

Oratie, uitgesproken in de Lutherse kerk op 10-09-2010

Gemma G. Kenter

Titel: Ménage à Trois

Inleiding

Rectores Magnifici van de Universiteit van Amsterdam en de Vrije Universiteit, decanen, leden van de Raden van Bestuur van Academisch Medisch Centrum, Nederlands Kanker Instituut-Antoni van Leeuwenhoekhuis en VU medisch centrum, studenten, collega's, en vrienden. Met deze openbare les getiteld: "Ménage à Trois", zal ik officieel mijn opdracht tot hoogleraar gynaecologische oncologie aanvaarden aan de Universiteit van Amsterdam en de Vrije Universiteit. Ik wil u vanmiddag iets vertellen over de inhoud van mijn bijzondere leeropdracht en de manier waarop ik daar inhoud aan wil geven.

Na gedegen vooronderzoek door de 3 afdelingen gynaecologische oncologie van AMC, NKI-AVL en VUmc leek het alle instituten een goed plan om een gemeenschappelijk hoofd aan te stellen. Dat is vooruitstrevend en het heeft ertoe geleid dat ik hier nu sta. Het doel van deze gezamenlijke aanstelling is om te komen tot een verdergaande samenwerking tussen de drie afdelingen. Hiermee is het Centrum Gynaecologische Oncologie Amsterdam (CGOA) geboren. Alvorens hier verder op in te gaan ga ik u toelichten hoe ik hier sta en waarom u hier zit.

Ik sta hier vóór u in mijn Leidse toga die ik mag dragen sinds 2005. "Je eerste toga telt" zeiden sommige van mijn collega's, en het aanschaffen van nog 2 nieuwe van deze gewaden voorkomt misschien hier en daar gevoeligheden, maar die kunnen wellicht op andere wijze overkomen worden. De Leidse toga heeft de meeste gelijkenis met die van de Vrije Universiteit. Ik zou het wapen van Amsterdam, dat prijkt op de toga's van de UVA, d.m.v. een losse mouw aan de toga kunnen bevestigen, zoals wij op de operatiekamer een "mouwtje" aanschuiven als de operator of assistent niet meer helemaal steriel is aan één arm. Ook al voorziet het huidige protocol daar nog niet, toch wil ik u deze nieuwe variant van de Amsterdamse toga niet onthouden. Misschien een voorbeeld dat doet volgen? U zit naar mijn openbare les te luisteren in de Lutherse kerk, een gebouw uit 1633, het domein van

de UVA. Echter, mijn voordracht is er een voor beide universiteiten. Er is gekozen voor deze plaats vanwege de fraaie historische locatie op een centraal punt in Amsterdam.

Hoogleraren en medewerkers in UMC's evenals in het NKI worden aangesteld voor het uitvoeren van 3 kerntaken: patiëntenzorg, wetenschap en onderwijs. Drie kerntaken op 3 locaties: laten we ze eens van de verschillende kanten belichten:

Kerntaak 1: de patiëntenzorg

In het Centrum gynaecologische oncologie Amsterdam (CGOA) worden jaarlijks 750 nieuwe patiënten gezien met een kwaadaardige aandoening van de vrouwelijke geslachtsorganen, namelijk kanker aan de eierstokken, de baarmoeder, de baarmoederhals, de vagina, de schaamlippen en de placenta of moederkoek. Daarmee behoort het CGOAmsterdam tot de grootste instituten in Europa zoals het Karolinska in Stockholm, het Universiteitsziekenhuis in Leuven, het Radium Hospet in Oslo, en het Charite in Berlijn. Daarnaast behandelen wij vrouwen met een voorstadium van kanker aan de baarmoederhals of de schaamlippen, vrouwen met een erfelijke vorm van eierstok- of borstkanker en vrouwen die worden behandeld voor een andere vorm van kanker en die daarvan gynaecologische klachten ondervinden. De gynaecologisch oncologen uit het CGOAmsterdam verrichten tevens consultaties en operaties in alle overige ziekenhuizen in Noord Holland en de Flevopolder evenals in Deventer, Zutphen en Apeldoorn. In totaal betreft dit zo'n 100 besprekingen en >100 operaties per jaar in 19 ziekenhuizen. De kunst is om die behandeling en zorg zodanig te organiseren dat we dit overal op dezelfde manier doen. Dat klinkt eenvoudig, maar is het niet.

Ik geef u één voorbeeld: een vrouw met een laag stadium cervixcarcinoom. Dat is een kwaadaardige aandoening van de baarmoederhals, waarbij de ziekte is beperkt tot een tumor met een kleine omvang. De behandeling bestaat uit een radicale operatie, soms gevolgd door bestraling al dan niet in combinatie met chemotherapie. Deze zin alleen al vertolkt vele discussies. De gynaecologen in het AMC en het AVL kiezen voor de zgn. Wertheim- Okabayashi operatie. Dit is een ingreep waarbij de baarmoeder met het omliggende steunweefsel wordt verwijderd evenals de lymfeklieren in het bekken. Wertheim

was de grondlegger van deze operatie en publiceerde in 1893 zijn eerste serie operaties met resultaten en complicaties. Okabayashi, een Japanse collega, beschreef in 1921 een variant, waarbij met name het steunweefsel aan de voorzijde naast de baarmoederhals wat radicaler wordt verwijderd. Deze variant werd in Amsterdam geïntroduceerd door Lammes. De resultaten van deze ingreep zijn heel goed en ook zonder aanvullende bestraling zijn de overlevingscijfers te rekenen tot de beste in de wereld. Echter, het nadeel van deze ingreep bestaat uit het hoge percentage patiënten die na de operatie problemen ondervindt met plassen. Deze klachten kunnen tot jaren na de operatie blijven bestaan. De vraag is dus of we alle patiënten op deze manier moeten opereren of selectief kunnen kiezen voor een minder radicale variant. In dat geval worden dan de indicaties voor aanvullende bestraling ruimer gesteld om tot hetzelfde resultaat te komen, maar weer met bijbehorende bijwerkingen.

