

# Veelzijdig teamwerk

## de multidisciplinaire benadering

Joep Paulides

Een tumor kan zich in bijna elk weefsel en ieder orgaan manifesteren. Meestal bepaalt de locatie met welke specialist je als patiënt in eerste instantie te maken krijgt: bij huidkanker wordt het de dermatoloog, bij een hersentumor de neuroloog, bij prostaatkanker de uroloog en bij bloedkanker de internist-hematoloog, om er maar een paar te noemen. Toch komt het zelden voor dat het bij die eerste behandelaar blijft. Voor de meeste tumoren is meer dan één behandelingsmethode nodig voor de best mogelijke resultaten. Specialisten van verschillende disciplines, van chirurg en radiotherapeut tot medisch oncoloog, moeten daarom gezamenlijk een behandelplan opstellen en ten uitvoer brengen. En behalve de medici komen er nog diverse paramedici aan te pas, zoals een psycholoog, maatschappelijk werker, fysiotherapeut, diëtist en geestelijk verzorger. Niet minder belangrijk zijn de specialisten die de patiënt meestal niet eens te zien krijgen: de patholoog, de radioloog, de nucleair geneeskundige.

Het is net zo ingewikkeld als de aanleg van een tweede badkamer in een oud pand. Er is een sloper nodig, maar ook een metselaar, een stukadoor, een loodgieter, een elektricien. En nadat het grootste karwei geklaard is, komen de schilder en de behanger nog. Er moet één gemeenschappelijk plan van aanpak zijn, en ieders aandeel in het werk moet tevoren worden afgesproken en goed getimed zijn, anders komt er niets van terecht. In de bouw heb je daarvoor al sinds jaar en dag de aannemer die als planner, coördinator, werkverdelers en eindverantwoordelijke fungeert. En dan nog loopt het zeker niet altijd op rolletjes als er zich onverwachte complicaties voordoen. In de zorg was het systeem lange tijd heel anders ingericht. De patiënt werd van de ene arts naar de andere doorverwezen: de huisarts verwees naar de chirurg of naar de internist of de orgaanspecialist, en die verwees weer, als hij dat nodig vond, naar de specialist die een ander deel van de behandeling moest uitvoeren.

### Kennis en kunde delen

Tegenwoordig gaat het zo niet meer. De behandeling van kanker is op een aantal – samenhangende – manieren een multidisciplinaire aangelegenheid geworden. Van meet af aan is er nu een heel oncologisch team betrokken bij alle complexe behandelingen, zodat een patiënt ook kan profiteren van het ‘twee weten meer dan één’-principe. Daarnaast worden kennis en kunde steeds zo snel mogelijk en zo breed mogelijk gedeeld met iedereen die iets te maken heeft met de behandeling van kankerpatiënten.

*J.J. Paulides is arts en directeur van het Integraal Kankercentrum Rotterdam.*

**vraag 7:** Vanwege de vergrijzing, eerdere ontdekking, maar vooral door de betere overlevingskansen wordt kanker meer en meer een chronische ziekte. Hoeveel mensen lopen er in Nederland die kanker hebben doorgemaakt?

## De rol van de Integrale Kankercentra

Overzicht van de belangrijkste taken, functies en middelen van de IKC's.

### 1 Richtlijnen maken en bijstellen

De integrale kankercentra ontwikkelen en onderhouden richtlijnen voor de behandeling van elke tumorsoort waarvoor dit relevant is. Zijn er nieuwe ontwikkelingen dan wordt zo spoedig mogelijk nagegaan of die tot een aanpassing aanleiding geven. De richtlijnen zijn voor iedereen toegankelijk via [www.oncoline.nl](http://www.oncoline.nl). Vanaf deze website kunnen ze ook worden gedownload. Bij aanpassingen krijgt de gebruiker een persoonlijk e-mailbericht.

**oncoline**  
oncologische richtlijnen

### 2 De Consulentendienst

De IKC-consulenten zijn topdeskundigen op het gebied van bijvoorbeeld de interne oncologie, radiotherapie of chirurgie, meestal werkzaam binnen het academisch medisch centrum in het werkgebied van het IKC. Ze adviseren onder meer tijdens de oncologiebesprekingen in de algemene ziekenhuizen bij het opstellen van het behandelplan van alle nieuwe patiënten. De achterliggende gedachte is dat een patiënt in elk ziekenhuis erop kan vertrouwen volgens de nieuwste inzichten te worden behandeld.

