijf of meer dan tien operaties per jaar per chirurg.¹⁴ Hetzelfde geldt voor mammacarcinoom. Boven twintig operaties per ziekenhuis per jaar lijkt geen winst meer te behalen.¹⁵ Een Engels bedrijfseconomisch onderzoek naar de haalbaarheid van een 'breast cancer clinic' becijfert dat minimaal 150 operaties per jaar nodig zijn om financieel rendabel te zijn.¹⁶ Dit betreft echter een bedrijfseconomisch onderzoek en geen kwaliteitsonderzoek.

Ook voor cystectomieën is onderzoek verricht naar een eventuele relatie tussen volume en behandeluitkomsten. Een meta-analyse van Goossens-Laan e.a. toont boven vier cystectomieën per jaar per ziekenhuis geen significante verbetering van de uitkomsten.¹⁷ De Vries heeft dit voor de Nederlandse situatie onderzocht en

*Bij meer operaties wordt
het resultaat niet beter*

SAMENVATTING

- Voor het stellen van volumenormen van veelvoorkomende chirurgische aandoeningen in de oncologie bestaat geen wetenschappelijke onderbouwing.
- Patiënten behandelen volgens een volumegestuurd model is riskant voor patiënten door de eenzijdige benadering.
- In de specialistische opleiding is geen rekening gehouden met de gevolgen van centralisatie van veelvoorkomende aandoeningen.

vond geen verschil in complicaties en behandeluitkomsten tussen laagvolumecentra en oncologische centra.¹⁸

Ingrijpende verandering

Sinds enige jaren proberen verzekeraars en overheid allerlei vormen van zorg in Nederland te centraliseren. Hun argument hiervoor is 'meer van hetzelfde is beter'. Genoemde oncologische onderzoeken ontkrachten dit. Toch is de onlangs opgerichte Stichting Oncologische Samenwerking (Soncos), als overkoepelend orgaan van de Nederlandse Verenigingen van (oncologische) Heelkunde, Medische Oncologie en Radiotherapie, onder deze druk bezwaken. Er wordt nu een normeringsdocument opgesteld waarin naast algemene kwaliteitsnormen ook arbitraire normaantallen worden gesteld, waaraan ziekenhuizen dienen te voldoen. Haalt een ziekenhuis het normaantal niet, dan moet het stoppen met de betreffende behandeling. Waar samenwerking tussen ziekenhuizen eerst werd aangemoedigd om gezamenlijk centraal uitgekiend beleid en protocollering te implementeren en zodoende meer uniforme behandelingen perifeer aan te bieden, gaat het nu bij samenwerking om het overhevelen van patiënten. Een wetenschappelijk onderbouwing voor deze ingrijpende verandering van de zorg is er niet.

Verder van huis

In de oncologische zorg staat niet langer de patiënt centraal maar het centrum. Dit is niet in het belang van de patiënt.¹⁹ Voor de patiënt en zijn familie betekent concentratie van de zorg dat de behandeling verder van huis zal plaatsvinden. Het betreft de ziekste patiënten in de samenleving, die zich niet makkelijk lenen voor rekenmodellen over gekapitaliseerde winsten en verliezen per gewonnen levensjaar. In de voorstellen wordt geopperd, dat niet te genezen patiënten wél in perifere ziekenhuizen palliatief behandeld kunnen worden. Voor patiënten suggereert dit wrang genoeg een tweedeling in de zorg. Juist de palliatieve patiënt met comorbiditeit is ingewikkelder dan de curatieve patiënt zonder comorbiditeit. Tweedelijnsziekenhuizen krijgen door de centralisatie van zorg te maken met verlies aan kennis en kunde, die op termijn irreversibel is. Dit zal ertoe leiden dat de acute oncologische (meestal behandelinggerelateerde) zorg verdwijnt. In de huidige voorstellen wordt deze vorm van zorg toebedeeld aan de lokale ziekenhuizen, maar die mogelijkheid zal langzaam verdwijnen.

Academische centra gaan te maken krijgen met een forse toeloop van tweedelijnszorg. Er bestaat een reëel risico, dat juist het innoveren van zorg hierdoor trager en moeilijker zal worden. Het van oudsher uitdragen van kennis en kunde na de experimentele fase van behandelingen dreigt onder te sneeuwen in niet-academische patiëntenzorg.


Bij het opleiden van medisch specialisten treedt er eenzijdigheid op. Met name de breed georiënteerde specialismen worden geconfronteerd met een uitgekleeft opleidingspalet perifeer en een orgaangeoriënteerd opleidingspalet centraal.

Voor medische beschikbaarheid in de – resterende – perifere ziekenhuizen dreigt verregaande verarming, waardoor de brede specialismen en specialisten zullen verdwijnen. Uiteindelijk trekt dit bestaansgrond weg onder de voeten van perifere ziekenhuizen. Deze kanteling van zorg heeft dientengevolge ook consequenties ver buiten de oncologische zorg.

Misleid

In de huidige teneur tot structurele verandering kantelt de oncologische zorg van 'de patiënt centraal' naar 'het centrum centraal'. Verzekeraars en overheid streven naar volumegepaste zorg. De oncologische beroepsverenigingen gaan hier onder grote druk in mee door arbitraire normaantallen op te leggen als maat voor kwaliteit van zorg. Wetenschappelijk onderzoek naar het gebruik van normaantallen bij chirurgische behandeling van veelvoorkomende tumoren toont geen verband tussen volume en kwaliteit van zorg. Mochten economische motieven een rol spelen voor verzekeraars of overheid, dan is het beter deze te benoemen en te onderzoeken, omdat thans patiënten misleid worden.