Niet alleen hebben de radicale operatie en bestraling effect op de blaas, maar ook seksuele problemen behoren tot de late negatieve effecten van de behandeling. Die klachten bestaan uit minder zin in seks, een droge of nauwe vagina en pijn bij het vrijen. Of een variant, waarbij getracht wordt om de zenuwen die betrokken zijn bij de blaasfunctie en de seksuele functie gespaard worden, uitkomst biedt is nog onderwerp van studie.

In welk geval we de operatie per kijkbuisoperatie, of met de robot uit kunnen voeren in plaats van met een grote buikoperatie, wanneer we bij patiënten met kinderwens kunnen volstaan met een baarmoedersparende ingreep, of we in geval van uitzaaiingen in de lymfeklieren toch alle overige klieren verwijderen zijn enkele van de vele vragen die we in het zorgpad baarmoederhalskanker bespreken. Tot voor kort kwam het met regelmaat voor dat patiënten een ronde maakten langs de 3 ziekenhuizen en van de behandelaars verschillende verhalen hoorden. In centrum 1 hoorden zij dat de meest radicale ingreep de beste resultaten geeft, in centrum 2 was men voorstander van een kijkbuisoperatie en in centrum 3 was het verhaal weer net even anders. Allemaal met de beste bedoelingen, maar verwarrend voor de patiënt en niet productief.

Het is een groot goed dat wij als groep samen met enthousiaste verpleegkundigen tot gezamenlijke zorgpaden kunnen komen. De hulp hierbij van de medewerkers van het instituut ondersteuning patiëntenzorg in het VUmc is van onmetelijke waarde. Niet alleen de gynaecologen trachten op 1 lijn te komen, ook de medisch oncologen en radiotherapeuten, pathologen en radiologen waarmee nauw wordt samengewerkt, moeten het met elkaar eens

worden. Kleine verschillen zijn voor artsen en verpleegkundigen misschien minimale details, maar kunnen voor patiënten enorm lijken.

Naast de afstemming op inhoud streven we er ook naar om op gelijke wijze de logistiek rond de aanmelding en behandeling te regelen. De ambitie om patiënten die door collega's uit de regio worden verwezen binnen enkele werkdagen een behandelplan te kunnen voorleggen zal nu in de 3 huizen worden nagestreefd. Er wordt in het project sneldiagnostiek getracht om het bezoek aan de arts te combineren met benodigde extra onderzoeken. Dit vereist medewerking op vele fronten: verwijzers, praktijkondersteuners, afdelingen pathologie die biopsiemateriaal voor review moeten verzenden, de posterij en de postkamers, pathologen en radiologen en alle overigen die hierbij betrokken zijn. Een ambitieus plan waarvan we hopen dat de patiënt er de vruchten van zal plukken. Tot zover over de patiëntenzorg.

Kerntaak 2: de Wetenschap

Een van de voordelen van samenwerking binnen het CGOAmsterdam bestaat uit de mogelijkheid om gezamenlijk onderzoek te verrichten. Ik noem u een paar voorbeelden van de keuzes die we gemaakt hebben:

Voorbeeld 1: Eierstokkanker.

Eierstokkanker is de meest voorkomende oorzaak van sterfte aan een gynaecologische maligniteit in de westerse wereld. Binnen het CGOAmsterdam worden per jaar 300 patiënten met eierstokkanker behandeld en de meeste consult- operaties in de regio betreft ook vrouwen met een kwaadaardige aandoening van de eierstokken. Het gaat hier om een ziekte die zich vaak pas in een laat stadium openbaart en waarvan de behandelresultaten matig zijn. Twee op de drie vrouwen die voor eierstokkanker worden behandeld overlijden aan de ziekte. De behandeling bestaat uit een combinatie van chemotherapie en een operatie, waarbij ernaar wordt gestreefd om al het tumorweefsel te verwijderen. Misschien kunnen we de resultaten verbeteren als we beter kunnen voorspellen wie wel of niet baat zal hebben bij een bepaalde behandeling. Bijvoorbeeld: waarom reageren sommige vrouwen wel en andere niet op de gebruikelijke chemotherapie? Specifieke genen (stukjes DNA), eiwitfragmenten, micro-RNA, micropartikels en serummarkers zijn allemaal onderdelen van processen die ons

mogelijk iets kunnen leren over varianten die de uitkomst van behandeling kunnen bepalen. Voor dit onderzoek worden niet alleen alle klinische gegevens verzameld, maar ook stukjes weefsel en extra bloedmonsters. We voeren dit onderzoek uit samen met de groepen van v.d. Vijver, Aerts en Baas in het AMC. Schaalvergroting is voor dit type onderzoek een belangrijk begrip en zal ook samenwerking met groepen buiten Amsterdam noodzakelijk maken.

