

# Medisch professionals staan patiënt samen terzijde

Medisch specialisten en verpleegkundig specialisten in het Leids Universitair Medisch Centrum werken vanuit ieders expertise nauw samen om patiënten met slokdarm- en maagtumoren optimaal te begeleiden, zo vertellen internist-oncoloog dr. Marije Slingerland en verpleegkundig specialist Susan Quix. Cruciaal is om de patiënt eenduidige informatie te geven.

**Dr. Marije Slingerland** is internist-oncoloog in het Leids Universitair Medisch Centrum met als aandachtsgebied hoofd/halstumoren en slokdarm- en maagkanker.



beeld: Jeroen van Kooten Fotografie

Het loopt als een rode draad door het interview: de nauwe samenwerking tussen internist-oncoloog Marije Slingerland en verpleegkundig specialist slokdarm- en maagtumoren Susan Quix. Beiden zijn betrokken bij de zorg voor patiënten met slokdarm- en maagtumoren. Ze benadrukken tijdens het gesprek steeds de gelijkwaardigheid en laagdrempeligheid van hun samenwerking. 'We vullen elkaar mooi aan. Ik ben bijvoorbeeld goed op de hoogte van nieuwe studies', zegt Slingerland. 'Ik combineer medische kennis met verpleegkundige aspecten, zoals de sociale kaart van de patiënten', vervolgt Quix. 'Zo zie ik patiënten in sommige behandelfases wekelijks en in andere fases is er meer ruimte mogelijk tussen gesprekken. Het is belangrijk om elkaar goed op de hoogte te houden van de situatie van de patiënt.'

*Hoe hebben jullie de zorg voor jullie patiënten georganiseerd en wat is jullie beider aandeel hierin?*

Slingerland: 'We hebben de zorg georganiseerd rondom onze multidisciplinaire 'slikpoli' en het daaraan voorafgaande multidisciplinair overleg (MDO); patiënten uit ons eigen ziekenhuis en de regionale ziekenhuizen worden daarnaartoe verwezen. In de ochtend bespreken we deze patiënten gezamenlijk met radiotherapeuten, chirurgen, maag-darm-leverartsen, radiologen, nucleair geneeskundigen, pathologen en op indicatie soms nog andere medisch specialisten. Daarna zien we de patiënten gezamenlijk op de poli. Susan is wat betreft het eerste

***'Hoe goed we ook kunnen samenwerken, informatie moet niet aan één persoon vastzitten'***

contact met de patiënt en de naasten en bij de organisatie van de zorg de spin in het web.'

Quix: 'Mijn aandeel is meerledig. Ik ben aanspreekpunt voor de patiënt gedurende het hele diagnose- en behandeltraject en regievoerder. Ik houd in de gaten of de behandeling voorspoedig verloopt en of de afspraken bij de verpleegkundig specialist en de medisch specialist goed op elkaar zijn afgestemd.' Tijdens het behandeltraject is er laagdrempelig contact tussen de medisch en verpleegkundig specialisten, vertelt Slingerland. 'Dat begint al tijdens het MDO. Komen patiënten bijvoorbeeld in aanmerking voor chemotherapie, dan komen ze eerst bij mij op de polikliniek. Veel patiënten gaan daarna naar Susan of ze komen gedurende de behandeling alternerend bij Susan en mij. Als er bijvoorbeeld resectie van de tumor nodig is, dan heeft Susan een belangrijke rol bij de overdracht van de patiënt naar de chirurg. Ook in de chirurgische behandel fase blijft Susan het vaste aanspreekpunt en medebehandelaar. Wij begeleiden dus echt gezamenlijk het behandeltraject.' Quix illustreert de laagdrempeligheid: 'Als ik tijdens mijn spreekuur een vraag krijg over bijvoorbeeld chemotherapie, dan kan ik meteen de kamer van de medisch specialist binnenlopen voor uitsluitsel, zodat de patiënt daar niet op hoeft te wachten.'

#### ZORGPAD

Om de samenwerking tussen zorgverleners optimaal te verankeren, zijn er duidelijke afspraken over informatieoverdracht vastgelegd in een zorgpad dat is ingebed in het ziekenhuisinformatiesysteem HiX, vertelt Quix. 'Per fase van de behandeling is vastgelegd wie welke rol heeft. Als iemand een patiënt nieuw invoert in het systeem, dan volgen daar nieuwe opdrachten uit, zodat er meteen allerlei afspraken worden ingepland. Omdat onze patiënten vaak in meerdere ziekenhuizen worden behandeld, voorziet het zorgpad ook in de afspraken die nodig zijn voor de overdracht van informatie van en naar ziekenhuizen uit ons regionale oncologienetwerk OncoWest. Vaak krijgen patiënten de voorbehandeling in een ander ziekenhuis en komen bij ons voor de operatie.'

## 'Ik vraag patiënten nadrukkelijk ook aan te geven wat ze niet fijn vinden'



**Susan Quix** is verpleegkundig specialist in het LUMC Oncologisch Centrum in Leiden. Haar aandachtsgebieden zijn slokdarm- en maagkanker.

beeld: Jeroen van Kooten Fotografie

#### Hoe dragen jullie informatie aan elkaar over?

Slingerland: 'In principe informeren we elkaar digitaal. Hoe goed we ook kunnen samenwerken, informatie moet niet aan één persoon vastzitten, maar vastliggen in het ziekenhuisinformatiesysteem. Dan is dit terug te vinden, ook als een zorgverlener er even niet is.'

