

Radiotherapie is multidisciplinair werken

Goede zorg vraagt veel overleg

Twan van Venrooij
journalist

Radiotherapeuten leveren misschien wel de meest complexe vorm van oncologische zorg. Zij werken niet alleen samen met andere specialisten, maar ook met een team van radiotherapeutisch laboranten en fysici. Medisch Contact liep een dag mee met Baukelien van Triest, radiotherapeut in het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis.

An de afdeling radiotherapie van het NKI-AVL valt direct al af te zien dat het patiëntperspectief er hoog in het vaandel staat. Zo is er niet één grote wachtkamer waar alle patiënten bij elkaar zitten, maar

verscheidene, van elkaar gescheiden ruimtes. Patiënten, die hier veelal dagelijks enige tijd doorbrengen vanwege de frequente dosering bij veel bestralingschema's, hebben hierdoor nog enige privacy. Ook is er een huiskamer-achtige lounge met enige vormen van vermaak voor patiënten die verscheidene keren per dag worden bestraald. En de behandelkamers zijn gelegen aan een ruime, lichte gang, die aan één kant helemaal uit glas bestaat. Radiotherapeut Baukelien van Triest is blij dat de afdeling niet is weggestopt in de kelder, zoals dat elders, vanwege het stralingsgevaar, wel eens het geval is. 'In andere ziekenhuizen is de afdeling radiotherapie soms net een bunker.'

Kwaliteitsindicatoren

De Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie (NVRO) heeft elf kwaliteitsindicatoren ontwikkeld die de kwaliteit van zorg in kaart moeten brengen. Baukelien Van Triest heeft al geruime tijd interesse voor kwaliteitsbeleid en was betrokken bij het opstellen van de indicatoren. Zij vertelt dat het ontwikkelen van goede indicatoren niet gemakkelijk is. 'We weten nog helemaal niet of indicatoren als het aantal complicaties na een behandeling voor prostaatcarcinoom een betrouwbaar beeld geven van de kwaliteit van de radiotherapeutische zorg. Een verhoogd aantal complicaties kan te maken hebben met een ondermaatse behandeling, maar ook met een zeer nauwkeurige registratie. Daarom is van belang om te weten wat de spreiding is binnen instituten in Nederland.' Medio mei verwacht van Triest de eerste resultaten te kunnen presenteren van de landelijk meting van de kwaliteitsindicatoren. Ook is er steeds meer aandacht voor de psychosociale aspecten van zorg. Van Triest is blij dat één van de door de NVRO ontwikkelde kwaliteitsindicatoren uit het meten van patiëntervaringen bestaat. 'Het draait uiteindelijk toch om hoe goed een patiënt zich voelt en daar kun je als afdeling veel aan bijdragen.' Een onderzoek van de NVRO laat zien dat afdelingen veel doen aan het meten van patiëntervaringen, maar dat dit niet systematisch gebeurt. Daarom start de NVRO binnenkort samen met patiëntenverenigingen met de ontwikkeling van een radiotherapie-specifieke module om patiënten ervaringen te meten en te monitoren.

Palliatieve behandeling

Niet alle patiënten komen dagelijks langs. Bij de groep patiënten die komt voor palliatieve behandeling gericht op bijvoorbeeld pijnbestrijding is schade aan gezond weefsel wat minder van belang. Daardoor kan met een relatief hoge dosis worden bestraald. Als palliatieve pijnbehandeling is radiotherapie effectief: tachtig procent van de patiënten heeft er baat bij. Meneer Jansen, de eerste patiënt die Van Triest die ochtend ziet, komt voor een palliatieve bestraling. Hij heeft een grote tumor bij het staartbeen en heeft zichtbaar veel pijn. Eén been is aanzienlijk opgezwollen. Omdat na de vorige palliatieve bestraling de zwelling van het been snel afnam, hoopt hij dit keer op hetzelfde



Radiotherapeut in het NKI-AVL, Baukelien van Triest: 'In andere ziekenhuizen is de afdeling radiotherapie soms net een bunker.'

beeld: De Beeldredactie,
Marco Okhuizen

Voordat meneer Jansen comfortabel genoeg ligt, is bijna een kwartier verstreken

effect. Jansen wordt direct geholpen, maar eerst moet een foto worden gemaakt om het te bestralen gebied te definiëren. Dat gebeurt met een simulator in een kamer vlak naast de spreekkamers. Dit apparaat is vergelijkbaar met een bestralingstoestel, maar heeft geen versneller. Meneer Jansen kan door de pijn niet goed stil blijven liggen voor de foto. Voordat hij comfortabel genoeg ligt, is bijna een kwartier verstreken, maar meneer Jansen wordt duidelijk gemaakt dat er alle tijd is.