### 3 Kankerregistratie

Gegevens over de tumor en de behandeling van iedere kankerpatiënt, aangevuld met sterftegegevens vanuit de Gemeenschappelijke Basis Administratie (GBA) van de gemeenten, vormen de Nederlandse Kankerregistratie (NKR) die de IKC's gezamenlijk onderhouden. Deze cijfers, die zijn te raadplegen op [www.ikcnet.nl](http://www.ikcnet.nl), vormen de onmisbare basis voor al het epidemiologisch onderzoek dat wordt gebruikt voor (internationale) vergelijking van hoe vaak kanker voorkomt, maar ook voor bijvoorbeeld de planning van voorzieningen (toekomstscenario's) en evaluatie van preventieprogramma's (roken), bevolkingsonderzoeken (borstkanker, baarmoederhalskanker, dikkedarmkanker) en bestaande of nieuwe behandelmethoden.

### 4 Deskundigheidsbevordering

De integrale kankercentra ontwikkelen en organiseren bij- en nascholing voor alle zorgverleners. De laatste jaren ook die uit de eerste lijn. De huisartsenpraktijk krijgt namelijk door de steeds korter wordende duur van de ziekenhuisopnames meer en meer te maken met de zorg voor kankerpatiënten in de thuissituatie.

### 5 Implementatieprojecten

Regionaal ondersteunen de integrale kankercentra ziekenhuizen bij het implementeren van verbeteringen in de oncologische zorg. Vaak gaat het dan om in de richtlijnen opgenomen (nieuwe) technieken (bijvoorbeeld de schildwachtklierprocedure bij borstkanker), werkwijzen (pre-operatieve radiotherapie bij rectumcarcinoom) of kwaliteitsnormen (mammapolis).

### 6 Kwaliteitskader en visitaties

In het 'Kwaliteitskader Organisatie Oncologische zorg' staat beschreven wat er precies nodig is in een ziekenhuis voor verantwoorde oncologische zorg. Het vormt de basis voor het eens in de vier jaar visiteren van alle ziekenhuizen. De IKC's ontwikkelen het kwaliteitskader, ze organiseren de volgens het gebruikelijke peer-reviewstelsel opgezette visitaties, en bieden bij het realiseren van daaruit voortvloeiende aanbevelingen ondersteuning.

### 7 Palliatieve zorg

Sinds 2004 hebben de integrale kankercentra er een belangrijke taak bij gekregen met patiënten voor wie genezing niet meer mogelijk is. Alle IKC's beschikken nu over een aparte afdeling palliatieve zorg, die zich overigens niet uitsluitend richt op kankerpatiënten. Hulpverleners kunnen bij speciale consultatieteams terecht met hun vragen over de behandeling en de begeleiding van patiënten in de laatste levensfase.

### 8 Ondersteuning

Daarnaast bieden de centra op diverse andere terreinen ondersteuning, zoals het verzorgen van het datamanagement bij klinische trials.

Daarbij spelen de zogeheten Integrale Kankercentra (IKC's), waarvan er in Nederland tussen 1977 en 1982 negen zijn opgericht, een cruciale rol. Het zijn regionale netwerken van ziekenhuizen en zorgverleners, die gezamenlijk een landelijk dekkend netwerk vormen. Zij zijn het die de richtlijnen voor de behandeling van kanker op- en aldoor bijstellen. Ze coördineren, ondersteunen, verzamelen gegevens, en hebben als belangrijke functie om nieuwe inzichten en middelen zo snel mogelijk vanuit de oncologische centra te verspreiden naar iedereen die betrokken is bij de behandeling van kankerpatiënten. Zodat die, waar ook in Nederland, steeds kunnen rekenen op de beste beschikbare middelen. Dat loopt onder meer via de Oncologiecommissie die elk algemeen ziekenhuis in Nederland tegenwoordig heeft. Die commissie coördineert het oncologische beleid binnen het ziekenhuis, in afstemming met de medische staf en de ziekenhuisorganisatie. Ze organiseren wekelijkse of tweewekelijkse oncologiebesprekingen, waar de medisch specialisten hun kankerpatiënten bespreken met collega's, en waarbij de consultants van het regionale Integraal Kankercentrum hun advies geven.

