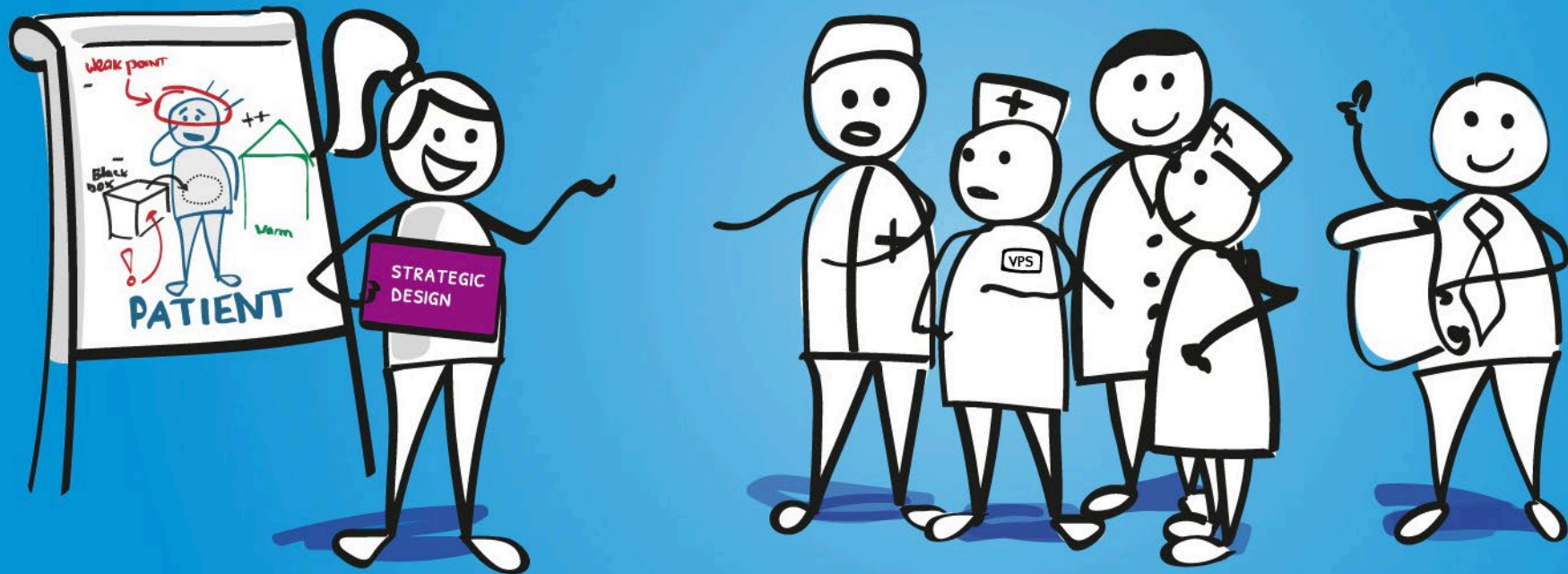


DESIGNING A PROMISING WAY TOWARDS

Better (colorectal) cancer care

IN DIJKLANDER ZIEKENHUIS



Jolien Heddes

**Designing a promising way towards better (colorectal)
cancer care in Dijklander Ziekenhuis**

Master Thesis

J.S.M. Heddes

30 October 2019

Preface

7 golden rules and the heroes behind this project

How this thesis have turned into a 230-page document is still a mystery to me in various ways: to me, my graduation period felt like one long weekend, I only had to work sometimes and moreover writing text (in english) is still not my favourite activity.

There were plenty of moments where I was told: “Shouldn’t you graduate Jolien?” or “Shouldn’t you have stress or panic? Tomorrow is your midterm/ greenlight/graduation moment, right?” “Jolien do you get bored during your graduation, that you are always on vacation? Busy with thousand other projects or sport activities?” I could really only answer: “Noooo, everything is under control and going well!”

I think, this was due to the golden rules I found out myself:
It is just a project with a deadline. Preferable you have to set the presentation day and time as early as possible in order to invite as many people as possible. So in april the save the date was already there: 30th October 2019 15:45.
You should not work if you have the (the slightest) feeling of being not productive. Stop fooling yourself and use the time as efficient as possible. So if graduating doesn’t seem to go smoothly, it is time to stop studying and focus on other activities. At least then you know for sure that you haven’t done anything. In addition, it is mostly the shortest way to gain energy and inspiration to get things (read: graduation stuff) done quickly and efficiently later on.
Evening = Evening. Weekend = Weekend. Holidays = Holidays. Freetime. No time to do anything for your graduation project.
When writing fails: Draw! The best tip for anyone who is not blessed with the skill to make letters flow across the screen. I think this is why I came to 230 pages: Writing text to support figures instead of making figures to support the text.
Buy shares in the Post-it company. This company actually makes a lot of profit on you during your graduation project.

