

22 apr 2016 -02:18

Longkanker : langer leven dankzij een kwaliteitsvolle zorg

Longkanker komt vaak voor en wordt meestal veroorzaakt door roken. De kanker heeft geen goede prognose, vooral als hij pas in een gevorderd stadium wordt ontdekt. In België vormt longkanker de eerste oorzaak van kankersterfte bij mannen, en de tweede bij vrouwen. Ondanks deze sombere resultaten is er toch nog vooruitgang mogelijk, door de zorgkwaliteit te verbeteren.

Binnen het kader van een programma voor de verbetering van kankerzorg publiceerde het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) een reeks van 23 kwaliteitsindicatoren voor de diagnose en de behandeling van longkanker. De zorgkwaliteit is in de Belgische ziekenhuizen over het algemeen goed. Toch stelde het KCE opnieuw vast dat de sterfte na de operatie van een longkanker hoger ligt in ziekenhuizen waar jaarlijks minder dan 10 van dergelijke ingrepen worden uitgevoerd. De helft van de ziekenhuizen in ons land blijkt deze drempel niet te halen. Het KCE beveelt daarom ook hier aan om deze ingrepen te centraliseren in ziekenhuizen met de nodige expertise. Daarnaast pleit het KCE ervoor dat er meer rekening wordt gehouden met de wensen en voorkeuren van de patiënt bij de beslissing om een behandeling al dan niet verder te zetten.

Een van de dodelijkste kankers

Longkanker is een vaak voorkomende, dodelijke kanker. In België wordt de diagnose jaarlijks meer dan 8000 maal gesteld, 70% daarvan bij mannen die langdurig hebben gerookt. Hij is de eerste oorzaak van kankersterfte bij mannen, en de tweede bij vrouwen. Slechts 10 tot 20% van de patiënten is na 5 jaar nog in leven.

Toch is dit geen reden om bij de pakken te blijven zitten. De strijd tegen kanker gebeurt vaak met kleine stapjes, en op veel verschillende fronten. Een nog preciesere diagnose en betere behandelkwaliteit kan wel degelijk de levensduur van de patiënt verlengen, en zijn levenskwaliteit verhogen.

Naar een globale verbetering van de zorgkwaliteit bij kanker

Al enkele jaren neemt België initiatieven om de zorgkwaliteit voor kankerpatiënten te verbeteren. In dit kader ontwikkelden het KCE, het Kankerregister en het College voor Oncologie samen een kwaliteitssysteem, dat uit verschillende stappen bestaat (zie kader)

Deze aanpak werd al toegepast op vijf types van kanker : rectum-, borst-, teelbal-, slokdarm- en maagkanker. De opgedane ervaring diende als basis voor de huidige studie. Er werden 23 kwaliteitsindicatoren voor de diagnose en behandeling van longkanker opgesteld.

Bemoedigende resultaten ...

In zijn richtlijn voor de diagnose en behandeling van longkanker van 2013, wees het KCE al op het belang van de eerste onderzoeken, waarbij de tumor en het stadium waarin hij zich bevindt (stadiëring) wordt geanalyseerd. De stadiëring is bepalend voor de keuze van de optimale behandelstrategie voor elke individuele patiënt. Op dit punt behalen de Belgische ziekenhuizen in het algemeen een zeer goede score.

...maar andere kunnen beter

Toch stelde men vast dat deze diagnostische fase, zelfs al wordt ze correct uitgevoerd, soms teveel tijd kost: bij één op drie patiënten zit er meer dan een maand tussen de pathologische diagnose en de opstart van de behandeling.

Daarnaast is het jammer dat de ziekenhuizen niet allemaal even gemotiveerd zijn om hun data over te maken aan het Kankerregister. Een aantal van hen laten na om essentiële informatie door te geven, zoals bv. die over het klinisch stadium van de tumor (ongeveer 25% van de gegevens ontbreekt). Deze data zijn nochtans onmisbaar voor de algemene opvolging van de zorgkwaliteit.

Een versnippering van expertise

De studie wilde ook het verband nagaan tussen het aantal door een ziekenhuis behandelde kankers en het resultaat voor de patiënten. Behalen ziekenhuizen die jaarlijks slechts enkele patiënten opereren, even goede resultaten als degene die er veel zien?

De gegevens tonen aan dat de sterfte na een longkankeroperatie effectief hoger ligt bij ziekenhuizen die jaarlijks minder dan 10 van dergelijke interventies uitvoeren. De helft van de Belgische ziekenhuizen (44/89) blijkt echter die drempel niet te halen, en slechts 9 ziekenhuizen voeren minstens 40 van zulke ingrepen per jaar uit

Het KCE heeft vroeger reeds voor andere soorten kanker op dit probleem gewezen. Daarom blijft het onveranderd pleiten voor een grotere centralisatie van kankerbehandelingen, of toch op zijn minst van complexe behandelingen, zoals een aantal chirurgische ingrepen. Toch stellen we vast dat tot op vandaag bijna alle Belgische ziekenhuizen nog steeds quasi alle kankerpatiënten blijven behandelen.

De patiënten mee laten beslissen

Voor een kanker met zulke slechte prognose moet men ook oog hebben voor de zorgkwaliteit bij het levenseinde. Bij de beslissing om een zware behandeling op te starten of verder te zetten, moeten de wensen en voorkeuren van de patiënt meespelen. Gegevens over de ervaringen en levenskwaliteit van de patiënt zijn momenteel niet beschikbaar. Daarom lanceerde het Kankerregister samen met 'Kom op tegen Kanker', de organisatie die opkomt voor het recht van patiënten, recent initiatieven om meer van dit soort gegevens in te zamelen bij de patiënten (in dit geval ging het om patiënten met dikkedarmkanker). Het KCE benadrukt het belang van dit soort informatie en beveelt aan om het initiatief uit te breiden naar andere kankers, waaronder longkanker.

Stappenplan voor de verbetering van de zorgkwaliteit van kanker in België

- ontwikkeling van klinische praktijkrichtlijnen (guidelines) door het KCE en het College voor Oncologie voor een bepaald type van kanker, op basis van de internationale wetenschappelijke literatuur;
 - op basis van deze richtlijn stelt het KCE de kwaliteitsindicatoren op die het meest pertinent zijn om de kwaliteit van de kankerzorg te meten;
 - voor elke indicator analyseerde het Kankerregister de resultaten van 2 opeenvolgende jaren (voor dit rapport de jaren 2010-2011) voor het hele land en per ziekenhuis;
 - het Kankerregister stuurt een geïndividualiseerde feedback naar elk ziekenhuis, waarbij zijn resultaten (geanonimiseerd) worden vergeleken met die van alle Belgische ziekenhuizen. Op die manier kan het ziekenhuis zijn praktijk evalueren, en zijn sterke en werkpunten bepalen (benchmarking);
 - de ziekenhuizen nemen corrigerende maatregelen om hun zorgkwaliteit te verbeteren;
- Idealiter vindt dit cyclische proces continu plaats en worden de praktijkrichtlijnen geregeld aan de meest recente wetenschappelijke bevindingen aangepast.

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Administratief Centrum Kruidtuin, Doorbuilding (10e
verdieping)
Kruidtuinlaan 55
1000 Brussel
België
+32 2 287 33 88
<http://kce.fgov.be>

Gudrun Briat
Wetenschappelijke communicatie
+32 475 274 115
press@kce.fgov.be