

“Uiteindelijk zal hetgeen wij hebben uitgewerkt in het project en onze ervaringen ermee weer gebruikt worden in de landelijke werkgroep Passend Behandelplan”

< HENK HARTGRINK

< SUSAN QUIX

ANNELIES VAN STAVAREN >

ERLINDE DE GRAAF >



Casemanagement in een netwerk

Steeds vaker worden oncologische patiënten begeleid door een casemanager tijdens het gehele zorgtraject in het ziekenhuis. Maar met de organisatie van oncologische zorg in regionale netwerken, loopt het zorgtraject van een patiënt vaak door verschillende ziekenhuizen. Hoe zit het dan met het casemanagement? Binnen het project 'Netwerk Casemanagement' kijken verpleegkundig specialisten Susan Quix MANP (Leids Universitair Medisch Centrum; LUMC) en Erlinde de Graaf MANP (Reinier de Graaf in Delft) hoe casemanagement in een netwerk valt te realiseren. Annelies van Staveren, projectleider Regionaal Oncologienetwerk West, en dr. Henk Hartgrink, chirurgisch oncoloog in het LUMC en voorzitter van de netwerk-tumorgroep Maag - en slokdarmtumoren regio West, staan hen daarbij bij.

Het project 'Netwerk Casemanagement' is een van de projecten van het Citrienprogramma 'Naar regionale oncologienetwerken'. Annelies van Staveren: "Binnen het programma 'Naar regionale oncologienetwerken' vallen de projecten onder vier thema's: Passend Behandelplan, Gegevenssets Oncologie, Digitale Uitwisseling en Financiering. In elke umc-regio vinden projecten op deze thema's plaats. Het project 'Netwerk Casemanagement' van regio West valt onder het thema Passend Behandelplan."

Bij het Regionaal Oncologienetwerk West, kortweg RO-West, zijn zeven ziekenhuizen aangesloten. "In eerste instantie werken we een concept uit met twee ziekenhuizen: het Reinier de Graaf als regionaal ziekenhuis en het LUMC als universitair ziekenhuis. In een later stadium betrekken we de andere ziekenhuizen erbij", legt Van Staveren uit.

Droomscenario

Binnen het project wordt netwerkcasemanagement voor patiënten met slokdarmkanker uitgewerkt. Susan Quix: "Bij de zorgverlening bij deze ziekte zijn veel verschillende disciplines betrokken. Juist dan is het belangrijk dat een patiënt goed wordt begeleid. We hebben eerst een droomscenario opgesteld, zonder rekening te houden met eventuele beperkingen, zoals verschillende werkwijzen in ziekenhuizen. Dit ideale scenario vormt de basis. Nu kijken we in hoeverre we dat scenario in de praktijk kunnen vormgeven en wat daarvoor nodig is." Erlinde de Graaf: "We zijn bij het opstellen van dat ideale scenario vooral uitgegaan van de patiënt: wat heeft een patiënt nodig en wat is prettig voor de patiënt? Met de patiënt als uitgangspunt hebben

we een aantal doelen geformuleerd. Een daarvan is dat de patiënt gedurende het hele zorgtraject een goed te bereiken, vast aanspreekpersoon heeft, ongeacht waar het zorgtraject van die patiënt begint. Een ander doel is dat de patiënt op uniforme wijze wordt geïnformeerd, onafhankelijk van het ziekenhuis van binnenkomst. Daarnaast is het belangrijk dat er een goede overdracht is tussen zorginstellingen binnen de regio en dat ook de huisarts weet wie het vaste aanspreekpunt is en op de hoogte wordt gehouden van de behandelingen en de gesteldheid van de patiënt."

