

## Transmurale samenwerking in de Amsterdamse oncologische zorg: Verbeteren van besluitvorming en proactieve zorgplanning

Eva Bolt, Annicka van der Plas, Annemarie Becker, Bregje Onwuteaka-Philipsen,  
Kristel van Asselt, Lia van Zuylen, Roeline Pasman, Amsterdam UMC  
Amsterdam, november 2022

Financiering: Innovatiesubsidie van the Aging&Later Life research program,  
Amsterdam Public Health, Amsterdam UMC

### Kort rapport

#### Aanleiding

Een groeiende groep patiënten met kanker zijn kwetsbaar, omdat zij bijvoorbeeld ouder zijn, comorbiditeit hebben of beperkte gezondheidsvaardigheden bezitten. Juist bij deze groep is het erg belangrijk dat de zorg en behandeling die zij krijgen aansluit bij hun persoonlijke situatie en hun persoonlijke waarden en doelen. Daarom zijn gezamenlijke besluitvorming (besluitvorming waarbij de persoonlijke voorkeuren centraal staan) en proactieve zorgplanning (waarin wordt geanticipeerd op toekomstige besluitvorming) belangrijk. Deze methoden worden zowel in de eerste en tweede lijn toegepast, maar dit gebeurt niet altijd optimaal en er is nauwelijks coördinatie en communicatie tussen zorgverleners.

Tijdens de oncologische behandeling raken patiënten vaak uit beeld bij de huisarts. De kennis die de huisarts heeft over de psychosociale omstandigheden en de voorgeschiedenis van de patiënt wordt niet meegenomen in de besluitvorming in het ziekenhuis. Wanneer een patiënt terminaal ziek is en het ziekenhuis geen zinvolle behandeling meer kan bieden, komt de patiënt onder de zorg van de huisarts en de thuiszorg. Vaak kennen zij de doelen en voorkeuren van de patiënt niet. Zij beginnen hierdoor het proces van proactieve zorgplanning soms te laat.

Er is consensus onder huisartsen, specialisten en patiëntenorganisaties dat transmurale samenwerking voor kankerpatiënten moet verbeteren om zowel de besluitvorming in het ziekenhuis en de palliatieve zorg beter passend te maken.

#### Doelstelling

In dit rapport wordt beschreven op welke manieren besluitvorming en proactieve zorgplanning voor kankerpatiënten in Amsterdam zou kunnen verbeteren door transmurale samenwerking (tussen zorgverleners werkende in de eerste, tweede en derdelijn). Het richt zich hierbij op kwetsbare kankerpatiënten, bij wie bij behandelbeslissingen de zwakke gezondheidstoestand, comorbiditeit of psychosociale situatie van belang is. Ook richt het zich op patiënten die palliatief worden behandeld of bij wie de kans aanzienlijk is dat zij niet zullen genezen.

Het rapport baseert zich op bestaande initiatieven in Nederland, de bestaande situatie in Amsterdam en wensen en behoeftes van Amsterdamse zorgverleners, patiënten en naasten. Hiervoor zijn (groeps)interviews gehouden met 5 patiënten en naasten, 22 huisartsen, 9 ziekenhuisspecialisten, 3 oncologieverpleegkundigen en 2 wijkverpleegkundigen. Voor een uitgebreidere beschrijving van de gebruikte systematiek kunt u het volledige rapport aanvragen bij [ee.bolt@amsterdamumc.nl](mailto:ee.bolt@amsterdamumc.nl)

## Adviezen

Uit de inventarisatie blijkt dat zorgverleners op alle locaties behoefte hebben aan betere samenwerking voor oncologische patiënten. Echter, de bestaande (samenwerkings)structuren zijn nog niet dusdanig dat het implementeren van een volledig zorgpad een optie lijkt. Wel kunnen de eerste stappen worden genomen, welke uiteindelijk kunnen leiden tot een volledig zorgpad. We adviseren de volgende stappen te ondernemen:

### *1. Een nascholing/elkaar leren kennen campagne*

Deze nascholingsmiddag/avond wordt opgezet voor huisartsen, thuiszorgmedewerkers, oncologisch specialisten en oncologieverpleegkundigen werkend in Amsterdam, inclusief de academische centra. Het doel van de nascholing is de zorgverleners zich bewust te maken over hun eigen en elkaars (potentiële) rol in besluitvorming en proactieve zorgplanning voor oncologiepatiënten. Deels bestaat het uit kennismaking met elkaar. Daarnaast zullen de zorgverleners elkaar inzicht geven in hun ervaringen. De volgende thema's komen aan bod:

- Bereikbaarheid
- De rol die de huisarts en de thuiszorg kunnen spelen bij de besluitvorming in het ziekenhuis, en op welke manier dit gefaciliteerd kan worden.
- Tijdige proactieve zorgplanning faciliteren: Communicatie tussen specialist en huisarts over proactieve zorgplanning en behandeldoelen
- Mogelijkheden zoals informerende en inventariserende huisbezoeken door de thuiszorg, time-out consult door de huisarts, transmuraal MDO, gezamenlijke overdracht met patiënt, huisarts en specialist.

### *2. Afspraken over communicatie tussen specialist en huisarts*

Door specialisten te vragen op vaste momenten in het oncologische behandeltraject contact op te nemen met de huisarts, is de huisarts beter op de hoogte van de behandeldoelen en prognose van de patiënt. Dit helpt de huisarts bij het inschatten van de juiste momenten om proactieve zorgplanning te bespreken. Daarnaast kunnen specialist en huisarts op deze manier proactieve zorgplanning beter op elkaar afstemmen zodat het een meer continu proces wordt. Door middel van een zakkaartje of automatisch gegenereerde brief kunnen specialisten hierbij ondersteund worden.

