

IN DEZE EDITIE:



03

Bestuurlijke fusie AMC en VUmc
Interview met Mark Kramer



06

Nieuwe studiedesigns in opkomst
Interview met Lenny Verkooijen



11

Thuisbehandeling moet maatwerk zijn
Interview met Pauline Evers



14

Hoeveel straling kan een speekselklier hebben?
Interview met Wouter Vogel

v&vn

Oncologie
Netwerk Verpleegkundig
Specialisten Oncologie

20

6^e Voorjaars Symposium Verpleegkundig Specialisten Oncologie
9 en 10 april, Doorn



24

Moleculaire-responsmonitoring bij CML verdient voorkeur
Interview met Inge Geelen

Echelonnering van het MDO

DR. MARIJKE VAN OOSTEN, WETENSCHAPSJOURNALIST

Alle patiënten met kanker in een regionaal MDO bespreken, waar experts uit universitaire medische centra of het Antonie van Leeuwenhoek, Amsterdam, aan deelnemen; dat was het oorspronkelijke idee bij de vorming van regionale oncologienetwerken. In de praktijk blijkt deze opzet echter niet haalbaar. Hoe zijn dan alle patiënten goed multidisciplinair te bespreken? De oplossing ligt in echelonnering van het MDO: het niveau van het MDO aanpassen aan de complexiteit van de zorgvraag. Prof. dr. Peter Huijgens, bestuursvoorzitter van het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) licht de opzet van deze overlegstructuur toe.

Het MDO is een belangrijk onderdeel van de regionale samenwerking waar het Citrienprogramma 'Naar regionale oncologienetwerken' naar streeft. Het IKNL ondersteunt het programma daarbij met praktische kennis die voortkomt uit de door het instituut beheerde Nederlandse Kankerregistratie.

Echelonnering van kankerzorg

"Aanvankelijk was het idee om iedere patiënt te bespreken in een regionaal MDO waar experts vanuit umc's of het Antoni van Leeuwenhoek (AVL) aan deelnemen", vertelt Peter Huijgens. "Per jaar zijn er gemiddeld 120.000 nieuwe patiënten met kanker, die ieder drie keer of vaker in een MDO besproken moeten worden. Dat zijn meer dan 360.000 patiëntbesprekingen per jaar. We hebben acht umc's en het AVL. Er is geen hogere wiskunde voor nodig om in te zien dat het oorspronkelijke plan niet mogelijk is. Het kan misschien als je elke patiënt in één minuut bespreekt, maar dat verdient een patiënt niet. Bovendien heeft een specialist of huisarts dan niet de kans goed over een patiënt na te denken." Echelonnering van het MDO kan uitkomst bieden.

"Echelonnering in de kankerzorg komt vanuit de onderzoekswereld van de hematologie", vertelt Huijgens. "Om van tevoren te kunnen bepalen in welke ziekenhuizen een bepaalde studie gedaan kan worden, zijn ziekenhuizen in verschillende niveaus ingedeeld, bijvoorbeeld kleinere ziekenhuizen, grote centra en academische ziekenhuizen. Ziekenhuizen van een bepaald niveau vormen samen een echelon. Hoe eenvoudiger de studie; hoe lager het echelon ziekenhuizen waar deze uitgevoerd kan worden. De term echelonnering diffundeerde al gauw naar de gewone, niet in studieverband verleende zorg. Daar heb je nu eche-

lonnering naar zorgzwaarte: algemene ziekenhuizen doen eenvoudige behandelingen, grote centra de meer ingewikkelde behandelingen en ge-

Eerste MDO-echelon

Door nu ook de MDO's in echelons in te delen, wordt het wel mogelijk om 360.000 goede multidisciplinaire be-



Peter Huijgens

specialiseerde centra of academische ziekenhuizen de echt complexe behandelingen. In de praktijk blijkt dat het grootste deel van de kankerpatiënten een behandeling krijgt in het laagste echelon en het kleinste deel in het hoogste echelon."

sprekingen te houden. Huijgens: "Het eerste echelon MDO's is bestemd voor bespreking van patiënten waarbij niet meteen de expertise van iemand uit een academisch ziekenhuis nodig is. Daar zit wel een voorwaarde aan vast: bij MDO's van het eerste

echelon dienen net zozeer mensen van buiten het eigen ziekenhuis betrokken te worden als bij MDO's uit een hoger echelon. Als alleen mensen uit één ziekenhuis deelnemen aan het MDO, zoals nu vaak het geval is, dan krijg je al gauw inteelt in de gedachtegang. Dat moeten we voorkomen. De MDO-deelnemers uit andere ziekenhuizen hoeven alleen niet uit academische ziekenhuizen te komen", verklaart Huijgens.

