

# Oncologen VUmc en AMC slaan handen ineen

AMC en VUmc vormen een alliantie, als opmaat naar een uiteindelijke fusie. Wat betekent dit concreet voor artsen op de werkvloer, en hoe kunnen zij er een succes van maken? Medisch Contact zoomt in op een van de vier vakgebieden die een voortrekkersrol in de samenwerking vervullen: de oncologie.

**B**eiden zijn oude rotten in het vak, maar onderling heel verschillend. Hoogleraren Kees Punt en Peter Huijgens, die afgelopen anderhalf jaar als voorzitters van de werkgroep oncologie vormgaven aan een belangrijk deel van de alliantie tussen hun academische ziekenhuizen, zijn het levende bewijs dat kankerzorg een kwestie is van samenwerking van veel medische disciplines en karakters. De 64-jarige Huijgens is hoofd van de afdeling Hematologie, al bijna veertig jaar verbonden aan het VUmc, en een swingende spreker. De 59-jarige Punt is hoofd van de afdeling Medische oncologie, relatief nieuw bij het AMC (daarvoor UMC St. Radboud), en wat meer weloverwogen.

Nadat hun bestuurders in de herfst van 2011 hadden besloten AMC en VUmc op te stoten in de vaart der volkeren door een alliantie aan te gaan, kregen Punt en Huijgens de opdracht de mogelijkheden te verkennen op het gebied van oncologische zorg. Bij de presentatie van het masterplan door bestuursvoorzitters Marcel Levi (AMC) en Fred Plukker (VUmc) eind maart bleek oncologie een

van de vier vakgebieden te zijn, die een voortrekkersrol krijgen. De andere drie: vrouw-kindzorg (geconcentreerd bij AMC), neurowetenschappen (geconcen-

De twee onderhandelaars dromen hardop over de voordelen

treerd bij VUmc) en acute zorg/trauma (op twee locaties).

Wat betekent de alliantie van de twee zorggiganten voor de honderden artsen en wetenschappers op de werkvloer, en hoe kunnen zij er een succes van maken? Op de spreekkamer van Punt in het AMC reflecteren de twee oncologische hoofdonderhandelaars op de manier waarop zij de afgelopen periode een werkbaar plan voor de integratie 'in elkaar peuterden',

kijken zij openhartig vooruit naar de komende uitdagingen, en dromen hardop over de mogelijke voordelen.

### Hinderpaal

Het multidisciplinaire karakter van kankerzorg verklaart niet alleen de afwijkende profielen van de twee werkgroepvoorzitters, maar is naar hun zeggen ook een van de grootste hinderpalen voor een soepele integratie. 'Bijna elke afdeling in het ziekenhuis heeft wel iets met oncologie te maken', aldus Punt. 'Als wij besluiten om kanker A op één locatie te doen, heeft dat dus enorme consequenties voor de daaraan verbonden afdelingen. Het spannende van de alliantie is om het zo in te delen dat het gaat werken.'

Huijgens benadrukt dat daarom bij de integratieplanning is gekozen voor een brede aanpak. 'Wij leiden allebei een eigen kernteam van vier personen, waarin meerdere oncologische disciplines zijn vertegenwoordigd. Het is belangrijk dat alle relevante disciplines nauw bij de discussie betrokken zijn.'

Die kernteams inventariseerden eerst alle



gevoelens en ideeën die aan ‘beide kanten van de snelweg’ leefden, en ontwierpen een indeling op basis van tumorgroepen. ‘Vorig jaar brachten wij alle specialisten samen, die daarmee te maken hebben. Dat waren er ruim honderd’, legt Punt uit. ‘Eerst vroegen wij hen hoe zij een groot samenwerkingsverband zouden inrichten, en daarbij nog even te vergeten of zij in het AMC of het VUmc werken. Later die dag vroegen wij hen om deze inrichting concreet in te vullen op de twee locaties.’

Over de relatief zeldzame tumorsoorten bereikten de partijen al snel overeenstemming. ‘Iedereen vindt het onzinnig die op twee locaties te blijven doen’, aldus Punt. Ook was het logisch de gynaecologische oncologie te concentreren bij het AMC,

schuin oog naar elkaar om te veel duplicatie te voorkomen. Daarom kunnen we nu verder naar elkaar toegroeien’, aldus Huijgens. ‘Dat had niet gekund als wij in het recente verleden nog met grote kanonnen tegenover elkaar hadden gestaan.’

