

Integrale zorg voor patiënten met kanker: ervaringen in het RUCO

Op basis van eerdere ervaringen en literatuur vindt in het Radboud Universitair Centrum voor Oncologie (RUCO) een optimalisering plaats van integrale zorg voor oncologische patiënten. Naast het optimaliseren van logistieke processen en de doorloop door de zorgketen is er ook aandacht voor de organisatie en patiëntgerichtheid van zorg, zoals de psychosociale zorg voor de patiënten. In dit artikel wordt eerst een kader geschetst voor het verbeteren van integrale zorg in het algemeen en vervolgens wordt beschreven hoe dit wordt aangepakt binnen het RUCO voor alle patiënten met kanker.

Door: M. Ouwens, R. Hermens, N. Ottevanger, C. Smits en A. van Harten

Kanker is een belangrijk medisch en maatschappelijk probleem. Uit gegevens blijkt dat in Nederland bijna 4 van de 10 mannen en 3,5 van de 10 vrouwen in de loop van hun leven kanker krijgen. Ondanks voortgang in de

ontwikkeling van de behandeling sterven jaarlijks 40 000 mensen in Nederland aan kanker (Signaleringscommissie Kanker van KWF Kankerbestrijding, 2010). De behandeling van en het zorgen voor mensen met kanker is een proces waarbij veel hulpverleners betrokken zijn en waarbij de patiënt te maken kan hebben met verschillende professionals en instellingen in de gezondheidszorg. De ziekte heeft grote impact en brengt veel onzekerheid met zich mee voor de patiënt en zijn of haar naasten. Vanuit het oogpunt van patiëntveiligheid kent dit proces veel risico's. Optimale integrale zorg voor de patiënt met kanker is daarom van groot belang. Echter, uit het rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) over de kwaliteit van de oncologische zorgketens blijkt dat deze zorg voor patiënten nog veel beter kan en ook moet.

IGZ-rapport

De inspectie heeft geconstateerd dat er over het algemeen binnen het oncologisch zorgproces wordt gewerkt door enthousiaste artsen en medewerkers, die zich met hart en ziel voor de patiënt inzetten. De inspectie concludeert desondanks dat voor de patiënt in de oncologische zorgketen nog veel kan en moet worden verbeterd. Er zijn tussen en binnen de bezochte ziekenhuizen grote verschillen in de kwaliteit van zorg aangetroffen bijvoorbeeld met betrekking tot het oncologisch beleid en de oncologiebesprekingen. Daarnaast is er een aantal tekortkomingen geconstateerd: de zorg is gefragmenteerd met veel overdrachtsmomenten; er is sprake van een gebrekkige informatie-uitwisseling en regie; er is geen regisseur die overzicht heeft over de gehele behandeling. Dit

Tabel 1. Overzicht van verbeterpunten uit het IGZ-rapport

Een duidelijk aanspreekpunt voor de patiënt
Een duidelijke regisseur van het behandelingstraject van de patiënt
Eén geactualiseerd behandelplan
Geïntegreerde dossiervoering
Een actief oncologisch beleid in algemene en academische ziekenhuizen
Verbeteren psychosociale zorgverlening
Overwegingen en afwegingen rond palliatieve zorgverlening worden gedocumenteerd, zodat een integraal zicht op de behandeling mogelijk is
De integrale kankercentra coördineren en ondersteunen de oncologische ketenzorg op basis van een gezamenlijk beleid
Het kwaliteitskader oncologische zorg is gericht op oncologische ketenzorg
De IKC's geven spiegelinformatie