Ook een manier om de juiste behandeling beter te voorspellen is het gebruik van een kijkoperatie. Hiermee kunnen we die patiënten selecteren die het meeste baat zullen hebben bij een operatie om de behandeling mee te starten, terwijl we in andere gevallen beter eerst chemotherapie kunnen geven en tussen de kuren door kunnen opereren. Mede dankzij de toezeggingen van alle Nederlandse centra om in consortiumverband aan dit onderzoek mee te willen werken hebben we van ZON MW subsidie gekregen om deze vraag te onderzoeken. En of de toepassing van hyperthermie met chemotherapie in de buikholte tijdens de operatie bij vergevorderd eierstokkanker, de zgn. ovhipec-methode, de overlevingskansen vergroot is een andere vraag die we in studieverband hopen te beantwoorden.

Soms komt eierstokkanker op jonge leeftijd voor en mogelijk heeft dit te maken met onrustige afwijkingen in de eileiders. Een bekende oorzaak voor het vóórkomen van deze vorm van kanker op jonge leeftijd is een mutatie in het DNA die ook wordt gezien bij vrouwen die borstkanker krijgen. Het zoeken naar andere minder bekende DNA varianten en naar mogelijkheden om die door middel van vroege diagnostiek aan te tonen zal hopelijk een bijdrage kunnen leveren aan de verbetering van de screening bij deze vrouwen.

Voorbeeld 2: Het Humaan Papilloma Virus:

Diegenen onder u die aanwezig waren bij mijn vorige openbare les in januari 2006 te Leiden herinneren zich wellicht mijn betoog over de rol van het afweer systeem tegen HPV, de veroorzaker van verschillende soorten kanker, maar vooral van baarmoederhalskanker. U kunt die tekst nog eens nalezen op de website van het CGOA. Kort samengevat kwam aan de orde het verschil tussen preventief vaccineren en een behandelvaccin. Intussen zijn enkele resultaten geboekt.

Allereerst is, na uitvoerige overwegingen in de Commissie Bestrijding Baarmoederhalskanker van de Gezondheidsraad, besloten om een preventieve HPV vaccinatie op te nemen in het in het Rijks Vaccinatie Programma (RVP). Het is een gunstige ontwikkeling dat deze vorm van preventie nu beschikbaar is voor alle meisjes ongeacht hun afkomst. Want ook al zijn de resultaten van de behandeling van baarmoederhalskanker doorgaans goed, toch overlijden per jaar in ons land zo'n 250 vrouwen, ook hele jonge, aan deze ziekte. De gebleken veiligheid en de hoogblijvende antistof titers bij langere follow-up van het preventieve vaccin zijn positieve ontwikkelingen. U heeft wellicht de commotie rond dit onderwerp in de pers gevolgd. De negatieve publiciteit die deze Commissie van de Gezondheidsraad kreeg in de media, gevoed door de gedachte dat er beïnvloeding plaats zou vinden vanuit de industrie, heeft geen goed gedaan aan de opkomst van meisjes bij dit onderdeel van het RVP. Ook de invloed van internet en groepen als "kritisch prikken" waren voorheen ongekende fenomenen. Inmiddels is van de 12 jarigen, geboren in 1997, 53% van de meisjes gevaccineerd en van de 13-16 jarigen heeft 47% alle drie inentingën ontvangen. Het feit dat slechts de helft van de meisjes gehoor geeft aan de oproep is iets waarmee voorheen geen rekening is gehouden. Wellicht een goede kans om over 15-25 jaar de twee groepen te onderzoeken op de incidentie naar baarmoederhalskanker en de werkelijke effectiviteit van het preventieve vaccin te testen, zoals voorgesteld door de Wolf. Echter, ik zou ook willen pleiten voor opname van een preventief HPV vaccin in het basispakket en dus voor een heroverweging door het College Geneesmiddelen Voorzieningen. Dit college adviseerde aanvankelijk negatief, uitgaande van een verwachte grote opkomst voor de preventieve vaccinatie in het RVP. Voor diegenen die spijt hebben van hun keuze op jonge leeftijd om niet deel te nemen is het vaccin dan toch nog beschikbaar en niet uitsluitend voor de financieel draagkrachtigen.

Ook op het gebied van de therapeutische vaccinaties is in de afgelopen 5 jaar flinke vooruitgang geboekt. Het doel van therapeutisch vaccineren, ook wel behandelvaccin genoemd of immunotherapie, is om de virus specifieke witte bloedcellen te stimuleren. Dit zijn de cellen die tot taak hebben om het virus te herkennen en afwijkingen op te ruimen, een proces dat kan worden bewerkstelligd door het inspuiten van eiwitdeeltjes die stukjes van het virus nabootsen. De eerste gunstige resultaten van het synthetisch peptide vaccin, dat ontwikkeld is in het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC), werden bereikt bij vrouwen met een afwijking aan de schaamlippen die ook door HPV is veroorzaakt. Van de 20

deelnemers aan de studie met een afwijking aan de schaamlippen die VIN3 wordt genoemd, een hardnekkige vervelende moeilijk te behandelen afwijking, had 75% baat bij de behandeling en was bij de helft de laesie geheel verdwenen, ook 2 jaar na vaccinatie. De vrouwen die goed reageerden hadden ook een positieve respons van het specifieke immuunsysteem, m.a.w. door stimuleren van de juiste witte bloedcellen kan een reactie worden bewerkstelligd die ervoor zorgt dat de afwijking verdwijnt. Dit mooie onderzoek dat werd gedragen door de groep van Melief, van de Burg en ondergetekende (nu in Leiden voortgezet door van Poelgeest), is thans toe aan uitbreiding naar de Amsterdamse regio. De reeds bestaande samenwerking met de immunologiegroep van Haanen en Schumacher in het NKI kan haar vruchten afwerpen doordat wij nu dichterbij elkaar werkzaam zijn. Zo kan bijvoorbeeld een DNA vaccin d.m.v. een tatoeage techniek, zoals die is ontwikkeld in het NKI voor melanoom patiënten, worden toegepast voor het inspuiten in de huid van de HPV peptiden die we in bovengenoemde studies hebben gebruikt. Wij hopen door dit soort andere toedieningsvormen het effect te versterken maar met minder heftige reacties op de vaccinatieplek.

