



Samenvatting van het proefschrift

Y.L. Basta

"A blueprint for multidisciplinary fast track gastrointestinal oncology care"

Promotiedatum: 28 april 2017

Universiteit: Universiteit Amsterdam

Promotor:

Prof. dr. P. Fockens

Copromotor:

Dr. K.M.A.J. Tytgat

In dit proefschrift hebben we de implementatie van het Gastro Intestinaal Oncologisch Centrum Amsterdam (GIOCA) geëvalueerd. Het GIOCA is gebaseerd op 2 kernbegrippen: multidisciplinaire teams (MDTs) en de snelle levering van zorg in een sneldiagnostiek polikliniek (SDP). We hebben onderzocht hoe deze twee kernbegrippen de kwaliteit van zorg, patiënt tevredenheid en de werk tevredenheid van zorgverleners beïnvloeden. Daarnaast hebben we getracht een blauwdruk te geven over hoe een kliniek zoals het GIOCA geïmplementeerd kon worden, ten behoeve van de implementatie van MDTs en SDPs in complexe kankerzorg. Tevens hebben we de overdraagbaarheid van het concept geëvalueerd, door een soort gelijke kliniek in het Universitair Medisch Centrum in Groningen (UMCG) te onderzoeken.

Waarde van multidisciplinaire teams

Het eerste deel van proefschrift onderzoekt de waarde van multidisciplinaire teams. Hoofdstuk 1 presenteert een systematische review van de literatuur over veranderingen in diagnoses, stadiëring en behandelplannen geformuleerd door een MDT voor patiënten met gastro-intestinale maligniteiten. De implementatie van het behandelplan voorgesteld door een MDT werd ook onderzocht. In totaal werden 16 studies geïncludeerd. Twee artikelen beschreven dat de diagnose die gesteld wordt door een MDT in 89,0%-93,0% van de gevallen correct is. Vier artikelen beschreven hoe vaak een MDT de verwijfsdiagnose en behandelplan aanpaste: 18,4%-26,9%. De behandelplannen die werden opgesteld door een MDT werden in 90%-100% opgevolgd. Alle geïncludeerde artikelen concludeerden dat een bespreking door een MDT van invloed is op de evaluatie, diagnose en het behandelplan van de patiënt. De auteurs concludeerden hierbij dat MDTs de kwaliteit van zorg vergroten. Echter, de kwaliteit van zorg werd niet altijd precies gedefinieerd. In hoofdstuk 2 hebben we kwaliteit van zorg bepaald door het aantal juist geformuleerde diagnoses te meten. De toegevoegde waarde van MDTs werd geëvalueerd door de diagnoses geformuleerd door het MDT te vergelijken met de diagnoses geformuleerd door de verwijzend arts. Verschillen tussen deze beide diagnoses werden gevalideerd door middel van pathologie of follow-up. Vervolgens hebben we in deze studie bekeken hoe vaak behandeladviezen opgesteld door het MDT worden opgevolgd. De data van 551 patiënten werden prospectief verzameld. Deze patiënten werden besproken tijdens 74 multidisciplinaire overleggen (MDOs). De MDT-diagnose week terecht af

van de verwijfsdiagnose voor 120 patiënten (21,8%). Bovendien werd voor 33 patiënten (6%) een benigne diagnose gesteld, waarmee overbehandeling kon worden vermeden. De behandelend arts week alleen af van het behandelplan opgesteld door het MDT indien de patiënt de behandeling niet wilde of niet kon ondergaan. In hoofdstuk 2 zijn ook enkele voorwaarden geïdentificeerd die belangrijk zijn voor een goed functionerend MDT. De belangrijkste voorwaarde is de aanwezigheid van de behandelend arts: wanneer de behandelend arts de patiënt presenteerde was er 20% meer kans op een correcte diagnose. Daarnaast vinden wij het belangrijk dat een MDO aan de volgende 3 voorwaarden voldoet: de aanwezigheid van een voorzitter, adequate radiologische beelden en de deelname van alle betrokken specialisten (chirurg, mdl-arts, medisch oncoloog, radiotherapeut, patholoog en radioloog). Opvallend genoeg had het aantal patiënten dat werd besproken, of de duur van het MDO geen invloed op het stellen van een juiste diagnose.