Warme overdracht

Een patiënt bij wie slokdarmkanker is vastgesteld, krijgt direct een vast aanspreekpersoon aangewezen in het ziekenhuis waar die patiënt op dat moment wordt gezien. Indien de patiënt voor (een deel van) de behandeling naar een ander ziekenhuis overgaat, zou het ideaal zijn als de patiënt dezelfde aanspreekpersoon houdt, vond men binnen het project. Quix: "Dat bleek echter niet haalbaar, omdat een zorgverlener geen inzicht heeft in dossiers van andere ziekenhuizen. De patiënt krijgt daarom een nieuwe vaste aanspreekpersoon in het andere ziekenhuis. De eerste vaste aanspreekpersoon moet de patiënt dan wel op tijd informeren over het vervolg van de behandeling en over wie de volgende vaste aanspreekpersoon is. Daarbij is het cruciaal dat tussen de twee vaste aanspreekpersonen een goede en tijdige overdracht is, zowel schriftelijk als mondeling. Dan kan de tweede aanspreekpersoon zich voorbereiden op de komst van de patiënt en op tijd contact opnemen om zich voor te stellen."

De Graaf vult aan: “Het is daarbij belangrijk dat de tweede aanspreekpersoon op de hoogte is van wat er in de voorgaande fase is gebeurd en besproken, wat de aandachtspunten zijn bij de patiënt, wat de persoonlijke situatie is en wat de patiënt belangrijk vindt. Dan hoeft de patiënt niet helemaal opnieuw zijn of haar verhaal te doen. Het behelst dus veel meer dan alleen een medische overdracht; het moet voor de patiënt een warme overdracht zijn.”

Criteria voor vaste aanspreekpersoon?

Vormen verpleegkundig specialisten de aangewezen beroepsgroep voor de rol van vaste aanspreekpersoon/casemanager? Quix: “Dat hebben we voor dit project in het midden gelaten. Wel adviseren we over criteria waar een aanspreekpersoon aan zou moeten voldoen.” Van Staveren: “Als je die allemaal in acht neemt, dan kom je eigenlijk uit op een verpleegkundig specialist. We adviseren bijvoorbeeld dat een vast aanspreekpersoon medicatie kan voorschrijven of op basis van klinisch redeneren beleid kan bepalen. Maar het zijn adviezen; perifere ziekenhuizen in de regio West kunnen het anders regelen, want niet alle ziekenhuizen hebben een verpleegkundig specialist op dit ziektebeeld. Het belangrijkste is dat er een vast aanspreekpersoon is, die de patiënt kent en volledig op de hoogte is van zijn of haar persoonlijke situatie, bij wie de patiënt met vragen terecht kan.”

Communicatie met de huisarts

De vaste aanspreekpersoon dient ook de communicatie met de huisarts te verbeteren. De Graaf: “Vaak krijgt een huisarts over de medische aspecten van een patiënt bericht van de medisch specialist, maar we willen de communicatie met de huisarts uitbreiden. Dat kan onder andere door de huisarts te informeren over wie de vaste aanspreekpersoon is van een patiënt, zodat de huisarts weet met wie hij of zij contact op kan nemen als er vragen zijn. Als vaste aanspreekpersoon kun je de huisarts ook op de hoogte houden van de bevindingen uit bijvoorbeeld diagnostisch onderzoek en wat de verdere stappen zijn. De huisarts kan naar aanleiding daarvan contact opnemen met de patiënt.”

Quix hoopt dat de huisarts - indien nodig - ook de vaste aanspreekpersoon op de hoogte houdt. “Soms kan dat erg helpen. Een tijdje terug nam een huisarts contact op om te laten weten dat een patiënt therapieontrouw was, wat tot allerlei problemen leidde. Samen met de huisarts kun je dan naar een oplossing zoeken om een behandeling te laten slagen.”