Andere plannen voor de nabije toekomst bestaan uit onderzoek naar combinaties van immuno- en chemo- of radiotherapie. Uit onze eerste studies naar de veiligheid van het peptide vaccin viel op dat patiënten die in de periode rond de vaccinaties ook chemotherapie hadden gehad, betere overlevingscijfers hadden. Dit is niet toe te schrijven aan het effect van chemotherapie alleen, want die resultaten zijn doorgaans zeer matig. Het effect is toe te schrijven aan de rol van de zogenaamde regulatoire T cellen, dat zijn witte bloedcellen die belemmerend zijn voor de effectiviteit van immunotherapie. Platina bevattende chemotherapie is in staat om deze witte bloedcellen te onderdrukken. Indien we de juiste volgorde en moment van behandeling kunnen bepalen, kan deze combinatie een toegevoegde waarde krijgen in de behandeling van tumoren die worden veroorzaakt door HPV. Niet alleen baarmoederhalskanker, maar ook kanker in het anogenitale gebied bij mannen en vrouwen evenals sommige kankersoorten in het hoofd- halsgebied worden veroorzaakt door HPV en patiënten met zo'n aandoening hebben mogelijk baat bij deze combinatie. Door samenwerking tussen de onderzoeksgroepen in het LUMC en het CGO Amsterdam met het Centrum voor Humane Drug Research (CHDR) kan deze onderzoeksvraag hopelijk worden beantwoord.

Wat is de rol van de lymfeklieren in herkennen van het virus en in de afweer tegen verspreiding? Bij de operatie die wordt uitgevoerd bij vrouwen met baarmoederhalskanker worden de klieren in het kleine bekken verwijderd om te zien of daar uitzaaiingen in worden gevonden. Uit eerder eigen onderzoek weten we dat het voor patiënten met uitzaaiingen overlevingswinst kan geven als we alle klieren in het bekken weghalen. Anderen zeggen dat dit onnodig is omdat die patiënt toch al chemotherapie en bestraling gaat krijgen. We weten eigenlijk nog te weinig over de rol van die klieren in het immunologisch proces. In het onderzoek van Piersma hebben we gevonden dat we die ongunstige regulatoire T cellen in de drainerende klieren kunnen aantonen. Dat verklaart misschien waarom het verwijderen ervan meehelpt aan het resultaat van de behandeling. Het gebruik van de poortwachtersklier procedure, de SN techniek, voor het opsporen van het eerste drainerende klierstation, kan een goed hulpmiddel zijn om deze klieren op te sporen en hun effect te onderzoeken. In het VUmc wordt deze techniek toegepast om immunologisch onderzoek uit te voeren voor verschillende tumorsoorten. De tumorimmunologie groep van de Gruil, heeft veel expertise rond dit onderwerp en wij zullen gezamenlijk een bijdrage leveren aan deze onderzoeksvraag.

Voorbeeld 3: Een derde en belangrijk wetenschapsgebied betreft de kwaliteit van leven na behandeling voor kanker.

Vrouwen kunnen door behandeling voor verschillende soorten kanker voortijdig in de overgang komen of onvruchtbaar worden. Er is grote behoefte aan meer kennis op dit gebied en aan meer informatie voor de patiënt, haar partner en behandelaar als een vrouw opeens wordt geconfronteerd met die situatie.

Ik noemde u net al de moeilijke keuze tussen goede behandelresultaten bij baarmoederhalskanker maar ten koste van vele late bijwerkingen. Samen met de anatomen Walner en de Ruiters en van het AMC en LUMC kijken we naar het vóórkomen van lymfe- en zenuwweefsel in vroege embryo's om daarvan iets te leren over de manier waarop tumorcellen zich verspreiden en daardoor betere operatietechnieken te kunnen bepalen. In een langlopend onderzoek naar het effect van een zenuwsparende ingreep op de seksualiteit, valt op dat er objectief een verschil kan worden aangetoond tussen vrouwen die op de ouderwetse manier werden geopereerd en vrouwen waarbij de zenuwen werden gespaard. Echter, voor de subjectieve beleving van de patiënt lijkt er geen sprake te zijn van een duidelijk verschil.

We zijn daarom blij dat we dit onderzoek thans kunnen voortzetten in een Leids-Amsterdamse samenwerking met Ter Kuile en Stiggelbout gesteund door een subsidie van het KWF- Alpe-d'Huzes, programma “leven met kanker.

Dit zijn enkele voorbeelden van de keuzes die we maken m.b.t. de wetenschap en waar de gynaecologen van het CGOAmsterdam met hun onderzoekers zich mee bezig houden.