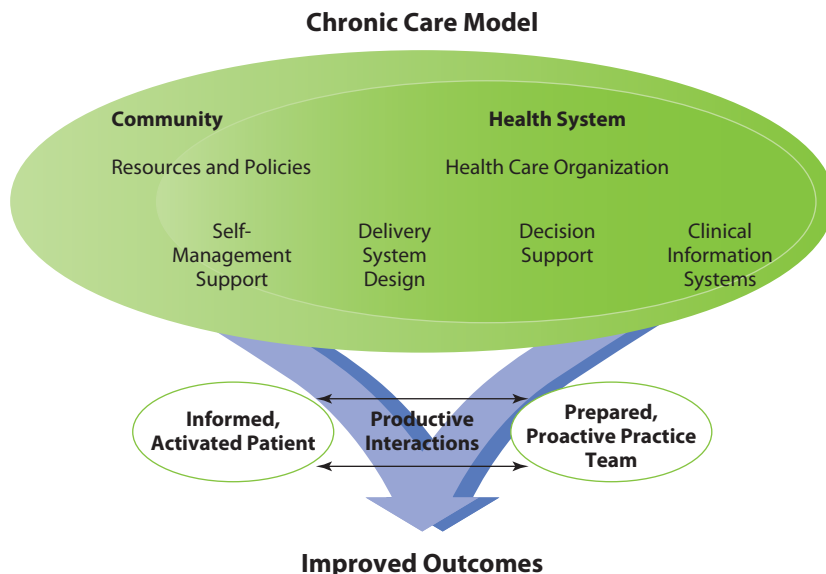
heeft negatieve effecten op de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid in het zorgtraject (IGZ, 2009). In tabel 1 staat een overzicht van de belangrijkste verbeterpunten volgens de inspectie.

Model voor integrale zorg

IQ healthcare, UMC St Radboud heeft samen met een aantal oncologische specialisten en het Integraal Kankercentrum Oost, onderzoek verricht naar het optimaliseren van integrale zorg voor patiënten met kanker. Uit dit onderzoek bleek dat goede integrale zorg is gebaseerd op vijf principes namelijk: patiëntgerichtheid van zorg, multidisciplinaire zorg, coördinatie van zorg, 'evidence-based-medicine' en continue kwaliteitsverbetering. Belangrijke interventies die effectief kunnen zijn om de integrale zorg te verbeteren zijn bijvoorbeeld het inzetten van een casemanager als eerste aanspreekpunt voor patiënt en huisarts, het inzetten en optimaliseren van het functioneren van het multidisciplinaire team, beschrijven en optimaliseren van het poliklinisch en klinisch zorgpad en het benoemen van een zogenaamde 'hoofdbehandelaar' (Ouwens e.a., 2005). Deze bevindingen sluiten goed aan bij het wel-doordachte model over het optimaliseren van zorg voor (chronische) patiëntengroepen zoals onderzocht en beschreven door Ed Wagner en zijn medewerkers. De kern van zijn benadering is dat optimale integrale zorg zijn basis heeft in een actieve en goed geïnformeerde patiënt in interactie met een goed voorbereid team van professionals (zie figuur 1). De zaken daaromheen (zoals informatiesystemen, de organisatie van zorg, besluitvormingssystemen en zelfmanagementondersteuning) moeten ook goed op orde zijn maar zijn wel ondersteunend aan de patiënt en het team van zorgverleners.

RUCO

Het Radboud Universitair Centrum voor Oncologie (RUCO) is een in kanker gespecialiseerd centrum waar alle oncologische expertise van het UMC St Radboud samenkomt. In de nabije toekomst zal in een nieuw gebouw de patiënt slechts één ingang hebben voor het hele traject van preventie, diagnostiek, behandeling en ondersteunende en palliatieve zorg, ongeacht de tumorsoort. In 2011 wordt de satellietlocatie van het RUCO in Boxmeer geopend, waarin oncologische specialisten van het UMC St Radboud en het Maasziekenhuis in Boxmeer nauw gaan samenwerken. Getriggerd door het IGZ-rapport en als voorbereiding op de overgang naar het nieuwe gebouw heeft het bestuur van het RUCO een project geïnitieerd waarin het optimaliseren van de oncologische zorgketens centraal staat. Dit project wordt ondersteund



Figuur 1. Chronic Care Model volgens Wagner (<http://www.improvingchroniccare.org/>)

door een projectmanager van het RUCO, onderzoekers van IQ healthcare en interne adviseurs van de afdeling Procesverbetering en Innovatie (PVI). Centraal hierin staan de dertien tumorwerkgroepen die worden beschouwd als de ketens (zie tabel 2). Binnen elke keten is een aantal zorgpaden te definiëren die de aangrijpingspunten vormen voor de verbetertrajecten. In eerste instantie wordt per keten één zorgpad gekozen om te starten met de verbetering.