Over andere patiënten- en researchgroepen zoals longkanker, urologische tumoren en neuro-endocrinologie, moeten nog wel beslissingen worden genomen. Punt benadrukt daarbij dat veel specialismen op één locatie een zwaartepunt krijgen, maar op beide locaties toch altijd een ‘basisservice’ op academisch niveau moeten bieden. Huijgens bevestigt: ‘Stel je voor dat je de colorectale oncologie met de abdominale chirurgen onderbrengt in het AMC, en de

moeten neerzetten. Dat blijft dus op beide locaties. Dan hoef je de verwijspatronen van huisartsen ook niet te veranderen. We hebben – kortom – gekozen voor een ingroeimodel, waarbij we eerst de zaken doen die het beste haalbaar zijn. De komende drie jaar laten we alles rustig in elkaar groeien.’

Wel zullen alle oncologische patiënten al heel snel binnenkomen via één portaal en worden besproken in één gezamenlijk multidisciplinair overleg (MDO), benadrukt Punt. ‘Het is niet de bedoeling dat er apart overleg blijft, want dan werken we langs elkaar heen.’ Dat gezamenlijke MDO moet er dit jaar al komen.

## Niet categoriaal

Een ding was vanaf het begin boven alle discussies verheven, benadrukken zowel de medisch oncoloog als de hematoloog. ‘We kozen er nadrukkelijk voor niet alle oncologie te concentreren op één locatie’, aldus Punt. ‘Dan zouden we een tweede Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis creëren, en dat willen we juist niet. Bij oncologische zorg heb je meestal ook medebehandeling van niet-oncologische specialisten nodig. Kanker treft vaak oudere mensen met comorbiditeit, bij wie meerdere specialismen betrokken zijn. Daarom moet de zorg zijn ingebed in een bredere academische setting, zonder een pure focus op kanker.’ Huijgens: ‘Categorale ziekenhuizen zijn echt uit de tijd. Je moet een patiënt met kanker blijven zien als een mens, met alles wat daarbij hoort; een hart, longen en weet ik wat meer. En niet als een kanker waar een patiënt omheen zit.’

Die visie heeft volgens Punt en Huygens waarschijnlijk geleid tot de weigering van de derde oncologische grootmacht in Amsterdam, het Antoni van Leeuwenhoek/Nederlands Kanker Instituut (AvL/ NKI), om aan te haken bij het AMC en VUmc. ‘Samenwerking zou logisch zijn, gezien de fysieke nabijheid. Wij hadden een goed idee over wat wij elkaar kunnen bieden. Maar de raad van bestuur van het AvL hield dat echter af’, aldus Punt. ‘Voor de oncologische patiëntenzorg hebben



## Kees Punt: ‘Het is onzinnig zeldzame tumorsoorten op twee locaties te blijven doen’

aangezien daar ook het gezamenlijke VrouwKindCentrum van de alliantie wordt ondergebracht. Evenmin was er veel discussie over de neuro-oncologie, die in navolging van de neurowetenschappen bij het VUmc terecht zal komen. Over enkele andere tumorsoorten zijn ook al afspraken gemaakt. Zo gaat het VUmc zich richten op hoofd-halsoncologie en complexe dermato-oncologie (melanoom), en gaat de complexe oncologische bovenbuikchirurgie naar het AMC. Voordeel daarbij was dat beide oncologische centra zich het afgelopen decennium al redelijk complementair ontwikkelden. ‘Wij keken altijd met een

complexe traumazorg in het VUmc omdat daar ook de neurowetenschappen zitten. Als dan iemand in het VUmc wordt binnengebracht met schotwonden in de buik, moet je toch een chirurg hebben die daar goed thuis is. Die moet dan niet op zijn fietsje uit het AMC moeten komen.’ De veel voorkomende tumorsoorten (zoals borst, long, darm en prostaat) zullen gezien hun volume voorlopig nog op beide locaties worden behandeld. Huygens: ‘Neem huidkanker. Dat is een ongelooflijk grote groep patiënten waar weinig disciplines bij betrokken zijn, onzinnig om dat op één plek te doen. Daarvoor zou je een apart gebouw

wij hen niet echt nodig, maar het is vooral jammer omdat er op onderzoeksgebied veel goede contacten met het NKI zijn', tekent Huijgens aan.

De hematoloog vreest overigens niet dat die nu worden bedreigd. 'Researchvogels laten zich nooit in een kooitje stoppen,

daarvoor. Dat gaat bij andere allianties wel eens anders.'

Volgens Huijgens, die als voorzitter van een commissie een poging deed de discussie rond kinderoncologie vlot te trekken, krijgen de Amsterdamse bestuurders niet de kans te veel te

laaiende ruzie krijgt, moet je je nog even achter de oren krabben. Er zijn te veel voorbeelden waarbij top-down gefuseerd wordt, en er vervolgens vijf jaar stilstand is.'