Kerntaak 3: Opleiding en onderwijs

In de opleiding tot gynaecoloog zal differentiatie zeker gaan plaatsvinden en dat is goed. Het vak van algemeen gynaecoloog is dermate uitgebreid geworden dat keuzes in een vroegere fase noodzakelijk worden. Het NKI-AVL biedt goede mogelijkheden voor een differentiatie stage, die dan ook recent als zodanig door de MSRC is erkend. Dit biedt voor geïnteresseerde opleidingsassistenten een hele mooie kans om zich extra in dit gebied van het vak te scholen en past in de zgn. opleidingsetage van de clusters van het AMC en VUmc.

Fellows, dat zijn gynaecologen die een carrière in een centrum ziekenhuis ambiëren en daartoe extra worden opgeleid hebben ruime opleidingsmogelijkheden binnen het CGOA. Onze beide fellows Piek en Rijcken hebben een dergelijke carrière voor ogen en we verheugen ons in hun aanwezigheid binnen het CGOA. Het feit dat we voor hun opleiding gebruik kunnen maken van de mogelijkheden op 3 locaties betekent winst. Ook studenten van AMC, VUmc en daarbuiten vinden hun weg naar het CGOA en zijn welkom om wetenschapsstages of extra co-schappen te volgen.

U begrijpt , door het bundelen van krachten binnen het CGOAmsterdam kunnen patiëntenzorg, wetenschap en opleiding winnen in kwaliteit.

Hoe nu verder?

Binnen en buiten Amsterdam was en is veel discussie over de organisatie van de academische medische zorg waaronder die van de oncologie. Voordat ik hierover verder

spreek wil ik voor de buitenstaanders onder u iets nader toelichten over de drie instituten waar het hier over gaat.

Het AMC is ontstaan in 1983. Toen kwamen twee ziekenhuizen uit de Amsterdamse binnenstad, het Wilhelmina Gasthuis en het Binnengasthuis, waar ik studeerde, onder één dak met de geneeskundefaculteit van de Universiteit van Amsterdam. Daarmee werd het AMC het eerste Nederlandse universitair medisch centrum. Het oude Wilhelmina Gasthuis had een lang bestaande traditie in de chirurgische behandeling van vrouwen met baarmoederhalskanker. Bouwdijk Bastiaanse was na de 2^e wereldoorlog één van de gynaecologen die als eerste publiceerde over de resultaten van de vaginale radicale Schauta operatie.

Het VU medisch centrum is het andere universitair medisch centrum in Amsterdam waarvan wij er in Nederland acht hebben. Het werd in 1964 opgericht als het Academisch Ziekenhuis van de Vrije Universiteit. De totstandkoming van het ziekenhuis werd mede mogelijk gemaakt door de jarenlange steun van Vrouwen VU-hulp. Een organisatie van meer dan 100.000 vrouwen die, met hun speciale VU-spaarpotjes, geld inzamelden voor de opleiding geneeskunde. In 2001 ontstond het VU medisch centrum door het samengaan van de medische faculteit en ziekenhuis.

De geschiedenis van Het Nederlands Kanker Instituut - Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis begint in 1913. Op initiatief van de Amsterdamse hoogleraren Rotgans en de Vries en de uitgever de Bussy en met steun van prominenten uit de Amsterdamse burgerij en de medische wereld werd een instituut opgericht waar 'lijders aan boosaardige gezwellen' behandeld konden worden. In het instituut moest ook 'een bijzondere studie van den kanker en aanverwante ziekten' plaats kunnen vinden. De eerste locatie aan de Keizersgracht 206, werd als kliniek ingericht en kreeg de naam 'Antoni van Leeuwenhoek-huis'. Vanaf het begin hebben de samenwerking tussen laboratorium en kliniek, evenals het multidisciplinaire karakter van de behandelingen voorop gestaan. Na diverse locaties in de binnenstad van Amsterdam verhuisde het AVL in 1959 naar de huidige plek aan de Plesmanlaan in Amsterdam-West. De gynaecoloog Sindram ontwikkelde een eigen Amsterdamse variant op de radicale operatie voor baarmoederhalskanker, de zgn AVRUEL, waarvan ik de resultaten heb kunnen verwerken in mijn promotieonderzoek.

Weer terug naar het heden en het CGOAmsterdam. Waarom kunnen we beter worden door meer samen te werken? En welke zorg kunnen we het beste op welke locatie leveren? Een samenwerkings- of fusieproces als dit moet winst opleveren voor de patiënt, voor de medewerkers of voor de portemonnee, of alle drie. Recent zijn verschillende rapporten verschenen waarin wordt beschreven dat concentratie van zorg leidt tot verbetering van kwaliteit met vermindering van kosten. Het rapport “Kwaliteit van kankerzorg in Nederland” van de signaleringscommissie van het Koningin Wilhelmina Fonds (KWF) en het rapport “Kiezen voor Kwaliteit” van de Boston Consultancy Group (BCG) komen beide tot dezelfde conclusies: door het maken van portfoliokeuzes kan de kwaliteit verbeteren en kunnen de kosten worden verminderd. Factoren die bijdragen aan die winst zijn de ervaring van de specialist, gespecialiseerde ondersteuning en procesoptimalisatie. Allemaal factoren die het best kunnen worden bereikt door centralisatie. De afspraken rond de zorg voor gynaecologisch oncologische patiënten tussen perifere en centrum ziekenhuizen zijn duidelijk. Maar ook tussen de centra kan op verschillende manieren aan portfoliokeuze worden gedaan. Dat zou betekenen dat niet meer alle vormen van zorg overal worden geleverd. Zoals beschreven in het rapport van de BCG kan dit alleen tot stand komen door goed en open overleg tussen partijen.