Van Triest ziet nieuwe patiënten die voor het eerste intakegesprek komen, zoals meneer Jansen, ongeveer vijfmaal per week. Daarnaast is één dagdeel gereserveerd voor follow-

up van 20 tot 25 eerder bestraalde patiënten en één dagdeel voor controles van patiënten die nog worden bestraald. Van hen ziet Van Triest wekelijks ongeveer 10 tot 15 patiënten. De volgende patiënt, meneer Van Dam, een man van halverwege de tachtig met een rectumcarcinoom, wordt later die dag curatief be-

straald. Hij heeft een slecht weekend gehad en heeft last van diarree. De eet- en drinkinstructies worden nogmaals doorgenomen. Deze zijn onder meer bij prostaat- en rectumcarcinoom nodig om de variatie in de mate van vulling van blaas en darmen zo beperkt mogelijk te houden. Patiënten moeten proberen om één uur voor de bestraling naar de wc te gaan en moeten daarna nog een kwart liter water drinken.

Meer meningen

Na nog één patiënt te hebben gezien, moet Van Triest door naar het radiotherapeutisch overleg. De radiotherapeuten hebben per tumorsoort overleg. Voor Van Triest betekent dit dat zij drie keer per week aanwezig is bij de bespreking van haar aandachtsgebieden: urologische en gynaecologische tumoren. Ook deze dag worden in hoog tempo scans vertoond. De arts of arts-assistent die de tumor heeft ingetekend – dat neemt ook elke week een dagdeel in beslag – licht toe waarom gekozen hij of zij voor een bestralingsveld heeft gekozen. Een enkele keer is er discussie.

Twee keer per week heeft Van Triest een multidisciplinaire tumorbespreking, waarbij alle betrokken specialisten aanwezig zijn. Naast haar zijn dat een medisch oncoloog, radioloog, chirurg en een patholoog-anatoom, aangevuld met een gynaecoloog voor de gynaecologische tumoren en een uroloog voor de urologische tumoren.

Voorheen was er vaak één oncologiebespreking waar alle oncologische patiënten werden besproken, maar tegenwoordig vinden steeds vaker tumorspecifieke besprekingen plaats, vertelt Van Triest. 'Je ziet dat dit aan het veranderen is. Veel ziekenhuizen komen naar ons toe voor adviezen om dit soort besprekingen op te zetten. De toename van het aantal multidisciplinaire besprekingen is goed, maar de consequentie is wel dat we steeds meer besprekingen moeten bijwonen. Dat is niet erg, maar het trekt het wel een wissel op de beschikbare tijd.' Daarnaast is Van Triest, net als andere artsen in het NKI-AVL, regelmatig als consultant aanwezig bij besprekingen in andere ziekenhuizen. Tijdens de overleggen nemen de artsen samen een beslissing over het te voeren beleid, stelt Van Triest. 'Maar mét meer mensen zijn er natuurlijk ook meer meningen. Het is soms wel lastig om tot een goed besluit te komen. We behandelen zo veel mogelijk patiënten volgens de richtlijnen, en dat kán meestal ook. Maar om iedere patiënt de beste behandeling geven, moet je soms afwijken van het standaardbeleid. En dan moet je met elkaar in discussie.'



‘Zwart, wit en grijs, noemen wij hier kleuren’, vertelt de radiotherapeutisch laborant die de behandeling voorbereidt. Zij zit achter een monitor met CT-afbeeldingen waarop radiotherapeuten eerder de tumor hebben ingetekend. Daarmee houdt de – actieve – rol van radiotherapeuten bij de behandeling op: radiotherapeutisch laboranten nemen de daadwerkelijke behandeling voor hun rekening.

Dwarslaesie

De voorbereidingen zijn bedoeld om de tumor zo slim mogelijk te bestralen. Daarvoor wordt teruggegrepen op jarenlang onderzoek waaruit duidelijk is geworden welke weefsels het meest gevoelig zijn voor straling. De blaas kan relatief veel hebben, het ruggenmerg en de darmen zijn zeer gevoelig – zoals de patiënten met diarree laten zien.

De laborant kleurt op het beeld elk weefsel in. Vervolgens zet zij een computerprogramma aan het werk om een plan te maken waarbij de tumor een zo hoog mogelijke dosis krijgt, terwijl het gezonde weefsel zo veel mogelijk

wordt gespaard. Lijntjes op het scherm geven aan hoeveel straling de weefsels krijgen als voor een bepaalde manier van bestraling wordt gekozen. Te veel straling kan ernstige gevolgen hebben; bij een te hoge dosis kan een patiënt zelfs een dwarslaesie oplopen. Nadat de eerste laborant een zo voordelig mogelijk schema heeft opgesteld, wordt het plan nog eens gedubbelcheckt door een andere medewerker. Toch kan er altijd iets misgaan. Dat wordt gewoonlijk niet direct duidelijk omdat straling onzichtbaar is en patiënten in eerste instantie

niets voelen. Daarom is er nog een nacontrole. Elke avond wordt met bestralingsgevoelige platen nagegaan of niet onbedoeld te veel of te weinig straling is toegediend.

Positie

De ruimte met bestralingsapparatuur is zoveel mogelijk open gehouden om patiënten niet het idee te geven dat ze opgesloten zitten. Er zijn bijvoorbeeld geen deuren tussen de kamer waarin een lineaire versneller met een cone-beam CT is geplaatst en de ruimte waarin de radiotherapeutisch laboranten verblijven. Enkel een kleine gang scheidt de ruimten. Wel is er een virtuele deur, om te voorkomen dat medewerkers per ongeluk de ruimte inlopen tijdens een bestraling. Als iemand toch tijdens het bestralen de gang inloopt, slaat het bestralings toestel automatisch af.