The cliffhanger method: stop working just before something is 100% finished. This was my surprisingly good working secret weapon against startup problems. In this way I could start the day with finishing something that was nearly finished and I was immediately in a productive workflow.
Gather enough people around you who will always be there for you: I would like to thank my whole family but in particular my mum and dad. Mum for bringing me in contact with this challenging assignment, and for the help throughout the project for all hospital-related questions. Dad, for for all the support, critical questions on my activities and sparring sessions where I could learn a lot from you (and vice versa).
I want to thank Koen for reading my report and correcting it, even when I accidentally served you the same pages twice... to test your accuracy of course :)
I want to thank my colleagues for passing by in our office, the enthusiasm about my post-its and drawings, the bringing of cookies and cakes and the socialising moments. But a special thanks to Jolanda for arranging all the appointments with medical specialists, nurses, arranging theme evenings, meetings etc. But besides it was practical to work together, it was very nice to work together: we were always aware of the date, and I liked the music!
But foremost, I want to thank my supervisory team: Harriët, Silje and Lianne. Silje for the pleasant meetings that also proved to be useful, the questions always gave me insights just in time. It was very pleasant to work together! Lianne for the useful input, despite the floating words the advices were really concrete in some way. Harriët for trusting me as crazy TU Delft student, the quick feedback, the thinking along and for being a nice and compassionate colleague!

Enjoy reading!

Jolien



The best places for some
unconscious inspiration
Col de la Croix de Fer

Glossary

Definitions and abbreviations

Case management: An activity within the oncological care process which aims to ensure supervision and coordination of the care process and, when necessary the care process is being adjusted. All through one single point of contact.

Casemanager: The caregiver who is executing the role of point of contact.

Colorectal cancer: A type of cancer in the intestine and/or rectum which is used as case study throughout this project.

Care Pathway: Ac omplex intervention for the mutual decision making and organisation of care processes for a well-defined group of patients during a well-defined period (European Pathway Association, n.d.)

Cancer Centre: The department where all cancer related caregivers work. The Cancer Centre is explained in paragraph 3.5.

Caregivers: Collective name for all nurses, nurse specialists and medical specialists.

Deliverables: The outcome of this graduation project, a care pathway, business case and an implementation manual.

Dijklander Ziekenhuis: The peripheral hospital where this study takes place. The hospital is situated in Hoorn and Purmerend in The Netherlands.

Department: The hospital is divided in departments. During this project the Cancer Centre, Surgery, Internal Medicine and the Radiotherapy department are important.

Formation: The amount of people (caregivers) employed.

Fragmentation: Caregivers work in their own department and try to provide optimal care with expertise within their individual part of the chain.

Medical specialist: Surgeons, Internist Oncologists, MDL specialists.

Nurse specialist: Nurses who are retrained what causes a broader job description that come closer to Medical Specialists.

Retraining: The education needed to become a nurse specialist.

SONCOS standards: The standars that aim for case management.

VPS	Verpleegkundig Specialist. Nurse Specialist
VPK	Verpleegkundige, nurse
MDO	Multi disciplinary meeting
MDL	Stomach, intestine, liver
MS	Medical Specialist
CM	Casemanager
IO	Internist Oncologist
IDE	Industrial Design Engineering
DLZ	Dijklander Ziekenhuis
JBZ	Jeroen Bosch Ziekenhuis

Cancer is a complex disease which requires interdisciplinary care. There are various developments ongoing within cancer care and its complexity. First, **fragmentation** within cancer care is found (IGZ, 2009) which adds complexity to deliver good healthcare service in the whole chain of care (Walsch et al., 2010). Second, in the Netherlands a **task reallocation** takes place which is boosted by the government. Third, the **new standards** from SONCOS make it compulsory to have a fixed point of contact for cancer patients and lastly, some hospitals already investigated and tried out case management with positive results.

To fight against this fragmentation and offering the best care possible, the Cancer Centre of Dijklander Ziekenhuis wants to introduce case management for cancer patients. Hereby, it is needed to investigate the needs and wishes of the patients and the caregivers and take into account the status quo and strategy of the hospital.

- ▶ The hospital has recently merged, what entails a reorganisation, aligning strategies and ambitions and taking into account the recovering financial situation. Within the hospital the ambition is to offer the best care possible, while collaborating with patients and cherishing employees. They want to invest in care that matters and the hospital aims for trust in the environment.