En daarnaast is het nodig nog vaker binnen kleinere multidisciplinaire teams de voortgang van diagnostiek en behandeling onderling af te stemmen. Bij dat overleg kan ook meer aandacht besteed worden aan de verpleegkundige en psychosociale aspecten van de zorg voor de patiënt. Nog beter lijkt het wanneer de leden van het team hun poliklinieken, indien mogelijk, op elkaar afstemmen. Dan kunnen zij tijdens één bezoek van de patiënt aan het ziekenhuis, die patiënt allemaal zien en direct met elkaar overleggen. Het werken in dergelijke Multidisciplinaire Teams (MDT) bevordert de multidisciplinaire aanpak, de kwaliteit van de zorg en het is bovendien patiëntvriendelijk. Een goed voorbeeld van deze ontwikkeling zijn de op borstkanker gerichte 'Mammapoli's', die in steeds meer ziekenhuizen van de grond komen. In Groot-Brittannië wordt al meer dan tachtig procent van de zorg aan kankerpatiënten vanuit een MDT geleverd. Van de ervaringen daar kunnen we hier veel opsteken. Een recente evaluatie liet zien dat er nog een aantal vragen open staan. Zoals wie nu eigenlijk eindverantwoordelijk is, het team of de individuele zorgverleners. Ook werden praktische knelpunten genoemd, zoals het tijdsbeslag van het frequente overleg en de logistieke problemen van gezamenlijke poli's. Ook staat niet vast waar de patiënt gedurende het hele verloop van de behandeling de integrale informatie kan krijgen waar hij recht op heeft. Duidelijk werd dat een Elektronisch Medisch Dossier onontbeerlijk is bij het werken in teamverband. Daarnaast biedt de komst van een nieuwe functionaris, de *Nurse Practitioner*, nieuwe mogelijkheden voor de teams.

### De spil in het team

Het is de bedoeling dat die *Nurse Practitioner*, afgekort NP en vrij vertaald 'praktijk-verpleegkundige', op basis van algemeen verpleegkundige kennis, taken gaat uitvoeren die tot nu toe uitsluitend aan artsen zijn voorbehouden. Om het dreigend tekort aan artsen voor te zijn, ontstaan er momenteel nieuwe beroepen. Naast de NP de PA, de *Physician Assistant*, vrij vertaald de 'dokterassistent'. Allebei verrichten ze gestandaardiseerde medische taken. De NP houdt zich daarbij bezig met specifieke



Kaartje van Nederland met alle IKC's

patiëntengroepen, zoals mensen met diabetes of kanker, en combineert dat met gespecialiseerde verpleegkundige taken. De PA richt zich op verschillende ziektebeelden, maar wel binnen één medisch specialisme, bijvoorbeeld chirurgie. Door eenvoudige, routinematige medische taken uit te laten voeren door deze nieuwe groep zorgverleners kan bovendien de zorg betaalbaar blijven. Ten opzichte van een arts zijn zij minder breed opgeleid en dus goedkoper. Er moeten nog wel enkele wetten worden aangepast om het mogelijk te maken dat niet-artsen deze handelingen mogen uitvoeren. Maar er wordt al volop mee geëxperimenteerd, en in bijvoorbeeld de Verenigde Staten en Australië is er al veel ervaring mee opgedaan. De oncologische zorg loopt in Nederland hiermee voorop. Dat is niet zo gek, omdat een NP in de oncologie niet alleen tot kostenbesparing leidt, maar ook een centrale rol kan spelen bij de coördinatie van de multidisciplinaire zorg en de communicatie met de patiënt en diens naasten. De NP werkt zelfstandig, heeft vaak een eigen spreekuur en stemt de activiteiten af met de artsen en andere zorgverleners. Omdat een NP bovendien gespecialiseerd is in de verpleegkundige zorg voor oncologiepatiënten, komt deze kennis beschikbaar voor alle afdelingen in het ziekenhuis waar patiënten met kanker worden verpleegd.