Complexere zorgvragen

Wordt de zorgvraag ingewikkelder, dan is bespreking van patiënten in een MDO van het tweede echelon gepast. Hier nemen dan medici aan deel vanuit (nog) meer andere ziekenhuizen of vanuit STZ-ziekenhuizen. Eventueel kan een enkele specialist uit een academisch ziekenhuis aansluiten. "Momenteel onderzoeken we nog wat de beste inrichting is, maar waarschijnlijk is deelname van een of twee specialisten uit een umc wel het beste", aldus Huijgens.

Echt moeilijke casussen komen in aanmerking voor bespreking in het hoogste echelon van MDO's komen. "In die MDO's zit een soort expertpanel. De patiënt hoeft niet per se door deze mensen te worden gezien. Het kan ook volstaan om beeldmateriaal op te laden, zoals MRI's, CT-beelden of pathologische gegevens. Ook hoeft een patiënt niet altijd helemaal besproken te worden. Misschien is alleen een oordeel nodig of levermetastasen bij een patiënt verwijderd kunnen worden door een zeer gespecialiseerd chirurg. In het advies naar het MDO van een lager echelon kan het expertpanel dan de mogelijkheid van chirurgie bij levermetastasen aanbieden."

Checklist voor echelonnering

Is het duidelijk genoeg welke casus precies in welk MDO thuishoort? "Daar zijn goede criteria voor nodig, waar we vanuit IKNL en het Citrienprogramma nu aan werken", meldt Huijgens. "Er komt een soort checklist. De criteria zullen per kankersoort verschillen. Bij veelvoorkomende kankers, zoals borst- of dikkedarmkanker, heb je een verdeling over verschillende

Lees verder op pagina 2



VOORWOORD

Prof. dr. J. Fütterer,
interventieradioloog

Radboudumc

Het MDO is een belangrijk onderdeel van de regionale oncologienetwerken. Nederland telt op dit moment 120.000 nieuwe patiënten met kanker per jaar. Het is geen haalbare kaart om elke patiënt te bespreken in een MDO, omdat een patiënt met kanker drie keer of vaker in een MDO besproken wordt. Echelonering van het MDO kan uitkomst bieden, zoals belicht in deze editie van *Oncologie Up-to-date*.

De kwaliteit van de oncologische chirurgie valt of staat met het herkennen van tumorweefsel. Tumorspecifieke fluorescentie kan het tumorweefsel *real time* doen oplichten. Toepassing van *image guided surgery* maakt de stap richting de kliniek, echter er zijn nog studies nodig die de meerwaarde van de techniek aantonen. Binnenkort wordt gestart met het onderzoek naar multiparametrische beeldgeleide prostaatcancerchirurgie. Hierbij zullen meerdere tracers worden onderzocht om beeldgeleide chirurgie te optimaliseren.

In *The Lancet Oncology* van april werden de resultaten van de CRITICS-studie gepresenteerd. In deze multicenterstudie werden 788 patiënten met maagkanker geïncludeerd. Een opvallend resultaat was het feit dat relatief veel patiënten last bleken te hebben van ernstige toxiciteit. Verder bleek dat patiënten die postoperatieve chemoradiotherapie ondergaan geen betere overleving hebben dan de patiënten die uitsluitend postoperatieve chemotherapie ontvangen.

Daarnaast bevat *Oncologie Up-to-date* weer veel interessante informatie over onder andere E-health in de zorg van morgen. Op pagina 20 is te lezen dat 'samen' vaak niet op gaat in *shared decision making*. Verder wordt weer een overzicht gegeven van verschillende wetenschappelijke studies.

Ik wens u namens de redactie veel leesplezier toe.

Jurgen Fütterer

Vervolg pagina 1

echelons, maar mensen met een zeldzame ziekten als neuro-endocriene tumoren moeten misschien meteen in de top van de MDO's besproken worden."