Executive summary

The wishes and needs uncovered and translated in a tangible advise

- ▶ Caregivers want to keep their motivation to perform their job and they want to offer the best care possible by responding to personal situations and wishes of patients. Nurses do have fear for the upcoming changes because of the workload and the retraining.
- ▶ Patients experience the hospital as a warm hospital and they are very positive about the surgery treatment. However, they experience the total treatment process mostly as overwhelming and it is hard for them to use the consults as optimal as possible.

Based on the research activities, the advise to Dijklander Ziekenhuis is to implement case management to **prevent patients for referral and communication errors**. But at the same time it is advised to take a unique position by offering guidance throughout the treatment process and especially in the approach towards consults. This could be done by providing **extra support, coaching and (informational) tools** during the treatment process. This can help in dosing information to patients, and helps patients managing their own process and asking the right questions during consults.

This advise is turned into a design of three deliverables. A care pathway, a Business Case and an Implementation Manual. Together they describe the **desired future Cancer Centre** and

offer **tools to make the implementation of this future vision feasible and viable**.

The new care pathway is designed in such a format that it gives substance to the future vision of the Cancer Centre. The modular format meets the wishes to deliver bespoke and patient-centred care while expertise is retained and the overall process is monitored due to the new module within the pathway: the bridge. The care pathway also can be a ‘secret weapon’ to be leading in cancer care due to the design in three layers what makes possible better communication towards patients. This is essential for shared decision making. With all these characteristics, the new Care Pathway appears to be a gold mine on the way to better (colorectal) cancer care within Dijklander Ziekenhuis.

The Implementation Manual literally describes the promising way towards better (colorectal) cancer. The aim of the Implementation Manual is to transform the current Cancer Centre into the desired future Cancer Centre in which the new Care Pathway is integrated. There is chosen for a phased implementation approach including pilots. In this way, there is expected a minimal disruption to the patient care and possible problems can be resolved quickly.

The Business Case is written to make sure that the preconditions that are necessary to work towards better (colorectal) cancer in Dijklander Ziekenhuis will be met. Preconditions were mainly budget and formation related. Within this study, it became clear that there are extra nurse specialists needed. On the other hand, relatively less medical specialists are needed.

J.S.M. Heddes
October, 30th 2019

Delft University of Technology
Master Strategic Product Design
Faculty of Industrial Design Engineering

Supervisory team

Dr. ir. L.W.L. Simonse
MSc. S.R. Dehli
Faculty of Industrial Design Engineering
Delft University of technology

Support

H.G.T. Blaauwgeers - de Vogel
Dijklander Ziekenhuis
Themacentrum Oncologie



Introduction

Innovations in healthcare

Today, we are privileged to live in a world where innovations make our lives easier. Constantly, new innovations are developed and integrated in our daily lives. When we think of innovations, most people think of digital and technical innovations like our mobile phones that are fully integrated in our lives, or the upcoming self driving-cars. But when we take a look in the health care sector, innovations not always look very technical and robotic. Nevertheless, hospitals are no longer the hospitals that are known from a few decades ago.

For example until the 1970s outsiders were not allowed to interfere in the provision of care. Nowadays there is realised that in addition to excellent care, there are other factors of great importance, feeling safe, having your loved ones with you etc. There can be concluded that there is more and more attention paid to the needs of patients.

Another innovation is the disappearing of the large 20-plus patient wards. In the past, patients were really considered as ‘weak’ and mostly cared for weeks or months in the hospital. At that time, hospitals were real guest houses. Nowadays, hospitals are increasingly seen as ‘companies’ and they have to deal with more and more business aspects. As a result, we see that lead times in hospitals are considerably reduced. Where previously there was taken care of patients for a longer period of time, nowadays patients must undergo surgery and recovery in a few hours and they are dismissed within one (or a few) day(s).

There can be concluded that there is a call for human-centred innovations. These innovations have to meet the wishes and needs of patients, while caregivers are able to offer excellent care and monitor patients as just as good (or better) as they were able to in the patient ward where patients stayed for a long time.

In cancer care, the same call is made. An appropriate suggestion seems to be case management. Therefore, within this project, case management is elaborated for Dijklander Ziekenhuis in order to make next to technical innovations, also human innovations happen within the hospital.

Content

Section I This project

01	Project Scope	15
1.1	Improvements needed in Cancer Care	16
1.2	Case management	18
1.3	Project focus and objective	21
1.4	Scope summary	21
02	Design approach	23
2.1	Promising way to implement case management	24
2.2	Design Thinking	25
2.3	Understanding people with co-creation	26
2.4	Care Pathway	28
2.5	Business Case	29
2.6	Implementation Manual	30
2.7	Design approach summary	31