Om de beoogde winst door samenwerking binnen het CGOAmsterdam aan te kunnen tonen is niet eenvoudig. We zijn bezig met het uitvoeren van een zogenaamde nulmeting. Hoe zijn onze resultaten op dit moment? Wat verwachten patiënten en verwijzers van ons en hoe tevreden zijn ze nu? Hoe ziet de wetenschappelijke output eruit? Hoe zijn de aantallen patiënten en ingrepen verdeeld over de huizen? Is er verschil in complicaties? Hoe gaat het met wachttijden en toegangstijden voor operaties? En welke maatstaven vinden wij zelf van belang? Allemaal vragen die aan de orde komen. En wat levert het in economische zin op? Om daar achter te komen is inzicht in de financiële stromen noodzakelijk. De systematiek van budgettering van afdelingen in de UMC's maakt het ingewikkeld om de kosten en tarieven van de verleende zorg nauwkeurig in kaart te brengen. Dit is echter wel noodzakelijk als we uitwisseling van zorgtaken tussen centra willen organiseren. Overigens vallen onze samenwerkingsplannen binnen het geoorloofde in de zorg van de Nederlandse Mededinging Autoriteiten (NMA).

Zijn er ook nadelen? Portfoliokeuze en centralisatie betekent afstand doen van delen van de zorg. Naast de emoties die dit teweeg kan brengen heeft het consequenties voor de

medewerkers van de eigen afdelingen en de medebehandelaars. Ook het feit dat niet meer het gehele opleidingspakket op 1 locatie kan worden aangeboden brengt met zich mee dat de organisatie rond de opleiding complexer kan worden. En door sommigen wordt verandering van een bestaande situatie als verlies ervaren. Dit vereist goed overleg en zoeken naar gezamenlijke mogelijkheden om er voor alle partijen op de langere termijn een winst-situatie van te maken.

De huidige structuur van het CGOAmsterdam bestaat uit een samenwerkingsconvenant, dat niet veel meer is dan een gentlemen's agreement en een rondfietsende hoogleraar. Dat is een goed en noodzakelijk begin. Op den duur is dit echter onvoldoende. Initiatieven in het verleden waren vergelijkbaar maar stierven een zachte dood o.a. door gebrek aan structuur. In ieder geval weten we waar de samenwerking nu praktische problemen oplevert: hoe simpel lijkt het om een gezamenlijke database op te zetten, ook al zouden we dat web-based doen? En dan spreken we nog niet over een gezamenlijk elektronisch patiënten dossier dat vanuit de verschillende huizen kan worden geopend.

Menage a Trois

Een *ménage à trois* is een huishouden voor drie, waarbij al dan niet sprake is van een seksuele relatie. Het kan ook een zakelijk driemanschap betekenen. In ieder geval gaat het om een vorm van samenwerking tussen 3 partijen. De geschiedenis van o.a. koningshuizen, de literatuur, muziek en films staan bol met voorbeelden van meer of minder geslaagde *menages a trois*. Over een hele mooie *ménage à trois*, in zakelijk verband kunt u lezen in het boek: “De Giraffe, de Peli en ik.” van Roald Dahl. Dit was een van de favoriete boeken van onze kinderen. U kent het verhaal misschien: op een dag besluiten een giraffe, een pelikaan en een aap met elkaar geld te gaan verdienen. De lange nek van de giraffe, de bek van de pelikaan en het intellect van de aap vormen uitstekende ingrediënten voor een team van glazenwassers. Samen beginnen ze “Het Ladderloze Glazenwassersbedrijf”. Ook een vorm van uitstekende samenwerking, net als het CGOAmsterdam. Ik laat in het midden welke van de centra hier een metafoor is voor de giraffe, de peli en de aap, dat laat ik aan uw eigen fantasie over.

Hoe gaat het CGO Amsterdam manoeuvreren? We hebben op de werkvloer al veel bereikt in dit eerste jaar: gezamenlijke richtlijnen en zorgpaden, een logo, een website, vergaderingen per video, gezamenlijke OK programma's, waardoor efficiënter gebruik van wachtlijsten, opereren met elkaar om speciale expertise over en weer te kunnen gebruiken, een database, wetenschappelijke protocollen, een gezamenlijk fellowprogramma, verpleging en oncologen rond de tafel, nieuwe afspraken met de verwijzers uit de regio, kortom de ingrediënten voor een echte fusie liggen klaar.

Stelt u zich een virtueel centrum gynaecologische oncologie voor: een elftal aan gynaecologisch oncologen, enkele nurse practitioners, een gespecialiseerd team aan verpleegkundigen, 8 OK sessies en 25 polikliniek sessies per week, 30 bedden, een vaste medisch oncoloog, radiotherapeut, patholoog, en radioloog en een eigen datamanager. Voor aios en fellows een prachtige plek om te worden opgeleid. Drie postdocs, een groep promovendi die op verschillende locaties onderzoek doen waarbij gebruik gemaakt wordt van de beste onderzoeksgroepen in Amsterdam. Eén organisatie voor de consulten in de IKA regio. Eén duidelijk loket voor patiënten en verwijzers. Dit virtuele centrum is een onderdeel van het AMC, het NKI-AVL en het VUmc, maar zal beschikken over een eigen budget en wordt een rechtspersoon, hetgeen belangrijk is voor bijvoorbeeld subsidiegevers.