MDO meer impact dan zorgpad

De noodzaak voor goede criteria voor MDO's illustreert Huijgens aan de hand van een studie. "Analyse van data uit de Nederlandse Kankerregistratie laat zien dat de prognose van slokdarm-maagkanker niet zozeer bepaald wordt door het zorgpad waar een patiënt in terecht komt, maar door het ziekenhuis van diagnose", vertelt hij.¹ "Als iemand eenmaal in het goede zorgpad zit, dan gaat het wel goed, maar als in een ziekenhuis niet alert wordt gehandeld bij bepaalde klachten en vertraging optreedt, dan heeft dat meer impact op het verloop van de ziekte

lijkt schokkend dat anno 2018 in een piepklein landje als het onze het begin van een zorgtraject belangrijker wordt dan de rest van het zorgtraject."

"Als de echelonering van MDO's goed is opgezet, dan bespaart dat kosten"

Kostenplaatje

Voordat echelonering van MDO aan implementatie toe is, dienen er nog wel enkele stappen te worden gezet. Naast criteria dient er ook een kostenplaatje voor 'transmurale' MDO's te komen. "De financiering van regionale MDO's is vrij armzalig, omdat het niet in de reguliere financiering zit", merkt Huijgens op. "Brenge je een advies uit over een patiënt die je niet zelf hebt gezien dan verdien je niets, terwijl je wel veel werk levert. Die transmurale MDO's zijn ongelooflijk nuttig, maar wil je het overall goed en systematisch kunnen inzetten, dan

Huijgens geeft aan dat de financiering snel terug te verdienen is. "Als de echelonering van MDO's goed is opgezet, dan bespaart dat kosten. Een

patiënt komt dan meteen in het goede transmurale zorgpad en dat voorkomt overbodige onderzoeken."

Wat als...?

Wat gebeurt er met de echelonering van het MDO als er geen vervolg komt van het programma 'Naar regionale oncologienetwerken'? "Het moet hoe dan ook doorgaan" zegt Huijgens stellig. "We zijn met zijn allen zover gekomen, dat het ondenkbaar is dat we ermee ophouden. Maar het is wel zaak om het gefinancierd te krijgen. We wachten nu op het hoofdlijnenakkoord. Hopelijk staat daar in dat er wel vervolfinanciering komt. Komt er geen *dedicated* fonds, dan moet het geld ergens anders vandaan komen en dat zal ten koste gaan van andere kankerzorgonderdelen."

"Komt er geen *dedicated* fonds, dan moet het geld ergens anders vandaan komen en dat zal ten koste gaan van andere kankerzorgonderdelen"

dan de operatie. Dat heeft met het MDO te maken. Door dat MDO goed te regelen, verbeteren we direct de kwaliteit. Dat geldt ook voor andere kankers."² Huijgens vervolgt: "Eigen-

moet daar wel wat tegenover staan." Daarom helpt het IKNL het Citrienprogramma een MDO-kostenplaatje op te stellen om aan zorgverzekeraars en overheid te laten zien.

Referenties

1. Van Putten M, et al. Ned Tijdschr Geneeskd 2018;162:D1970.
2. Rovers KP, et al. Eur J Cancer 2017;75: 132-40.

- Het programma *Naar regionale oncologienetwerken* is een andere manier van het organiseren van de oncologie in Nederland en heeft als doel dat iedere kankerpatiënt toegang heeft tot de best mogelijke zorg. Het regionale oncologienetwerk faciliteert en stimuleert samenwerking tussen zorgaanbieders om dit doel te bereiken.
- Het programma *Naar regionale oncologienetwerken* wordt gefinancierd door het Citrienfonds. Dit fonds helpt duurzame en breed inzetbare verbeteringen in de gezondheidszorg te ontwikkelen en is mogelijk gemaakt door ZonMw.

Regionale
Oncologienetwerken

www.oncologienetwerken.nl

COLOFON

Oncologie Up-to-date verschijnt zesmaal per jaar en wordt via controlled circulation kosteloos aangeboden aan medisch en verpleegkundig specialisten en arts-assistenten die bij de behandeling van kanker betrokken zijn, zoals anesthesisten, chirurgen, dermatologen, gastro-enterologen, gynaecologen, hematologen, internisten, kinderartsen, KNO-artsen, longartsen, pathologen, radiotherapeuten, urologen en ziekenhuisapothekers.