Section II Context

03	Dijklander Ziekenhuis	35
3.1	History and geography	36
3.2	Strategy	37
3.3	Financial situation	37
3.4	Organisational structure	38
3.5	Cancer Centre	40
3.6	Changes within the Cancer Centre	41
3.7	Dijklander Ziekenhuis Summary	41
04	Current care process	43
4.1	Colorectal cancer	44
4.2	Treatment processes	45
4.3	Protocols	46
4.4	Overview colorectal cancer treatment	48
4.5	Colorectal cancer as a case study	50
4.6	Current care process summary	50

Section III Users

05	Caregivers	55
5.1	Research setup caregivers study	56
5.2	Results caregivers study	59
5.3	Conclusion & Discussion caregivers study	59
5.4	Caregivers study summarised	59
06	Patients	61
6.1	Research setup patients study	62
6.2	Results Patients study	63
6.3	Conclusion & Discussion patients study	67
6.4	Patients study summarised	67

Section IV Synthesis

07	Synthesis	71
7.1	Combining the studies	72
7.2	The future Cancer Centre	74
7.3	The project checklist	76

Section V Deliverables

08	Care Pathway	81
8.1	The new format of a Care Pathway	82
8.2	Care Pathway to create overview	84
8.3	Care Pathway to enforce protocols	88
8.4	Care Pathway to stimulate communication	94
8.5	Working with the new Care Pathway	96
8.6	The new Care Pathway summarised	97
09	Business Case	99
9.1	The new formation	100
9.2	Transition to new organisation	102
9.3	Risks	104
9.4	The Business Case Summarised	105

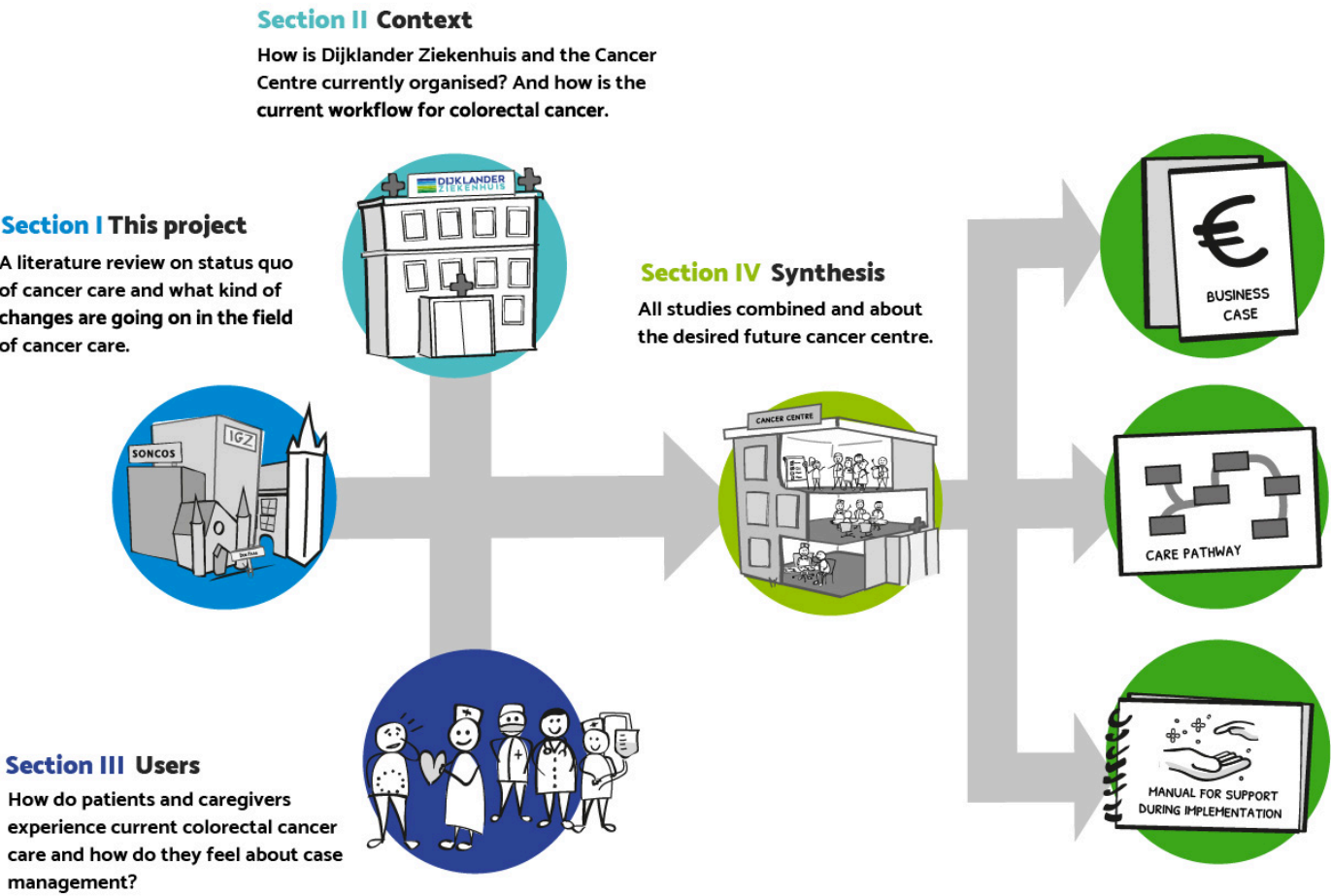
10	Implementation Manual	107
10.1	Implementation approach	108
10.2	Implementation Mantual	109
10.3	The implementation Manual summarised	125