Tevredenheid op een sneldiagnostiek polikliniek

In het tweede deel van het proefschrift worden de patiënttevredenheid en zorgverlener tevredenheid behandeld. Hoofdstuk 3 evalueert wat patiënten met een gastro-intestinale maligniteit verwachten van de wachttijd op het GIOCA en hoe zij deze wachttijd ervaren. In deze studie werden negen patiënten op verschillende momenten geïnterviewd: vóór hun bezoek aan het GIOCA, na hun bezoek aan het GIOCA, vóór de start van de behandeling en tijdens de behandeling. Alle deelnemende patiënten waren het eens dat de wachttijd voor de eerste afspraak zo kort mogelijk moet zijn; zij waren bang voor uitzaaiingen en vonden dat patiënten met kanker een voorrangbehandeling behoeven. Opvallend was dat hun definities van een korte wachttijd erg verschillend waren. Eén patiënt vond een wachttijd van meer dan vijf dagen lang, terwijl een andere patiënt tevreden was met een wachttijd van 10 dagen. Vier van de geïnterviewde patiënten gaven aan dat ze wilden wachten voordat ze aan hun behandeling begonnen. Zij wilden de tijd om hun 'zaken op orde te brengen' en de diagnose te verwerken. Daarentegen wilden twee andere patiënten het liefst zo snel mogelijk beginnen met de behandeling. Hieruit concludeerden wij dat kankerpatiënten verschillende opvattingen en wensen hebben ten aanzien van de wachttijd voor de start van de behandeling.

Onafhankelijk van de daadwerkelijke wachttijd, vonden de patiënten hun wachttijd te lang als deze hun verwachting overschreed. De tevredenheid van de patiënt lijkt deels afhankelijk van de tevredenheid van de arts: hoe tevredener de arts met zijn werk, hoe tevredener de patiënt met de geleverde zorg. Hoewel er studies zijn die de patiënttevredenheid met sneldiagnostiek beoordelen, zijn er, voor zover ons bekend, geen studies die de werktevredenheid van zorgverleners in een zelfde setting evalueren. In hoofdstuk 4 hebben wij de tevredenheid van de artsen en verpleegkundigen werkzaam bij het GIOCA onderzocht. Voor deze studie hebben wij een vragenlijst ontwikkeld, gebaseerd op interviews. Deze interviews waren gebaseerd op richtlijnen vanuit de literatuur. Acht artsen werden individueel geïnterviewd en drie verpleegkundigen werden als groep geïnterviewd. De antwoorden van de interviews konden opgedeeld worden in zeven thema's. Op basis van deze thema's werden vervolgens 11 vragen geformuleerd. Deze vragenlijst werd ingevuld door 73 artsen en verpleegkundigen (100% respons). Zij gaven aan dat de algehele werktevredenheid hoog was. De arts-assistenten en verpleegkundigen ervoeren een hogere emotionele belasting dan de medisch specialisten ($p < 0,001$). Elke zorgverlener vond het belangrijk tot heel belangrijk dat er een multidisciplinaire sneldiagnostiek polikliniek bestaat.

Organisatie en overdraagbaarheid van het sneldiagnostiek-concept

Het derde deel van dit proefschrift gaat over de organisatorische aspecten van het GIOCA en een evaluatie van de overdraagbaarheid van het GIOCA-concept. Communicatie tussen verschillende zorgverleners kan de kwaliteit van de geleverde zorg beïnvloeden. Deze communicatie vindt vaak plaats door middel van medische brieven. Omdat huisartsen in Nederland een coördinerende rol vervullen, is het van belang dat zij op de hoogte zijn van de medische beslissingen over hun patiënt. Daarom is het van belang dat de medische brief zo snel mogelijk van ziekenhuis naar huisarts wordt gestuurd, met name bij sneldiagnostiek