### ***Wat is voor de artsen de grootste potentiële winst van de alliantie?***

Punt: 'Tja, de argeloze lezer zal zich misschien afvragen waarom wij het zo ingewikkeld maken. De winst zit hem natuurlijk in subspecialisatie. Specialisten in een academisch ziekenhuis hebben een aandachtsgebied, maar toch moeten de meeste medisch oncologen hier alle vormen van kanker behandelen en algemene diensten draaien. Academische ziekenhuizen in Nederland zijn nog te klein om echt te kunnen focussen. Maar dit is juist belangrijk om meerwaarde te bieden ten opzichte van de grotere perifere ziekenhuizen. Als je het volume van deze twee huizen optelt, kunnen wij wel echte keuzes maken. Dat kan een enorme kwaliteitsslag geven. Onze colorectale chirurg bijvoorbeeld droomt van een echte colorectale chirurgische unit. Met onze drie, vier colorectale chirurgen wordt dat te krap. Maar met de groep uit het VU erbij, kun je wel een eigen unit draaien die 7 dagen per week 24 uur per dag beschikbaar is.' Huijgens tekent aan dat deze beschikbaarheid ook voor de patiënt van belang is: 'De truc is, dat er zo altijd van allerlei disciplines een topexpert in huis is.' En dankzij de samenwerking van de universitair medische centra met de omringende perifere ziekenhuizen kunnen daar miljoenen Nederlanders van profiteren, aldus de hematoloog. 'Op deze manier gaan wij voor meer dan een kwart van Nederland in zee. Dit zijn weliswaar maar twee van de acht academische ziekenhuizen, maar als je naar de regio kijkt, gaan wij bijna 5 miljoen mensen bedienen met onze hogeschoolkankerzorg en -research. Dat is uniek.' ■

### **web**

De voetnoten vindt u bij dit artikel op [medisch-contact.nl/artikelen](http://medisch-contact.nl/artikelen). Zie ook het dossier Kwaliteit voor meer over dit onderwerp.



## Peter Huijgens: 'De komende drie jaar laten we alles rustig in elkaar groeien'

maar zoeken elkaar gewoon op. Dat is eigenlijk ook de manier waarop wij hier die groepen bijeenbrengen. Als er al eens wat aarzeling is over de zorg, dan brengt de onderzoeksinteresse hen toch weer verder. Meer patiënten betekent meer materiaal, en dus meer mogelijkheden. Natuurlijk moeten artsen straks wellicht verhuizen of een andere jas aantrekken, maar bij goede academische, oncologisch geïnteresseerde mensen sneeuwt zo iets meteen onder bij de voordelen.'

### ***Pogingen om kinderoncologische zorg in Nederland te centraliseren liepen stuk omdat raden van bestuur van de academische ziekenhuizen hun financiële belangen verdedigden. Speelde geld hier ook een rol?***

Punt: 'Het goede is, dat deze alliantie voornamelijk bottom-up is opgezet. Wij kunnen zelf aangeven waar wij de winst zien, en hoe we het willen indelen. Soms krijgen wij natuurlijk wel een klap van boven, om links- of rechtsom te gaan. Er is ook centrale regie nodig. Maar er wordt echt goed geluisterd naar wat de werkvloer wil, en naar de inhoudelijke redenen

remmen uit angst omzet kwijt te raken. 'Het verschil is de drijfkracht van de specialisten. Die willen hier iets. Als je afremt wat deze twee grote medische staven willen, krijg je wrijving. Natuurlijk vragen onze raden van bestuur wel eens of iets wat langzamer kan. Wij zijn kankerspecialisten, en kanker groeit. Als wij dus ideeën hebben, moet het altijd snel. Maar zij zijn uiteindelijk verantwoordelijk voor het geld, en dat is ook belangrijk. Wij willen niet meemaken dat een van de ziekenhuizen als gevolg van verschuivingen van zorg in de financiële problemen komt. Dat zou gemakkelijk kunnen, want op dit moment is het vergoedingensysteem nog steeds abominabel. Voor de ene behandeling krijg je te veel geld, en voor de andere te weinig.'

### ***Er wordt voorzichtig toegewerkt naar een volledige fusie van de umc's. Had de lastige omzetdiscussie niet vermeden kunnen worden door eerst te fuseren?***

Huijgens: 'Je moet eerst kijken of het haalbaar is. Als je bij het eerste contact al