## Samen met de huisarts

### Berichten aan de huisarts bij oncologische patiënten

De huisarts ontvangt graag een bericht (telefonisch/brief) als:

- |           |   |
|-----------|---|
| Altijd:   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Bij de diagnose kanker</li><li>• Verandering van de prognose</li><li>• Overstap curatief naar palliatief beleid</li><li>• Overdracht naar de huisarts</li></ul> |
| Zo nodig: | <ul style="list-style-type: none"><li>• Bij start behandeling</li><li>• Bij einde behandeling</li></ul>   |

#### Gewenste inhoud van het bericht:

- |                             |   |
|-----------------------------|---|
| Conclusie                   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Diagnose zoals met patiënt besproken (geen afkortingen)</li><li>• Prognose</li><li>• Te verwachten beloop en symptomen</li></ul>  |
| Behandeling                 | <ul style="list-style-type: none"><li>• Samenvatting van het MDO</li><li>• Behandelopties</li><li>• Behandeling</li><li>• Doel van de behandeling (curatief/palliatief)</li><li>• Te verwachten bijwerkingen/belangrijke complicaties en adviezen aan de huisarts hierbij</li></ul>   |
| Advance care planning (ACP) | <ul style="list-style-type: none"><li>• Reanimatiebeleid en andere behandelafspraken</li><li>• Indien van toepassing:<ul style="list-style-type: none"><li>• Coping, doelen en zorgen van de patiënt</li><li>• Mate waarin de patiënt openstaat voor ACP</li><li>• Adviezen aan de huisarts <del>van</del> ACP</li><li>• Wensen met betrekking tot euthanasie</li></ul></li></ul> |
| Contactpersonen             | <ul style="list-style-type: none"><li>• Betrokken zorgverleners, hun rol en contactgegevens</li></ul>   |

### De huisarts is uw partner

U kunt de huisarts vragen:

- Om de patiënt te begeleiden in de besluitvorming
- Om de thuissituatie in te schatten
- in Advance care planning

Voorbeeld: Zakkaartje voor specialisten

### 3. Aanwezigheid van huisartsen bij MDO's

Bij kwetsbare patiënten of patiënten bij wie de besluitvorming ingewikkeld is, kunnen huisartsen op een meer structurele manier worden uitgenodigd bij de MDO's in de perifere en academische ziekenhuizen. Op deze wijze kan het behandeladvies beter aansluiten bij de persoonlijke situatie van de patiënt, inclusief zijn medische voorgeschiedenis, ervaringen met zorg en psychosociale situatie. Voorwaarden hiervoor zijn de mogelijkheid om online deel te nemen, tijdige uitnodiging, huisartsen informeren over de werkwijze en ruimte geven aan de inbreng van de huisarts. Door dit op structurele wijze te doen, wennen zowel de zorgverleners in het ziekenhuis als de huisartsen aan

### 4. Gezondheidspaspoort

Een gezondheidspaspoort is een document dat de patiënt bij zich draagt, in de vorm van een notitieboekje of app, waarin alle belangrijke gezondheidsinformatie staat benoemd. Het doel van het document is om de patiënt zelf meer regie te geven over diens gezondheid en behandeling. Wanneer de patiënt het gezondheidspaspoort meeneemt bij bezoeken aan de huisarts en de specialist, zal de zorg meer op 1 lijn komen. Het behandelpaspoort kan worden ontworpen op basis van bestaande producten zoals het behandelwenspaspoort en de MetMij adviezen in samenwerking met patiënten. Een mogelijke opzet is als volgt:

Mogelijke inhoud van het Gezondheidspaspoort:

1. In geval van nood:

- Contactpersoon
- Behandelverbod

2. medicijnlijst

- Medicijnen nu
- Allergieën en intoleranties

3. kanker en andere aandoeningen

4. belangrijke aspecten over de behandeling

- oa belangrijke bijwerkingen en complicaties

5. overzicht van betrokken hulpverleners en wanneer hen te bellen

6. proactieve zorgplanning

7. andere aspecten zoals dieet

8. aantekeningen

## De toekomst: een transmuraal zorgpad voor kwetsbare oncologiepatiënten

Wanneer de samenwerking tussen de verschillende zorgverleners in Amsterdam door de bovengenoemde stappen (met name stap 1 t/m 3) verbeterd is, kan worden besloten tot de implementatie van een zorgpad. In eerste instantie zou dit zorgpad kunnen worden uitgetoetst vanuit een perifeer ziekenhuis in de regio, waarna het verder kan uitrollen.

Aspecten van het zorgpad kunnen zijn:

- Benoemen van centrale zorgverlener
- Time-out consult met de huisarts bij behandelbeslissingen
- Transmuraal consultatieteam
- Informerend en inventariserend huisbezoek door de wijkverpleegkundige
- Gezamenlijk dossier voor proactieve zorgplanning

Dit rapport is hopelijk een startpunt voor het verbeteren van de transmurale samenwerking in de oncologische zorg in Amsterdam. Wanneer u een initiatief wilt nemen dat aansluit op dit rapport of wilt samenwerken, horen we dat graag. U kunt een e-mail sturen naar:

[ee.bolt@amsterdamumc.nl](mailto:ee.bolt@amsterdamumc.nl)