Meten

Voor het succesvol verbeteren van integrale zorg voor patiënten met kanker is inzicht in de huidige zorg essentieel (Grol en Wensing, 2007). Binnen elke keten is ten minste één zorgpad geselecteerd waarvan het klinisch pad wordt beschreven en vastgelegd. Voor elk zorgpad wordt een set indicatoren samengesteld voor het meten van de huidige zorg op basis van bestaande sets indicatoren (IGZ-prestatie-indicatoren; Zichtbare Zorg Ziekenhuizen; VMS) en indicatoren uit de literatuur, inclusief de richtlijnen. Alle sets indicatoren bestaan uit een generiek deel (indicatoren die voor alle ketens van toepassing zijn zoals het bespreken van nieuwe patiënten in het multidisciplinair overleg en wachten doorlooptijden) en een set specifieke indicatoren. De specifieke indicatoren gaan met name over het medisch inhoudelijk handelen (bijvoorbeeld voor patiënten met longkanker hoeveel lymfklierstations er zijn gebiopteerd bij een mediastinoscopie). Uit de ervaringen tot nu toe blijkt dat het nog steeds veel inspanning kost om de benodigde gegevens te verzamelen voor het meten van de indicatoren.

Tabel 2. RUCO-tumorwerkgroepen

Tumorwerkgroep
Longen
Gynaecologie
Dermatologie
Gastro intestinale
Urologie
Mamma
Hoofd-hals
Hematologie
Neuro oncologie
Erfelijke tumoren
Kindergeneeskunde
Sarcomen
Endocrine en symbromale

Regie

Een centraal thema in het verbeteren van de zorg voor patiënten met kanker is regie, coördinatie en afstemming. De zorg verleend aan de oncologische patiënten is gefragmenteerd (IGZ-rapport) en wordt nog te veel gekenmerkt door een vakgroepgerichte benadering. Dit heeft tot gevolg dat de individuele specialist probeert optimale zorg te verlenen in zijn of haar individuele deel van de keten, maar dat er geen sprake is van optimale integrale zorg in de keten. Medisch specialisten en ondersteunend specialisten werken op het eigen gebied goed, maar te weinig heeft men inzicht in het werk van zijn of haar collega-specialist van een andere discipline. Ook in het RUCO bleek in veel zorgketens een regisseur van het volledige zorgproces (zowel op medisch inhoudelijk gebied als logistiek gebied) vaak niet aanwezig te zijn. De eerste verbeteractiviteiten binnen het RUCO-project hebben dan ook betrekking gehad op noodzakelijke randvoorwaarden om de regie te verbeteren. Per keten zijn zogenaamde keteneigenaars aangesteld die eerste aanspreekpunt zijn met betrekking tot de organisatie en inhoud van de geleverde zorg binnen de ketens. Specialisten konden solliciteren en zijn vervolgens benoemd door de raad van bestuur van het UMC St Radboud. Deze keteneigenaars komen maandelijks bijeen in de ketenraad en zijn tevens de kartrekkers van de verbetertrajecten binnen hun keten. Het doel van deze ketenraad is enerzijds het uitwisselen van ervaringen en het leren van elkaar (bijvoorbeeld overdracht van best practices). Anderzijds is het doel om gezamenlijk beleid te maken. In de raad is bijvoorbeeld nagedacht over invulling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van casemanagers die een belangrijke rol kunnen gaan spelen in de regie van het individuele zorgpad van de patiënt. Op dit moment wordt ervoor gezorgd dat deze casemanagers in elke zorgketen worden aangesteld. Het volgende dat wordt gerealiseerd is een duidelijke definitie van hoofdbehandelaarschap en de invulling van één behandelplan voor alle betrokken specialisten.