### Meer nieuwe ontwikkelingen

Van alle kankerpatiënten overleeft ongeveer de helft de ziekte langdurig. Op dit moment telt Nederland naar schatting 400.000 personen met kanker. Met de verbeterde overlevingskansen is ook de behoefte aan nazorg en revalidatie toegenomen. De impact die kanker en de vaak zware behandeling ervan heeft, is groot. Na de periode van behandeling is een patiënt vaak fysiek verzwakt en snel vermoeid. En iemand zal ook geestelijk de draad weer moeten zien op te pakken. De integrale kankercentra hebben, samen met Revalidatie Nederland en de Federatie van Kankerpatiëntenverenigingen een gecertificeerd revalidatieprogramma ontwikkeld: *Herstel & Balans*. Dit programma, dat wordt uitgevoerd op vijftig locaties in Nederland en België, biedt een combinatie van lichamelijke training, lotgenotencontact, educatie en voorlichting. Met de toenemende kennis over het ontstaan en gedrag van kanker, met name ook op het gebied van genetische factoren, zullen de diagnostische en behandelmogelijkheden verder toenemen. De eisen die de maatschappij stelt ten aanzien van (de transparantie van) de kwaliteit van de geleverde zorg, maar ook de introductie van marktdenken in de zorg, zullen het proces van verdergaande differentiatie, specialisatie en taakverdeling versterken.

**antwoord 7:** Het aantal in leven zijnde patiënten dat ooit kanker had, wordt thans geschat op ruim 400 000; exclusief patiënten met een voorstadium van kanker (carcinomen in situ) en een basalecelcarcinoom van de huid (de meest voorkomende vorm van huidkanker die vrijwel nooit tot sterfte leidt).

## Behandeling borstkanker

*Voorbeeld van de lange weg door het multidisciplinaire medisch circuit die een vrouw af kan leggen als ze operabele borstkanker heeft.*

<b>Vrouw komt bij de huisarts met een knobbeltje in haar borst</b>	Huisarts verwijst haar naar de mammapoli
<b>Vrouw wordt ontvangen op mammapoli</b>	Chirurg palpeert de afwijking Radioloog maakt mammogram en doet punctie Patholoog onderzoekt cytologisch materiaal van punctie Chirurg bespreekt uitslag onderzoek Mammacare-verpleegkundige geeft informatie over verdere traject Chirurg informeert huisarts
<b>Vorbereiding operatie</b>	Behandeling wordt besproken in het multidisciplinaire mamteam Anesthesist onderzoekt of patiënte geopereerd kan worden
<b>Opname en operatie</b>	Nucleair geneeskundige doet onderzoek schildwachtklier Chirurg verwijdert tumor en okselklier Patholoog onderzoekt of tumor volledig verwijderd is en of er tumorweefsel in de okselklier zit Chirurg bespreekt resultaat met patiënt Afhankelijk van het pathologisch onderzoek is een tweede operatie nodig om ook de andere okselklieren en/of meer borstweefsel te verwijderen Afdelingsverpleegkundige geeft informatie over verdere traject Fysiotherapeut geeft advies over voorkomen arm-oedeem
<b>Vrouw wordt besproken in multidisciplinaire oncologiebespreking</b>	Behandelrichtlijnen worden bekeken op Oncoline Consulenten adviseren aanvullende radiotherapie en chemotherapie
<b>Vrouw wordt verwezen voor aanvullende radiotherapie</b>	Radiotherapeut verzorgt bestraling (30 maal bezoek aan bestralingscentrum)
<b>Vrouw wordt verwezen naar internist-oncoloog</b>	Internist verzorgt chemotherapie (5 kuurweken in 15 weken, per kuur 1 dagopname) Oncologieverpleegkundige begeleidt de vrouw en geeft informatie Diëtiste geeft voedingsadvies Psychosociale begeleiding door maatschappelijk werk, psycholoog of geestelijk verzorger
<b>Nacontrole door chirurg en/of internist en/of radiotherapeut en/of nurse practitioner</b>	
<b>Revalidatie (Herstel &amp; Balans)</b>	