Met de gevolgen voor de opleiding van medisch specialisten is geen rekening gehouden, terwijl in het nieuwe volumesgestuurde model het opleiden van eenzijdig geschoolde specialisten onontkoombaar lijkt. Deze benadering is voor de patiënt riskant en voor de geneeskunde funest.

Voorbeelden van mislukte schaalvergroting zijn het onderwijs en de gerechtshoven. Zowel kwalitatief als economisch heeft schaalvergroting daar niet geleid tot verbetering. 



Voetnoten en eerdere MC-artikelen over concentratie vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl.

Voetnoten

1. Lemmens VEPR, Bosscha K, van der Schelling G, Brenninkmeijer S, Coebergh JW, de Hingh IHJT. Improving outcome for patients with pancreatic cancer through centralization. *Br J Surg* 2011 Oct; 98 (10): 1455-62.
2. Gooiker GA, van der Geest LG, Wouters MW, Vonk M, Karsten TM, Tollenaar RA, Bonsing BA. Quality improvement of pancreatic surgery by centralization in the western part of the Netherlands. *Ann Surg Oncol*. 2011 Jul; 18 (7): 1821-9.
3. Finks JF, Osborne NH, Birkmeyer JD. Trends in Hospital Volume and Operative Mortality for High-Risk Surgery. *NEJM* 2011, 364: 2128-37.
4. Romano PS, Schembri ME, Rainwater JA. Can administrative data be used to ascertain clinically significant postoperative complications? *Am J Med Qual* 2002; 17: 145-54.
5. Romano PS, Chan BK, Schembri ME, Rainwater JA. Can administrative data be used to compare postoperative complication rates across hospitals? *Med Care* 2002; 40: 856-67.
6. Schrag D, Panageas KS, Riedel E et al. Hospital and surgeon procedure volume as predictor of outcome following rectal cancer resection. *Ann Surg* 2002; 236: 583-92.
7. Billingsley KG, Morris AM, Dominitz JA, Matthews B, Dobie S, Barlow W, Wright GE, Baldwin LM. Surgeon and hospital characteristics as predictors of major adverse outcomes following coloncancer surgery. *Arch Surg* 2007; 142: 23-31.
8. Dimick JB, Cowan JA Jr, Upchurch GR Jr, Colletti LM. Hospital volume and surgical outcomes for elderly with colorectal cancer in US. *Surg Res* 2003; 114: 50-6.
9. Meyerhardt JA, Catalano PJ, Schrag D, Ayanian JZ, Haller DG, Mayer RJ, MacDonald JS, Benson AB. Association of hospital procedure volume and outcomes in patients with colon cancer at high risk for recurrence. *Ann Intern Med* 2003; 139: 649-57.
10. Wibe A, Eriksen MT, Syse A, Tretli S, Myrvold HE, Søreide O. Effect of hospital caseload on long-term outcome after standardization of rectal cancer surgery at a national level. *Br J Surg* 2005; 92: 217-24.
11. Osler M, Iversen LH, Borglykke A, Mårtensson S, Daugbjerg S, Harling H, Jørgensen T, Frederiksen B. Hospital variation in 30-day mortality after colorectal cancer surgery in Denmark. *Ann Surg* 2011; 253: 733-8.
12. Engel J, Kerr J, Eckel R, Günther B, Heiss M, Heitland W, Siewert JR, Jauch KW, Hölzel D. Influence of hospital volume on local recurrence and survival in a population sample of rectal cancer patients. *EJSO* 2005; 31: 512-20.
13. Larson DW, Marcello PW, Larach SW, Wexner SD, Park A, Marks J, Senagore AJ, Thorson AG, Young-Fadok TM, Green E, Sargent DJ, Nelson H. Surgeon volume does not predict outcomes in the setting of technical credentialing. *Ann Surg* 2008; 248: 746-50.
14. Larson DW, Marcello PW, Larach SW, Wexner SD, Park A, Marks J, Senagore AJ, Thorson AG, Young-Fadok TM, Green E, Sargent DJ, Nelson H. Surgeon volume does not predict outcomes in the setting of technical credentialing. *Ann Surg* 2008; 248: 746-50.
15. Skinner KA, Helsper JT, Deapen D, Ye W, Spoto R. Breast cancer do specialists make a difference. *Ann Surg Oncol* 2003; 10: 606-15.
16. Richards MA, Baum M, Dowsett M et al. Provision of breast services in the UK; the advantages of specialist breast units. Report of a Working Party of the British Breast Group. *The Breast Supplement*, 1994.
17. Goossens-Laan CA, Gooiker GA, van Gijn W, Post PN, Bosch JLHR, Kil PJM, Wouters MWJM. A systematic review and Meta-analysis of the relationship between hospital/surgeon volume and outcome for radical cystectomy: an update for the ongoing debate. *European Urology* 2011; 59: 775-83.
18. Vries RR de, Visser O, Nieuwenhuijzen JA, Horenblas S. Outcome of treatment bladder cancer low-volume vs oncology centres. *World J Urol* 2010; 28: 431-7.
19. Buijsen M. Burger verliest invloed op zorglandschap. *Medisch Contact* 2011; 66: 2442-3.