Hoe komen we zover? Ik schets u drie scenario's:

Scenario 1: Een van de 3 centra kan ons adopteren en accommoderen. We hebben het hart van de organisatie op 1 plek, alle operaties worden op 1 locatie uitgevoerd, en er worden consulten en satelliet poli's verricht in de andere 2 locaties. Nieuwe patiënten worden allemaal verwezen naar de centrumlocatie. Voor de wetenschap hebben we contacten met de belangrijke onderzoeksgroepen in het NKI en de beide academies. De 3 instituten zullen zich moeten beraden over de vraag wie van hen het CGOA wil en kan herbergen. In de andere twee ziekenhuizen zal de gynaecologische oncologie minder prominent aanwezig zijn.

Scenario 2 : Er komt 1 academisch Amsterdams "Centrum Vrouw en kindzorg" . Dit centrum strekt zich uit over AMC, VUmc en NKI-AVL en het CGOA maakt hiervan deel uit. Dit idee spreekt velen van ons tot de verbeelding. We kunnen delen van het eigen vak tegen elkaar ruilen en positioneren waar dit het beste gedijt. Zowel voor de opleiding als voor de organisatie van de patiëntenzorg biedt dit vele voordelen. Artsen in opleiding tot

gynaecoloog kunnen delen van hun opleiding volgen waar volume en kwaliteit optimaal zijn. Patiënten kunnen profiteren van een goed georganiseerde regio met de juiste zorg op de juiste plek.

Scenario 3: Er komt 1 groot Amsterdams oncologisch centrum waar NKI, AMC en VUmc in participeren. Het CGOAmsterdam is hier uiteraard een onderdeel van. In het verleden zijn dergelijk initiatieven niet verder gekomen dan de tekentafel. De positie van dit centrum in binnen- en buitenland heeft de potentie om sterker te zijn dan de optelsom van de huidige delen.

U begrijpt dat de verschillende scenario's met elkaar verweven kunnen zijn.

Patienten hebben geen probleem met verder reizen voor betere zorg. Uit zowel Engels als Nederlands onderzoek blijkt dat de reisbereidheid toeneemt bij een lagere kans op een complicatie of een kans op een betere 5-jaars overleving. En als u bedenkt hoeveel kilometers de gemiddelde Nederlander reist voor bezoeken aan pretparken, evenementen of meubelboulevards, dan is de reistijd niet onze grootste zorg, en zeker binnen de straal waarin de 3 centra zich bevinden. Patiënten vinden het minder fijn om na een bezoek aan locatie 1 hun zorgpad te moeten vervolgen in locatie 2 of 3, zeker als het voor hen vertrouwde gezicht daar niet aanwezig is.

De medewerkers van het CGOA zien de winst vooral in het versterken en gebruiken van elkaars kwaliteit en de kansen voor betere wetenschappelijke mogelijkheden. Ook zien wij mogelijkheden om de efficiency te vergroten door samenwerken op 1 locatie.

Het CCA-Vici, de oncologie-onderzoeksschool van het VUmc, heeft duidelijke keuzes gemaakt in prioriteit en portfolio. Voor het CGOA betekent dit een plaats voor onderzoek op het gebied van screening en behandeling van HPV gerelateerde afwijkingen evenals onderzoek op het gebied van familiale tumoren. Dit past goed in de voorgenomen en bestaande samenwerking met de groepen van Meijer en Snijders van de pathologie en Meijers-Heiboer van de klinische genetica. Het NKI-AVL heeft project "Groeï en Innovatie" omarmd en is voornemens om te groeien en het Nederlands Kinder Oncologisch Centrum (NKOC) heeft gekozen voor het NKI als partner. Ook zijn diverse klinische afdelingen in AMC, VUmc en NKI-AVL met elkaar in gesprek over verdergaande samenwerking. Kortom, het is een spannende tijd in Amsterdam.

Er wordt mij vaak gevraagd: zijn er veel cultuurverschillen? Die zijn er. Zo kom ik in centrum a. met mijn fiets via de kelder, in centrum b. vouw ik hem voor de voordeur in en in de derde probeer ik ongezien met de fiets langs de portier te komen. Maar opvallend genoeg zijn er veel meer overeenkomsten. We zijn uiteindelijk bezig met dezelfde kerntaken bij dezelfde doelgroep. De giraf, de pelikaan en de aap verschillen uiterlijk heel veel, maar hun gezamenlijke doel was helder en het heeft ze tot een bloeiend bedrijf gebracht. Onderling vertrouwen en het vermogen om over de eigen schaduw heen te stappen is noodzakelijk om te komen tot verdergaande en goed gestructureerde samenwerking binnen de 3 instituten. We zijn hard op weg om het virtuele centrum op meerdere locaties gestalte te geven. De volgende stap vereist professionalisering in de vorm van een eigen business unit met een eigen rechtspersoon en een eigen budget, maar vanuit de 3 deelnemende centra. Uiteindelijk een centrum op 1 locatie met een eigen portemonnee en eigen huishoudboekje net als iedere ménage à trois. Misschien kunnen externe adviseurs ons verder helpen, maar de vraag is of dit nodig is. Er is voldoende expertise binnen de 3 huizen om gebruik van te maken. En we voelen tenslotte op de klompen aan dat een groter centrum leidt tot efficiëntere en betere zorg. Anders gesteld: is er een goede reden om het niet te doen?

Hoe verging het “ Het ladderloze glazenwassersbedrijf “ van de giraffe, de peli en de aap? Zij hadden een eigen business plan en zij werden geadopteerd door een rijke huizenbezitter, zij laptten al zijn ramen en kregen een fantastisch onderkomen binnen zijn landgoed.