Section VI Closure

	Conclusion	128
	Contribution to new knowledge	129
	Limitations, recommendations & future research	130
	Personal reflexion	131
	References	132

Appendices

A	Caregivers research	
A.1	Interview guide	
A.2-A.9	Interview transcripts	
A.10	Informal session	
A.11	Analysing the interviews	
A.12	Codebook	
A.13	Codes	
B	Patient research	
B.1	The Booklet	
B.2-B.6	Completed Booklets	
B.7	Executing patients study	
B.8	Organising patient insights	
C	Designing a new Care Pathway	
C.1	Discovering a modular system	
C.2	Testing the Care Pathway	
D	The Business Case	
D.1	Dijklander Metro	
D.2	Calculations OLD Care Pathway	
D.3	Calculations NEW Care Pathway	



Interested in a shortcut?

I want to know everything about what is researched during this study.

P. 72

I'm interested in the future Cancer Centre.

P. 74

I want to read the conclusion

P. 128

SECTION I

THIS PROJECT

Chapter 01: Project Scope

Chapter 02: Project Approach

The purpose of this section is introduce the problem and the scope of this project. After a literature study in the field of cancer care chapter 01 offers some background information about the status quo and the developments going on in cancer care. This chapter ends up with an explanation of case management as starting point of this project and appurtenant the problem definition and objective is given. Chapter 02 describes the approach used during the project to ultimately fulfill the objective of the project as described in chapter 01.



Section I This Project

Chapter

01

PROJECT SCOPE

This study takes place in the cancer centre of Dijklander Ziekenhuis. The aim of the project is to improve cancer care in the hospital by implementing case management and improve the patient experience. To find out whether or not this is a logical step, first a literature review in the field of cancer care is carried out to find out the status quo of cancer care and what kind of changes are going on in the field of cancer care. This chapter introduces the scope of the project based on this literature review.

1.1 Improvements needed in cancer care

What is going on in cancer related care?

Cancer is a complex disease and to fight against cancer, a lot of studies held to improve cancer care. In this paragraph there is reviewed on the status quo in cancer related care.

Facts about cancer

In the Netherlands annually more than 116 000 persons are diagnosed with cancer. Every year approximately 14000 are diagnosed with colorectal cancer (cijfers over kanker, 2018). In Dijklander Ziekenhuis every year around 2700 patients are diagnosed with cancer (DLZ, DICA cijfers, 2018).

The number of cancer patients is increasing, the reason for this increase is ‘double aging’. Cancer is a disease that mainly occurs in old age. The combination of an increase in the number of elderly people and the fact that they are getting older is called ‘double aging’. Moreover, the growth of elderly people is high in the catchment area of Dijklander Ziekenhuis. In addition, the demands on cancer care become increasingly

higher and the treatment options become more complex. Therefore, it is necessary to develop a future-proof organisational strategy where both quality and efficiency are combined (Blaauwgeers et al., 2019).

Cancer care has become increasingly complex

As stated before, the treatment options for cancer become more complex. Mostly, there are many different health professionals involved during the whole treatment process. The number of different stakeholders in one case adds complexity to deliver good healthcare service and causes challenges for the health professionals to effectively work together in order to offer coordinated patient care. Walsh et al. (2010) state that the new developments in chemotherapy, surgical procedures, radiations therapies and computer technology leads to an increase in multimodality therapy. They add to this that the modern cancer care can be presented as a paradox: “The potential for unparalleled

quality and sophisticated treatment is high, yet the number of potential ‘failure’ events in the continuum of cancer treatment has multiplied significantly. Each failure in communication between various physicians and care providers and every transition and interface miscue can result in delayed treatment planning and implementation, unnecessary duplication of tests, incomplete follow-up, increased patient anxiety, decreased patient satisfaction, and declines in quality of life.” In the Netherlands the Healthcare Inspectorate (Former IGZ, now IGI) investigated this phenomenon in 2009 and concluded that almost all care providers recognise those problems.