Uniforme informatie

Alle patiënten met slokdarm- en maagkanker worden in RO-West besproken in één regionaal multidisciplinair overleg (MDO). Dat vormt een goede basis voor uniforme informatie over diagnostiek, behandeling en follow-up van slokdarmkanker in alle regionale ziekenhuizen. Henk Hartgrink: “In het regionaal MDO bekijken de specialisten uit de verschillende ziekenhuizen de informatie die is aangeleverd door het ziekenhuis dat de patiënt inbrengt. We beslissen dan met elkaar of de informatie voldoende antwoord geeft op de vragen die er zijn. Als een onderzoek niet voldoende informatie geeft, kan het zijn dat dat onderzoek over moet. Als we alle informatie hebben, dan geven we vanuit het MDO een behandeladvies. De diagnostiek en behandeladviezen worden dus op één plek in de regio besproken, waarbij de landelijke richtlijnen worden aangehouden. Daardoor kan de infor-

matie over diagnostiek, behandeling en follow-up ook uniform zijn. De verschillen die er waren, hebben we rechtgetrokken, bijvoorbeeld de verschillen in het maken van een CT-scan. De CT-scan werd voorheen namelijk niet overal in de regio op dezelfde manier uitgevoerd.”

Informatie (in) delen

De informatie zal niet in een keer aan de patiënt worden overhandigd. De Graaf: “We willen de patiënt eerst een map geven met informatie over de diagnostiek die gedaan wordt. Pas als er een behandelplan is, geven we informatie over de behandeling, maar alleen over de behandeling die voor de patiënt van toepassing is. Zo overspoel je de patiënt niet in een keer met informatie die voor een deel niet geldt voor de patiënt, maar houd je het overzichtelijk. De informatiemap gaat steeds met de patiënt mee naar de volgende fase. Als dat een operatie is in het LUMC, dan kan de informatie daarover worden toegevoegd aan de informatie over diagnostiek die in een ander ziekenhuis is gedaan. Dat maakt de overgang van het ene ziekenhuis naar het andere ook soepeler.”

Naast deze schriftelijke informatie wordt binnen het project ook het digitaal aanbieden van persoonlijke informatie nader onderzocht. “Dit zal nog een uitdaging zijn, onder andere door verschillende digitale patiëntendossiers”, weet Quix. “De ervaring leert al dat de map in ieder geval erg gewaardeerd wordt. De map is overzichtelijk en de patiënt kan deze handig zelf aanvullen met vragen en aantekeningen.”

Om ook de visie vanuit de patiënt te betrekken, is de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties betrokken bij het project. Aan hen is gevraagd mee te denken en input te leveren voor de patiëntinformatie.

Kar trekken

De ideeën voor casemanagement in een slokdarmkankernetwerk komen vooral vanuit Quix en De Graaf. Van Staveren: “Het project staat of valt met hun input. Zij zijn degenen die de patiënt veel zien en weten wat een patiënt nodig heeft.” Quix: “Maar zonder iemand die de kar trekt en faciliteert, krijgen wij het niet van de grond.” Quix doet daarbij op de rol van Van Staveren, die als projectleider vanuit RO-West niet onder een van de ziekenhuizen valt. Uiteraard dient de communicatie met de patiënt wel aan te sluiten bij het puur medische stuk. Daarvoor is de input van de stuurgroep nodig. Hartgrink: “De stuurgroep bestaat uit medisch specialisten uit verschillende ziekenhuizen uit de regio. Wij kijken of de communicatieplannen passen bij de medische aspecten.” Het helpt daarbij dat Hartgrink zowel stuurgroep lid is als voorzitter van de regionale netwerktumorgroep Maag- en slokdarmtumoren. “Daardoor is er meteen kruisbestuiving met de netwerktumorgroep die ook werkt aan verbetering van zorg bij patiënten met slokdarm- of maagkanker.”

Blauwdruk

Zodra het scenario naar tevredenheid is van projectgroep en stuurgroep, zullen de andere ziekenhuizen in de regio bij het project worden betrokken. Daar eindigt het echter niet. Van Staveren: “Uiteindelijk zal hetgeen wij hebben uitgewerkt in het project en onze ervaringen ermee weer gebruikt worden in de landelijke werkgroep Passend Behandelplan. Daar komt alle informatie van de verschillende projecten op dit thema samen om een blauwdruk te maken voor andere ziekenhuizen.”

| Dr. Marijke van Oosten, wetenschapsjournalist