

# Centraliseren van kankerzorg: er zijn betere oplossingen

Aart van Bochove

Gerelateerd artikel: Ned Tijdschr Geneeskd. 2011;155:A3813

‘Nog slechts een beperkt aantal ziekenhuizen zal kanker behandelen.’ Na een prodromaal stadium van 20 jaar wordt de oncologische zorg gecentraliseerd. Partijen steken elkaar de loef af bij het benoemen van ondergrenzen en een verzekeraar sluit ziekenhuizen uit met zelfbenoemde, niet-gevalideerde en opportunistische criteria. In werkelijkheid is de grondslag voor dit beleid wankel. Enerzijds constateert het rapport van KWF Kankerbestrijding over de kwaliteit van de kankerzorg verschillen,<sup>1</sup> ook in uitkomst, maar het kan dit niet goed relateren aan kwaliteit van behandeling en ook maar zeer beperkt aan de grootte van het behandelend instituut.

Zorg voor kankerpatiënten is anderzijds onmiskenbaar toenemend complex en vereist meer en meer specifieke vaardigheden en kennis. Om onder deze omstandigheden efficiënte, goede zorg te bieden, is schaalgrootte onontbeerlijk. Maar schaalgrootte kan op verschillende manieren worden bereikt en er zijn geraffineerder oplossingen denkbaar dan behandeling beperken tot een paar ziekenhuizen. Voor de meeste oncologische aandoeningen is dit niet adequaat, meestal onnodig en bijna altijd duurder.

Bovendien is de toekomstbestendigheid van de bepleite concentratie onzeker. Het ver reizen voor een uitzonderlijk knappe of vaardige dokter is een oplossing uit het verleden. De afhankelijkheid van deze menselijke factor staat onder druk nu de analytische puzzels met precisiegeneskunde (‘precision medicine’) worden ontrafeld, behandelingen worden gekozen aan de hand van tests van individuele genetische kenmerken (‘companion diagnostics’) en ingewikkelde operaties leiden tot een snelle groei van robotchirurgie.

Hierbij hebben deze technologieën een eigen dynamiek: een aanvankelijk fase met centraliserende werking (‘grote laboratoria, grote ziekenhuizen’) gevolgd door een decen-

traliserende fase. Ook de computer was eerst een kamer-vullend apparaat, terwijl we nu een smartphone bij ons dragen: een voorbeeld van onverwachte substitutie (‘disruptive technology’).

De oncologie van de komende tijd is veelal de zorg voor de oudere en minder mobiele patiënt met comorbiditeit. Zorg ‘dichtbij als het kan’, in een algemeen ziekenhuis dat een sterke band met de eerstelijnszorg heeft, biedt voordelen in snelheid, kwaliteit en efficiency.

De indeling in laag- en hoogvolumeoncologie is hierbij nauwelijks interessant. Vele behandelingen zijn in hoge mate gestandaardiseerd en worden volgens gedetailleerde richtlijnen en protocollen gegeven: voor 6 kuren standaard adjuvante chemotherapie, waarbij de indicatie per videoconferencing wordt gesteld, hoeft niet ver te worden gereisd. De ordening van de zorg dient veeleer recht te doen aan een beperkte set ingewikkelde diagnostische of therapeutische trajecten.

Ook voor kwaliteitsbeleid en financiering kunnen deze keuzes nieuwe mogelijkheden bieden. Voor gestandaardiseerde therapie kan men voor beide criteria sturen op uitkomst. Voor preventie, screening en follow-up zijn netwerkstructuren met een abonnement voorstelbaar. Het klassieke ziekenhuis met zijn ingewikkelde structuur en hoge beheerskosten is hiervoor overbodig.

Regionale netwerken, en daarin goed verweven een academisch centrum en een nauwe binding met de eerstelijns, zijn een adequaat antwoord op deze ontwikkelingen.

De zorg van morgen behoeft een modern antwoord, geen ouderwetse reflexen.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 3 oktober 2011

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2011;155:A3854

[➤ Meer op www.ntvg.nl/opinie](http://www.ntvg.nl/opinie)

## LITERATUUR

- 1 Kwaliteit van kankerzorg in Nederland. Rapport van de Signaleringscommissie Kanker van KWF Kankerbestrijding. Amsterdam: KWF Kankerbestrijding; 2010.

Zaans Medisch Centrum,  
afd. Interne geneeskunde, Zaandam.  
Drs. A. van Bochove, internist-hematoloog  
(bochove.a@zaansmc.nl).