Dames en Heren, ik heb vanmiddag een nieuwe modelijn onder Amsterdamse professoren geïntroduceerd en ik heb u een beeld geschetst van de ménage à trois die het Centrum Gynaecologische Oncologie Amsterdam vormt tussen de afdelingen van het AMC, het NKI-AVL en het VUmc. De voordelen die deze samenwerking zal gaan opleveren voor de patiëntenzorg, de wetenschap en de opleiding gaan in de nabije toekomst blijken. Ik zelf heb goede hoop op de voorspoedige en geslaagde voortgang.

Dankwoord

Aan het einde gekomen van mijn tweede openbare les wil ik uiteraard enkele personen bedanken. Ik wil niet in herhaling treden en mijn dankbaarheid jegens diegenen die

ik in mijn eerste rede heb genoemd en die ervoor hebben gezorgd dat ik hier nu sta geldt nog steeds en is groot.

Ik wil de drie raden van bestuur evenals de betrokken divisiebesturen danken voor het vertrouwen in mij en voor deze interessante leeropdracht. Ik moedig u aan om actief mee te blijven denken over de vervolgstappen voor het tot stand komen van een werkelijk centrum.

Bestuur van het CGOA: Heineman, Schoo en Brolmann: jullie hebben het gedrieën aangedurfd om deze samenwerking bespreekbaar te maken binnen alle organisaties. Met financiële hulp van het IKA is er een haalbaarheidsonderzoek verricht en hebben jullie besloten deze koers te gaan varen. Dat getuigt van moed. Ik hoop dat we erin slagen om het CGOAmsterdam verder vorm te geven

Alle CGOA-collega's: Marten Schilthuis, Ko van der Velden, Marc van Beurden, Hans Trum, Guus Fons, Marije Buist, Willemien van Driel, Petra Biewenga en ook Jan Lange, Christianne Lok, Moniek Brood, en straks Ming Tjong, jullie enthousiasme en motivatie om mee te werken aan het tot stand komen van het CGOA heeft mij geraakt en is boven verwachting. Jullie leveren stuk voor stuk een belangrijke bijdrage aan wetenschappelijke vragen, management of opleidingstaken ook al heb ik die niet allemaal apart genoemd. Jullie hebben je duidelijk uitgesproken voor samenwerking op 1 locatie. Samen met onze verpleegkundige teams o.l.v. Daniel de Ron, Jolande Brugman en Esther van der Laan, de nurse practitioner Anouschka Lechner, en physician assistent José Kramer en de vaste collega's van de medische oncologie, de radiotherapie, de pathologie en de radiodiagnostiek zijn we goed op weg tot de vorming van een echt CGOAmsterdam. Ik heb er alle vertrouwen in dat we met elkaar dit mooie project verder kunnen uitbouwen.

De postdocs Danielle Meijer, Pia Kvistborg en binnenkort ook Katja Jordanova: jullie gaan samen met ons en de promovendi de wetenschap dragen en ik ben heel blij met jullie aanwezigheid in het team.

Mijn secretaresse Bea: jij had niet veel tijd nodig om te besluiten mee te gaan naar Amsterdam en dat was een hele goede beslissing. Nadat we samen een van de drie introductiecurssussen hebben gedaan ging je de eerste dag aan je bureau zitten en aan de slag. Je bent een fantastische hulp in het verkennen van de mogelijkheden om de communicatie tussen 3 centra te organiseren. Om voor elkaar te krijgen dat er één postadres is, één telefoonnummer en één mailadres zonder last te hebben van gevoeligheden of locale

gebruiken blijkt bepaald geen sinecure. Er liggen nog een hoop klussen te wachten maar ik ben ervan overtuigd dat je samen met je collega's op de 3 locaties vol enthousiasme aan oplossingen mee blijft werken.

Fer, Sofie en Floris, Ron en Sylvia. de giraffe, de peli en de aap, we hebben ze allemaal gezien op onze reis door Tanzania met elkaar en het was fantastisch. Mogen er nog vele reizen met jullie volgen. Fer, je bent en blijft mijn verlichte klankbord.

Ik heb gezegd

Referenties:

Kenter GG. Genezen beter dan voorkomen? Oratie universiteit van Leiden, uitgesproken op 13-1-2006

Kenter GG, Welters MJ, Valentijn AR, Lowik MJ, Berends-van der Meer DM, Vloon AP, Essahsah F, Fathers LM, Offringa R, Drijfhout JW, Wafelman AR, Oostendorp J, Fleuren GJ, van der Burg SH, Melief CJ. Vaccination against HPV-16 oncoproteins for vulvar intraepithelial neoplasia. *N Engl J Med.* 2009 Nov 5;361(19):1838-47

De Giraffe, de Peli en ik. Roald Dahl. 1985; ISBN 978 90 261 2660 4

Kuenen JW, Geurts M, van Leeuwen W, Nolst Trenite T, Rapport "Kiezen voor Kwaliteit", Boston Consultancy Group, mei 2010

Kwaliteit van Kankerzorg in Nederland. Rapport Signaleringscommissie Kanker van KWF kanker bestrijding, juni 2010

Rapport HPV vaccinatie, commissie bestrijding baarmoederhalskanker, Gezondheidsraad, 2009

RIVM, 10e rapportage HPV vaccinatie, juli 2010

"Samenwerken en concurreren in de zorgsector" Kansen | Mogelijkheden | Grenzen. Rapport NMA, juni 2010