klinieken omdat de tijd tussen diagnose en start van de behandeling relatief kort is. Op het GIOCA werd slechts 12,8% van de medische brieven verstuurd op de dag van de afspraak. Om de communicatie tussen het ziekenhuis en de eerstelijnszorg te verbeteren, hebben we in hoofdstuk 5 onderzocht hoe het aantal medische brieven dat wordt verzonden op de dag van de afspraak op het GIOCA vergroot kan worden. Met behulp van Lean Six Sigma (LSS) werden de voornaamste oorzaken voor een vertraagde verzendtijd van de medische brieven onderzocht. Hierbij werd gebruik gemaakt van de 5 fasen van LSS: definiëren van het probleem (Define), verzamelen en meten van data (Measure), analyseren van de data verzameld in de vorige fase en oorzaken ontdekken voor het probleem (Analyse), oplossingen bedenken voor de geconstateerde problemen (Improve) en monitoren en bijstellen van de oplossingen zodat de oplossingen stand houden (control). Deze fasen worden de DMAIC cyclus genoemd. Drie oorzaken waren verantwoordelijk voor een verlengde verzendtijd van de medische brieven: 1) bepalen welke arts, betrokken bij de behandeling, de brief schrijft, 2) medische brieven geschreven door arts-assistenten moeten altijd gecontroleerd worden door een supervisor en 3) de medische specialist moet de brief goedkeuren in het systeem, voordat de administratie deze brief kan sturen. Om deze belemmeringen te omzeilen, werd er in het EPD een nieuw formulier geïmplementeerd. Dit digitale formulier kon worden ingevuld tijdens het MDO. Na de implementatie van het formulier werd 90,6% van de medische brieven verstuurd op de dag van de afspraak. Deze resultaten tonen aan dat LSS gebruikt kan worden om inzicht te krijgen in processen als de communicatie tussen ziekenhuizen en huisartsen en oplossingen aan te dragen om deze processen te verbeteren. Het impliceert echter ook dat het belangrijk is om voortdurend processen en procedures te reviewen: wijzigingen in omgevingsfactoren maken vaak aanpassingen aan procedures noodzakelijk. In hoofdstuk 6 staat beschreven hoe het GIOCA is geïmplementeerd, welke factoren van belang zijn voor het succes, en welke conclusies hieruit getrokken kunnen worden voor implementaties van soortgelijke poliklinieken. Traditioneel is de organisatie van een ziekenhuis gebaseerd op verschillende medische afdelingen. De medische afdelingen bestaan meestal uit een orgaansysteem van het menselijk lichaam (bijvoorbeeld: cardiologie of maag-, darm- en leverziekten), verschillende ziektes (bijvoorbeeld: reumatologie of infectie ziektes) of een behandeling (bijvoorbeeld: chirurgie of radiotherapie). Dit wordt een verticale afdelingsstructuur genoemd. In deze structuur wordt de patiënt van de ene afdeling naar de andere afdeling gestuurd voor afspraken met verschillende medisch specialisten. Hierdoor kan de wachttijd oplopen. Het GIOCA is een afdeling overstijgende samenwerking waardoor patiënt-gecentreerde zorg wordt gewaarborgd. Een intern projectteam, in overleg met alle betrokken afdelingen, heeft het begrip 'patiënt-gecentreerde zorg' verder uitgewerkt. Een belangrijke succesfactor voor de implementatie van het GIOCA was de intrinsieke motivatie van medisch specialisten (bottom-up), gecombineerd met steun van de raad van bestuur (top-down). Doordat GIOCA horizontaal over de bestaande verticale structuur is geïmplementeerd, worden de patiënten behandeld door dezelfde medisch specialisten als voor de implementatie. Dit zorgt ervoor dat er geen veranderingen optreden in de financiële administratie. Hierdoor wordt het GIOCA door de andere afdelingen niet als een bedreiging beschouwd. Daarnaast kunnen de artsen die participeren in het GIOCA hun afdelingswerk voortzetten en wordt de kennis synergie binnen het specialisme behouden. De horizontale structuur maakt het mogelijk dat de afspraken van een patiënt met verschillende medisch specialisten op dezelfde dag en op dezelfde plek plaats vinden. Voor medisch specialisten faciliteert het GIOCA samenwerking en discussie door dagelijks contact. Doordat het GIOCA een afdeling overstijgende samenwerking is, heeft het geen eigen budget. Voor Fte's is het GIOCA afhankelijk van de bereidwilligheid van participerende afdelingen om de beschikbare Fte's flexibel in te zetten. Mocht er een schaarste ontstaan in het aantal te besteden Fte's, dan kan dit het bestaan van het GIOCA in gevaar brengen. In hoofdstuk 7 beschrijven we de overdraagbaarheid van het GIOCA-concept, door de implementatie van dit concept in een ander ziekenhuis te evalueren. Voor de start van het GIOCA is er helaas geen officiële meting gedaan om de verwijstijd, de wachttijd voor de start van de behandeling, de patiënttevredenheid en de zorgverlener tevredenheid te evalueren. De implementatie van de GIO-poli bood de mogelijkheid om dit wel te doen in een before-after studie. Na de implementatie van de GIO-poli was de verwijstijd significant verminderd van een mediaan van 11 werkdagen naar een mediaan van 6 werkdagen. De wachttijd voor de start van de behandeling was ook significant verkort, namelijk van een mediaan van 24

werkdagen naar een mediaan van 16,5 werkdagen. Patiënttevredenheid en zorgverlener tevredenheid werden gemeten met twee vragenlijsten die hier speciaal voor ontworpen waren. Zowel in de voor- als nameting gaven patiënten hun zorg een 8, op een schaal van 1-10 (min-max: 6-10). Er was geen significant verschil in de emotionele stress voor en na de implementatie (58% vs. 51%). Alhoewel het leek alsof een klein percentage van de patiënten van de nameting de wachttijd voor de eerste afspraak te lang vonden, was dit resultaat niet significant (43% vs. 32%). Vijfendertig zorgverleners vulden een vragenlijst in tijdens de voormeting en 25 tijdens de nameting. Het percentage zorgverleners die vonden dat een multidisciplinaire één-dag polikliniek meerwaarde had was gelijk in beide groepen (71% vs. 72%). Ook zijn er geen verschillen geconstateerd in de algehele werktevredenheid voor en na implementatie van de GIO-poli. Er waren geen verschillen in de algehele werktevredenheid. Al was het verschil in ervaren werklast niet significant verschillend, het was wel opvallend dat 42% van de zorgverleners in de voormeting hun werklast als hoog kwalificeerde, en slechts 24% in de nameting. We concludeerden dat het GIOCA-concept overdraagbaar is naar een ander ziekenhuis, aangezien de verwijstijd en de wachttijd significant zijn verminderd.