Wat is bekend?

De zorg voor patiënten met kanker of andere complexe aandoeningen kan beter. Met name samenwerking tussen betrokken zorgverleners en regie en afstemming zijn daarbij cruciaal.

Wat is nieuw?

Tot nu toe werden in een verbeterprogramma vaak maar één of enkele zorgketens aangepakt, in dit project is het ziekenhuisbreed georganiseerd. Een nieuw aspect is ook het instellen van een ketenraad voor zowel uitwisseling van ervaringen (bijvoorbeeld van best practices) als het maken van beleid.

Psychosociale zorg

Ook de psychosociale zorg voor patiënten met kanker kan beter (Ouwens e.a., 2009). Er bestaat binnen het UMC St Radboud al een screeningsprogramma psychosociale zorg. Dit programma kan worden gebruikt om bij de intake, de behandeling en bij het afronden van de behandeling systematisch aandacht te besteden aan de psychosociale zorg voor patiënten met kanker. Dit screeningsprogramma kan dus worden gebruikt om te bepalen of de patiënt behoefte heeft aan psychosociale zorg. Binnen het RUCO-project lopen activiteiten om dit programma structureel in te bedden in elk zorgpad. Tevens is de afspraak gemaakt dat informatie over de psychosociale zorg een standaard onderdeel vormt van de overdracht binnen de ketens.

Vervolg

In het RUCO werken de ketenregisseurs en alle betrokkenen hard om ketenzorg voor patiënten met kanker verder te verbeteren (zie ook www.umcn.nl/ruco). Patiënten krijgen de juiste diagnostiek en behandeling in een optimale afstemming, samenwerking en organisatie. Deze aspecten staan met name centraal in het RUCO-ketenzorgproject. Het verkrijgen van gegevens om te kunnen meten en monitoren of ingezette acties ook hebben geleid tot verbetering is daarbij één van de grootste uitdagingen.

Literatuur

- Grol, R. en M. Wensing, *Implementatie: effectieve verandering in de patiëntenzorg*, Elsevier Gezondheidszorg, Maarsse, 2007.
- IGZ, *Zorgketen voor kankerpatiënten moet verbeteren: Onderzoek naar de kwaliteit van de oncologische zorgketen voor patiënten die worden behandeld met radiotherapie*, Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2009.
- Ouwens, M., H. Wollersheim, R. Hermens, M. Hulscher en R. Grol, Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews, *International Journal of Quality in Health Care*, 2005, 17: 141-6.
- Ouwens, M., R. Hermens, M. Hulscher, S. Vonk-Okhuijsen, V. Tjan-Heijnen en R. Termeer et al., *Development of indicators for patient-centred cancer care*, Support.Care Cancer 2009.
- Signaleringscommissie Kanker van KWF Kankerbestrijding, *Kwaliteit van Kankerzorg in Nederland*, KWF Kankerbestrijding, 2010.

Informatie over de auteurs

Dr. Mariëlle Ouwens is senior onderzoeker bij het Scientific Center for Quality in Healthcare (IQ healthcare) en hoofd van de sectie IQ development&support.

Dr. Rosella Hermens is senior onderzoeker bij IQ healthcare met een onderzoekslijn 'kwaliteit van zorg' binnen de oncologie.

Dr. Nelleke Ottevanger is medisch oncoloog in het UMC St Radboud en projectleider van het project optimaliseren zorgketens binnen het Radboud Universitair Centrum voor Oncologie.

Carla Smits is projectmanager van het Radboud Universitair Centrum voor Oncologie.

Drs. A. van Harten is senior adviseur binnen het UMC St Radboud en werkzaam bij de afdeling Procesverbetering en Innovatie (PVI).

Correspondentie: M.Ouwens@iq.umcn.nl