De negen bestralings toestellen van het NKI-AVL zijn van acht uur 's ochtends tot half zes 's middags in gebruik. Ongeveer elk kwartier wordt een patiënt behandeld. Zij kennen het protocol inmiddels. Nadat zij uit de wachtkamer zijn geroepen, ontkleden ze zich gedeeltelijk in een kleine kleedkamer en lopen routinewijs door naar de tafel in de behandelruimte. De laboranten positioneren de patiënt op de millimeter nauwkeurig. Kleine getatoeëerde streepjes, bijvoorbeeld twee in de zij en één op de buik, worden gelijk gelegd met laserstralen die uit de muur komen. Daardoor ligt de patiënt steeds weer in dezelfde positie en wordt elke keer precies hetzelfde gebied bestraald. Als dat nodig is, wordt de positie van de tafel enkele millimeters aangepast. De laboranten moeten de juiste afwijking instellen, want als dat niet gebeurt, weigert het bestralings toestel. Ook controleren zij elkaar om zeker te weten dat de ander de juiste afwijking heeft ingesteld.

Als iemand tijdens het bestralen de gang inloopt, slaat het toestel af




Hoewel alle moeite wordt gedaan om de variatie in houding tijdens het bestralen minimaal te houden, blijven er bronnen van variatie. 'De huid zit altijd een beetje los', vertelt één van de radiotherapeutisch laboranten. 'En daarbij kan de ademhaling van de patiënt en de mate van vulling van blaas en darmen voor verschillen met het bestralingsplan zorgen.' Tijdens de eerste behandelingen wordt steeds een CT-scan gemaakt om te controleren of de positie van de tumor nog wel overeenkomt met het bestralingsplan. Als dat vijf achtereenvolgende keren het geval blijkt te zijn, wordt dit de volgende vier keren niet meer gecontroleerd.

Daar is meneer Van Dam weer. Ook hij kent het klappen van de zweep en neemt snel plaats op de tafel in de behandelkamer. Omdat bij hem

de laatste keren steeds een afwijking is gevonden tussen het behandelplan en de positie op de tafel, wordt opnieuw een CT-scan gemaakt.

Verkramp

Dan ziet de radiotherapeutisch laborante ineens een mogelijke oorzaak voor de afwijking. Meneer Van Dam ligt een beetje verkramp. 'U moet niet zo met u billen knijpen', zegt ze tegen hem. Als hij zich heeft ontspannen, wordt opnieuw een foto gemaakt. Op een scherm waarop de oorspronkelijke afbeelding en de zojuist gemaakte foto over elkaar gelegd worden, is te zien dat de positie nu goed overeenkomt met het bestralingsplan. Sommige variatie kan alleen worden voorkomen door oplettendheid. 



Het IGZ-rapport over radiotherapie en oncologische zorg vindt u via dit artikel op www.medischcontact.nl.

Conclusies IGZ gedateerd

In twee onlangs verschenen rapporten over radiotherapie en oncologische zorg meldt de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) dat de borging van de kwaliteit en veiligheid in grote lijnen goed is. Wel zijn er volgens IGZ nog verbeterpunten. Onder meer kan de oncologische ketenzorg beter en moet het voor patiënten duidelijk zijn wie het aanspreekpunt is. Van Triest is het gedeeltelijk eens met de kritiek maar benadrukt dat de huidige situatie waarschijnlijk rooskleuriger is dan de IGZ in de rapporten voorspiegelt. 'Het onderzoek waarop de conclusies zijn gebaseerd is al in 2006 uitgevoerd en in de tussentijd hebben we zeker niet stilgezeten.' Zij ziet het rapport vooral als een stimulans ter verbetering. Maar om alle aanbevelingen door te voeren, moeten eerst nog enkele knelpunten worden aangepakt. Bijvoorbeeld de financieringsstructuur van de oncologische zorg. 'Die is nog monodisciplinair. Ik krijg geld voor de bestraling van een patiënt, maar er wordt bijvoorbeeld nauwelijks een vergoeding gegeven voor de multidisciplinaire besprekingen.'

Ook het aanwijzen van een vast aanspreekpunt voor de patiënt is niet zo eenvoudig als in eerste instantie lijkt. 'Natuurlijk is het goed als patiënten én specialisten weten wie op een gegeven moment de coördinator is van de behandeling. Maar vergeet niet dat de patiënt een heel traject doorloopt van diagnose, behandeling, controles en een eventuele tweede behandeling na terugkeer van de tumor. Dan kan het best zo zijn dat in het eerste traject de chirurg de hoofdbehandelaar is, maar dat in het vervolg de medisch oncoloog of de radiotherapeut het meest behandelt. Het lijkt dan ook lastig haalbaar om gedurende dit traject één arts het aanspreekpunt te laten zijn. We moeten nog goed nadenken over hoe we dit precies gaan vormgeven. De betrokken wetenschappelijke verenigingen zijn hier momenteel gezamenlijk mee bezig.'