Fragmentisation in cancer care

The Healthcare Inspectorate has found that in general the health professionals are totally devoted to help the patient. Nevertheless, they conclude that the current care for cancer patients is fragmented with many transfer moments. “Cancer care is still characterized by a discipline-oriented approach. This results in the individual specialist trying to provide optimal care in his or her individual part of the chain while the optimisation of the total chain remains.” (Figures 1&2.)

This is in line with the vision of Melvin Samson in an article for Zorgvisie (Kiers, 2018)

“The department structure can be described as fragmented.” Cancer patients go from department to department. Samson remarks

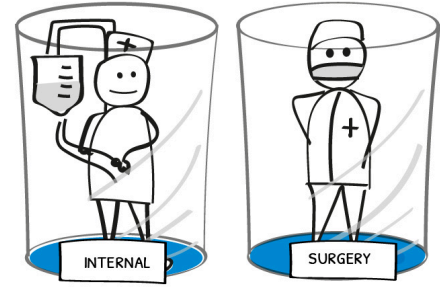


Figure 2: Caregivers try to provide optimal care with expertise within their individual part of the chain.

that this causes stagnation in the process with risk of delays and errors and a process without coordination: “How do you want to define quality with four different departments?” (Kiers, 2018). He stated that the journey of a patient is not a smooth one while patients expect more service.

Organisation design against fragmentation in healthcare untill now

Samson optimised the care pathways and reorganised the structure in the Karolinska hospital into care units instead of departments. The hospital is now organised around seven care themes, led by a patientflow-captain instead of seperated departments with their own unit head.

This transition was not free from struggles. Even though many doctors were waiting for it and enthusiastic, it was a big change with a lot of fears and resistance (Kiers, 2019a). He explained further: “People know what they currently have,

but don’t know what to expect. It is important to understand, why people are concerned” (Kiers, 2019b). Bessems & Kortmann (2019) also discussed this theme and stated: “At the workfloor, change is desirable, but nobody likes to be out of control.” (Original in Dutch: “Op de werkvloer is verandering gewenst, maar niemand vindt het fijn als ze niet zelf aan de knoppen mogen zitten.”) They advised to find out where the fears are in order to make change happen.

Inspired by the Karolinska Hospital, the same reorganisation took place in Reinier de Graaf Ziekenhuis. Carina Hilders explained in an interview in Zorgvisie (Kiers, 2019c) that this enables every care unit to choose their own focus and mission that fits the care pathway. However, she warns about the crucial support around implementation: “Creating support is crucial for such a change to succeed. We asked the doctors and nurses how they wanted to shape the organisation around the care themes. That was a fair process which created support. Change belongs to the people themselves” (Kiers, 2019c, par. 5).

In Jeroen Bosch Ziekenhuis (JBZ) they arranged a similar reorganisation only for cancer care. All surgeons, internists, pulmonologists, urologists, hematologists and nursing specialists related to cancer care work together.

A fixed point of contact in the chain

When looking at the already implemented reorganisations within healthcare, there

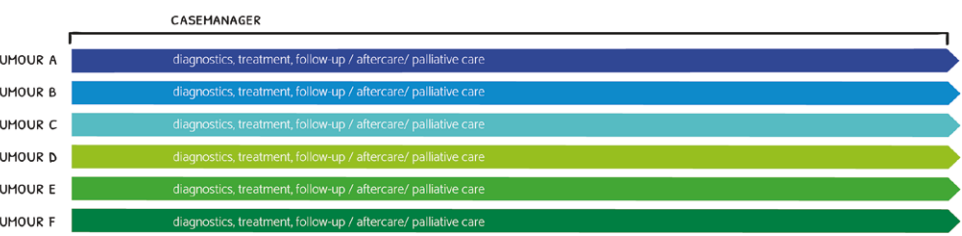


Figure 3: Cancer care horizontal organised in care pathways. Casemanagers go with the patients during the whole treatment.

are opportunities for improvement against fragmentation. As ascertained by the Healthcare Inspectorate, the fragmented proces with many transfer moments causes a lack of overview of the whole treatment of a cancer patient, which deprives the quality of the entire treatment (IGZ, 2009). Hence, IGZ states that it is important that firstly patients can fall back on one fixed point of contact in the whole chain. Secondly, there must be one person who has an overview of the whole treatment process of the patient; if necessary, this person can adjust the care process. Thirdly, there must be an updated treatment plan per patient. Lastly, there must be an integrated health record system which is accessible and available to all healthcare professionals involved in the treatment process.

The Nederlandse Federatie van Kankerpatiënten Organisaties (NFK) (2018) also concluded a lack of coordination within the cancer treatment. They take a more patient centred approach: “Cancer can have major

impact on a person’s life in an emotional, social and physical way. It is important that patients receive additional psychosocial or physical support when needed and know where they can find this support.” In 2018 NFK investigated 4300 cancer patients on how they experienced support during their treatment process. The results show that it is essential for patients to have guidance and support from the hospital. They mainly need someone who is available for questions, information about the disease and/or treatment, counselling possibilities and emotional support.