Oncologie Up-to-date is een medisch wetenschappelijk nieuwsblad. Het doel van het nieuwsblad is medisch en verpleegkundig specialisten, en geïnteresseerden op de hoogte te brengen van de nieuwste ontwikkelingen op het gebied van kankeronderzoek.

Oncologie Up-to-date is gedrukt op het natuurpapier BalancePure® Offset en is FSC-gecertificeerd, draagt het EU eco-label en is verouderingsbestendig volgens ISO 9706.

Redactieraad

- **Prof. dr. M. Verheij**, radiotherapeut-oncoloog, Amsterdam, voorzitter redactieraad
- **Dr. P.H.M. Elkhuizen**, radiotherapeut-oncoloog, Amsterdam
- **Prof. dr. J. Fütterer**, interventieradioloog, Nijmegen
- **Prof. dr. L.F. de Geus-Oei**, nucleair geneeskundige, Leiden
- **Dr. K. Grünberg**, patholoog, Nijmegen
- **Prof. dr. ir. J.J.M. van der Hoeven**, internist-oncoloog, Nijmegen
- **Dhr. R. Kalisvaart**, physician assistant, Amsterdam
- **Dr. M.C.J.C. Legdeur**, internist-hematoloog/oncoloog, Enschede
- **Prof. dr. V.E.P.P. Lemmens**, epidemioloog, Eindhoven
- **Dr. F.A.G. Meyer-Wentrop**, kinder-oncoloog, Utrecht
- **H.A.M. van Muilekom**, MANP, verpleegkundig specialist, Amsterdam

- **Prof. dr. T.M. de Reijke**, uroloog, Amsterdam
- **Prof. dr. E.F. Smit**, longarts, Amsterdam
- **Dr. V.M.C.W. Spaander**, MDL-arts, Rotterdam
- **Prof. dr. C.J.H. van de Velde**, oncologisch chirurg, Leiden
- **S. Verhage**, MANP, verpleegkundig specialist, Den Bosch
- **Drs. M. Westerman**, internist-hematoloog, Alkmaar
- **Prof. dr. A.G.J. van der Zee**, gynaecologisch oncoloog, Groningen

Aan dit nummer werkten mee:

E. van den Brink, P. Capp, J.H. van Dierendonck, M. Dooper, C. Foeken, Fotografie Antoni van Leeuwenhoek, Fotografie IACR, Fotografie VUmc, R. van de Guchte, M. de Haan, M. van Oosten, M. Pulles, R. Sanders, F. Sliker, D. de Veld, T. van Venrooij en Frank van Wijck

Advertenties

Uitgeverij Jaap
E-mail: willemsmit@uitgeverij-jaap.nl
Tel.: 06 - 34 49 29 23

Uitgever en redactie

Uitgeverij Jaap
Postbus 60334, 1320 AJ Almere
Website: www.oncologie.nu
E-mail: liasmit@uitgeverij-jaap.nl
Twitter: @OncUptodate
Tel.: 06 - 14 63 76 09

Abonnementen

Abonnementen voor Nederland en België: € 59,50 per jaar, exclusief 6% btw (van toepassing op bedrijven en medisch specialisten die niet in aanmerking komen voor kosteloze toezending). Kosten losse nummers op aanvraag.

Copyright

© Uitgeverij Jaap, Almere. Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag openbaar worden gemaakt of overgenomen worden door middel van druk, microfilm of op welke wijze

dan ook, zonder schriftelijke toestemming van de uitgever.

Aansprakelijkheid

Redactie en uitgever zijn niet aansprakelijk voor de inhoud van de onder auteursnaam opgenomen artikelen of van de advertenties.

Toezending en adreswijzigingen

Uw gegevens zijn afkomstig van IQVIA. Voor meer informatie of indien u er geen prijs op stelt in de toekomst mailing van Uitgeverij Jaap te ontvangen, kunt u contact opnemen met IQVIA, Postbus 23595, 1100 EB Amsterdam Zuidoost, afdeling Data Maintenance, via nl.onekey@iqvia.com of via telefoonnummer 035 69 55 355. Het IQVIA's privacybeleid is te raadplegen via www.iqvia.com/about-us/privacy

Oplage: 5.000 ex.
Frequentie: zesmaal per jaar
ISSN-nummer: 1879-8829
Drukwerk: Wilco Boeken en Tijdschriften, Amersfoort

Volg ons via twitter @OncUptodate