Quix: 'Dat geldt ook als een patiënt op de polikliniek is geweest en daarna in de kliniek komt. Belangrijke informatie, zoals de psychosociale context van de patiënt, moet ook in te zien zijn door verpleegkundigen in de kliniek. Op de hoogte zijn van wat iemand voor werk doet en hoe de thuissituatie is, zorgt voor een bredere blik op de patiënt.'





#### MEER WETEN?

In de podcast 'Informatievoorziening op maat bij oesofagus- en maagcarcinoom' vertellen dr. Marije Slingerland en Susan Quix over hun werkwijze in het Leids Universitair Medisch Centrum rondom patiënten met deze vormen van kanker.

ONC-NL-2500034

#### *Hoe verloopt de informatieoverdracht naar de patiënt?*

Slingerland: 'Een belangrijk uitgangspunt hierbij is dat we informatie gefaseerd geven. Als de patiënt na bespreking in het MDO bij mij komt voor uitleg over de behandeling, zoals een specifieke chemotherapie, dan geef ik de informatie die op dat moment voor de patiënt relevant is. Susan kan in de achtereenvolgende gesprekken de informatie gefaseerd overdragen en verwijzen naar informatiebronnen, zoals de websites van OncoWest, kanker.nl of SPKS, de patiëntenvereniging voor mensen met maag- of slokdarmkanker. Via de laatste kunnen patiënten ook contact leggen met lotgenoten.'

Quix: 'Ik bespreek bijvoorbeeld ook de voor- en nadelen van deelname aan een studie. Zo loopt momenteel de SANO-studie.<sup>1</sup> Hierin wordt standaard opereren vergeleken met afwachtend beleid bij patiënten bij wie na chemoradiotherapie geen tumorrest meer kan worden aangetoond. Hopelijk leidt dit tot minder opereren, zodat de comorbiditeit bij patiënten aanzienlijk kan afnemen.'

#### *Met welke vragen komen de patiënten zelf?*

Quix: 'Dat wisselt sterk per fase van het behandeltraject. Als de diagnose nog niet helemaal duidelijk is, dan overheerst de onzekerheid. Is de ziekte beperkt? Zijn er uitzaaiingen? Is de diagnose duidelijk, dan kun je de behandelopties al bespreken. Vragen die dan naar voren komen zijn: Hoe ziet het kuurschema eruit? Welke bijwerkingen kan ik verwachten? Bij een behandeling die in gang is gezet is individuele afstemming belangrijk. De ene patiënt wil de situatie per week bekijken en wil nog niet beslissen over een operatie, terwijl de andere meteen voor chirurgie kiest. Verder pas ik de hoeveelheid informatie zo goed mogelijk aan de behoefte van de patiënt aan. Ook check ik waar patiënten zelf hun informatie vandaan halen, zodat ze de juiste en passende informatie krijgen. Tijdens chemoradiatie zie ik de mensen wekelijks, dus dan kan ik alles rustig met hen bespreken.'

#### *Wanneer komen patiënten in aanmerking voor immuuntherapie?*

Slingerland: 'In de palliatieve fase, als de initiële tumor zo groot is dat je die niet meer genezend kunt behandelen en/of als er metastasen zijn, dan is chemotherapie, eventueel in combinatie met immuuntherapie dan wel doelgerichte therapie aan de orde. Ik merk dat immuuntherapie echt leeft in de samenleving, mede door de media-aandacht hiervoor. Mensen hebben hele hoge verwachtingen van immuuntherapie. Toch komt zeker niet elke patiënt hiervoor in aanmerking. Dat is sterk afhankelijk van de biologie van de tumor. Als een patiënt in aanmerking komt voor immuuntherapie dan wel doelgerichte therapie bij de chemotherapie, dan bespreek ik de voor- en nadelen hiervan. Sommige mensen in de palliatieve fase zien het niet meer zitten om te starten met therapie. Dat respecteren we als vanzelf. Ook als er geen indicatie voor immuuntherapie of doelgerichte therapie is, leg ik dat uit.'

#### SECUUR

Tot slot benadrukken beide zorgverleners dat het belangrijk is om erg secuur te zijn bij de informatieoverdracht. 'Dat geldt zowel voor de informatieoverdracht onderling als van en naar de patiënt. Ook de informatie die patiënten teruggeven moeten wij als zorgverleners onderling delen en precies vastleggen', geeft Slingerland aan. 'Als je als team goed op elkaar bent ingespeeld, dan straal je dat ook uit naar de patiënt', vervolgt Quix. 'Verder vraag ik patiënten nadrukkelijk om ook aan te geven wat ze níét fijn vinden. Hopelijk nemen ze die ruimte dan ook. Voor zorgverleners is het ook fijn om terugkoppeling te krijgen', zegt ze tot slot. ◀

#### Referentie

1. Eyck BM, Van der Wilk BJ, Noordman BJ, et al. Updated protocol of the SANO trial: a stepped-wedge cluster randomised trial comparing surgery with active surveillance after neoadjuvant chemoradiotherapy for oesophageal cancer. *Trials*. 2021; 22(1):345.