Task reorder of the nurse specialist

To improve the quality of care and to keep care affordable, Minister Bruins (minister of health care in the Netherlands) proposes a task reallocation, especially for the Nurse Specialists (VPS). This has to contribute to more efficient care provision and keeping the health care future-proof. After various studies, he stated that the Nurse Specialist will indeed bestow a quality

on this. He concludes that the deployment of a Nurse Specialists is desirable because of reducing costs since a Nurse Specialists can take over duties from a medical specialist while quality is guaranteed. (Bruins, 2019)

A new standard

In the SONCOS standards of 2019, the need for more overview in the cancer care treatment process is taken into account. In this standard, hospitals are expected to offer oncology patients access to at least one fixed point of contact; a casemanager. They describe this casemanager as following: the casemanager could be a nursing specialist, an oncology nurse or another healthcare professional who is specialised in the disease and who can fulfill the role of a casemanager. The casemanager has to be part of a multidisciplinary team in which they can replace each other. Additionally, this casemanager should have the overview of the multidisciplinary and transmural trajectory of diagnostics, treatment and follow-up checks. Therefore access to the patient’s health record is necessary. Furthermore, the casemanager has to know the patient and the entire context to act as fixed point of contact for questions, guidance and support during the entire process of diagnosis and treatment.

1.2 Case management

Definition and implementation suggestions

The aim of the hospital is to implement case management conform standards as described in paragraph 1.1. Some research about case management is already done. This paragraph summarises what has been described in the literature so far about case management.

Brief introduction to case management

The origin of case management is a long and rich one. It originated in America in the late 1800s in the social sector. case management was initially developed to reduce high costs (Van der Put, 2015). Over time, case management has emerged as preferred service delivery approach in various public agencies (Austin, 1990). Already in 1980 James Intaglia wrote about the rapid expansion of service programmes that they are becoming increasingly complicated, fragmented and therefore uncoordinated. According to research from IGZ (2009), the fragmentation and coordination problems stated by Intaglia are still an issue in today's oncology care. Back then, Austin (1983) described case management as a response and popular solution to problems in service delivery for community-based long-term care. Nowadays, with the new SONCOS standards, it is necessary to find out how case management can be used in the (near) future in Dijklander Ziekenhuis.

Within literature, various definitions for case management are available. Summarised by Geukes (2010) and Van der Put (2015) currently, case management is mainly used to increase

patient satisfaction, improve the quality of care, decrease the fragmentation and coordination within the care process and to save costs.

In Dijklander Ziekenhuis, the following definition for case management is used: Case management is an activity within the oncological care process which aims to ensure supervision and coordination of the care process and, when necessary the care process is being adjusted. All through one single point of contact. Original in Dutch: *Case management is een activiteit ten behoeve van het oncologisch zorgproces, die voor de patiënt tot doel heeft dat de zorg bewaakt en gecoördineerd wordt en waar nodig wordt bijgestuurd, dit alles via één aanspreekpunt (figure 4).*



Figure 4: Definition of Case management as used within Dijklander Ziekenhuis

Current casemanagers in hospitals

As a result of the IGZ report in 2009, hospitals in the Netherlands gave substance to the concept of case management in various ways. This is confirmed by research from V&VN Oncologie (2010). Most of the times, case management is performed by a nurse. The background of those nurses differs per hospital and department. Some hospitals bet oncology nurses as casemanagers, some hospitals only have nurse specialists as casemanagers.

Geukes (2010) developed the role of a casemanager for oncology care in Jeroen Bosch Ziekenhuis. She defined the role of a casemanager as a directing task of a central person within a multidisciplinary care process who focusses on managing and supporting wishes and needs from patients, in order to optimize the quality of oncology care. She stated that casemanagers must be specialised nurses who supervise specific oncological patient groups. The casemanagers work interdisciplinary and receive hierarchical leadership from one and the same supervisor. She states that casemanagers will form the link between different care givers because they keep in touch with the specialists and various disciplines involved in the cancer care process. The tasks of a casemanager are: reporting history of the patient, developing a care plan and reviewing, analysing and evaluating research results.

Integral case management model as starting point for this project

For JBZ Hospital, the role of a casemanager is investigated by Geukes (2010) and depicted in figure 5. However, this cannot be generalised due to the difference in methods used in the JBZ hospital and Dijklander Ziekenhuis and a differentiation in structure of the hospitals. This means that further research is needed in order to find out the casemanager's role in Dijklander Ziekenhuis.

In an earlier presentation among cancer caregivers in Dijklander Ziekenhuis, Blaauwgeers et al. (2019) introduced three different models of casemanager based on models of Van der Put (2015). The expert case management model was still fragmented and the supportive case management model was not preferred due to the lack of expertise of a casemanager which will lead to extra confusion instead of support for patients. It became clear that the model of integral case management is preferred by Dijklander Ziekenhuis. This means that it is needed to retrain nurses into nurse specialists.

In conclusion, the model for integral case management in combination with the role of a casemanager as developed by Geukes (2010) are used as starting point for this project (see figure 3 for the model for integral case management and figure 5 for the Role of a casemanager).

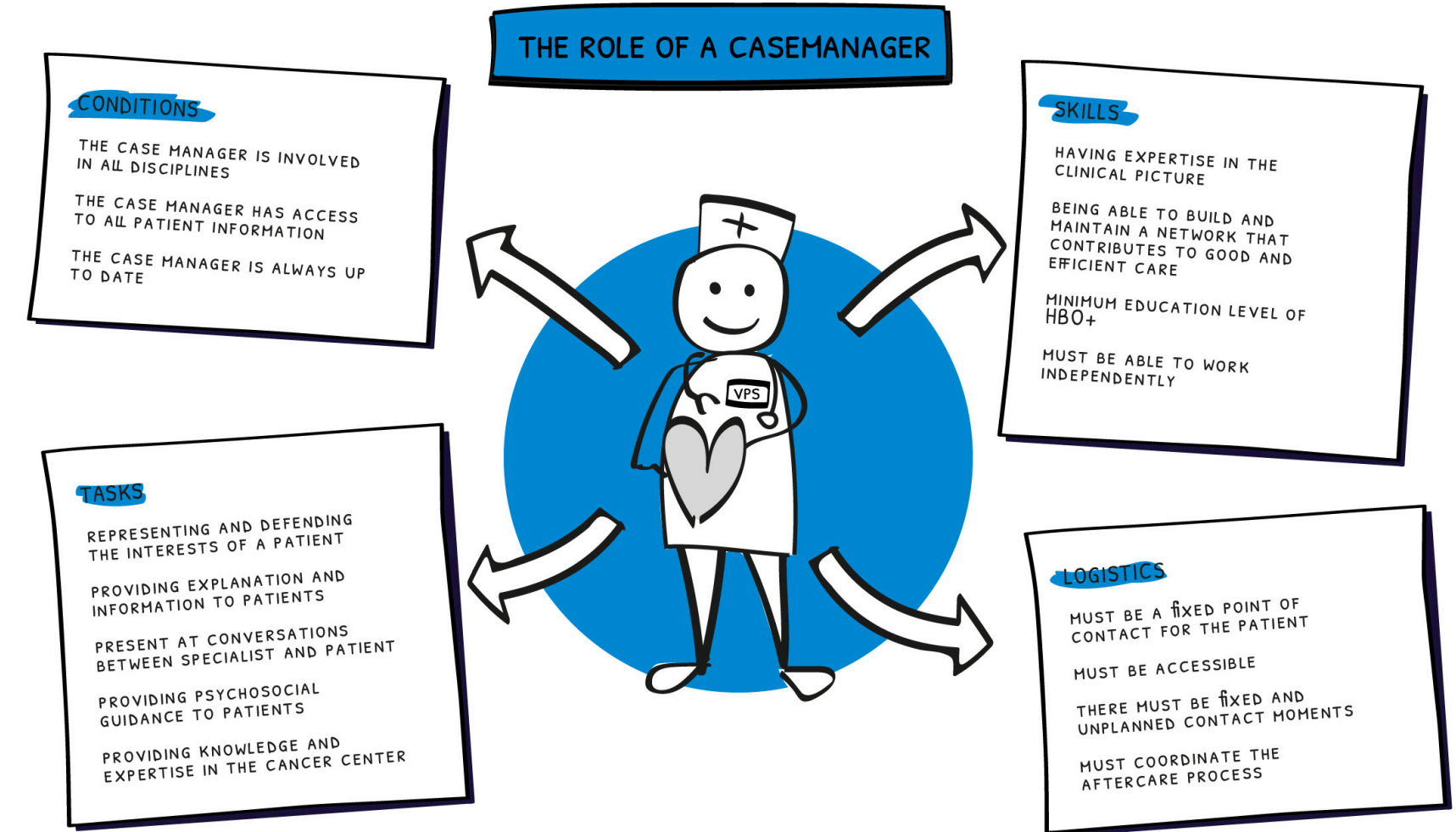


Figure 5: The role of a casemanager as described by Geukes (2010) and used as starting point of this project

Case management

WHERE THE NEED FOR CASE MANAGEMENT ORIGINATED AND RECOMMENDATIONS REGARDING CASE MANAGEMENT

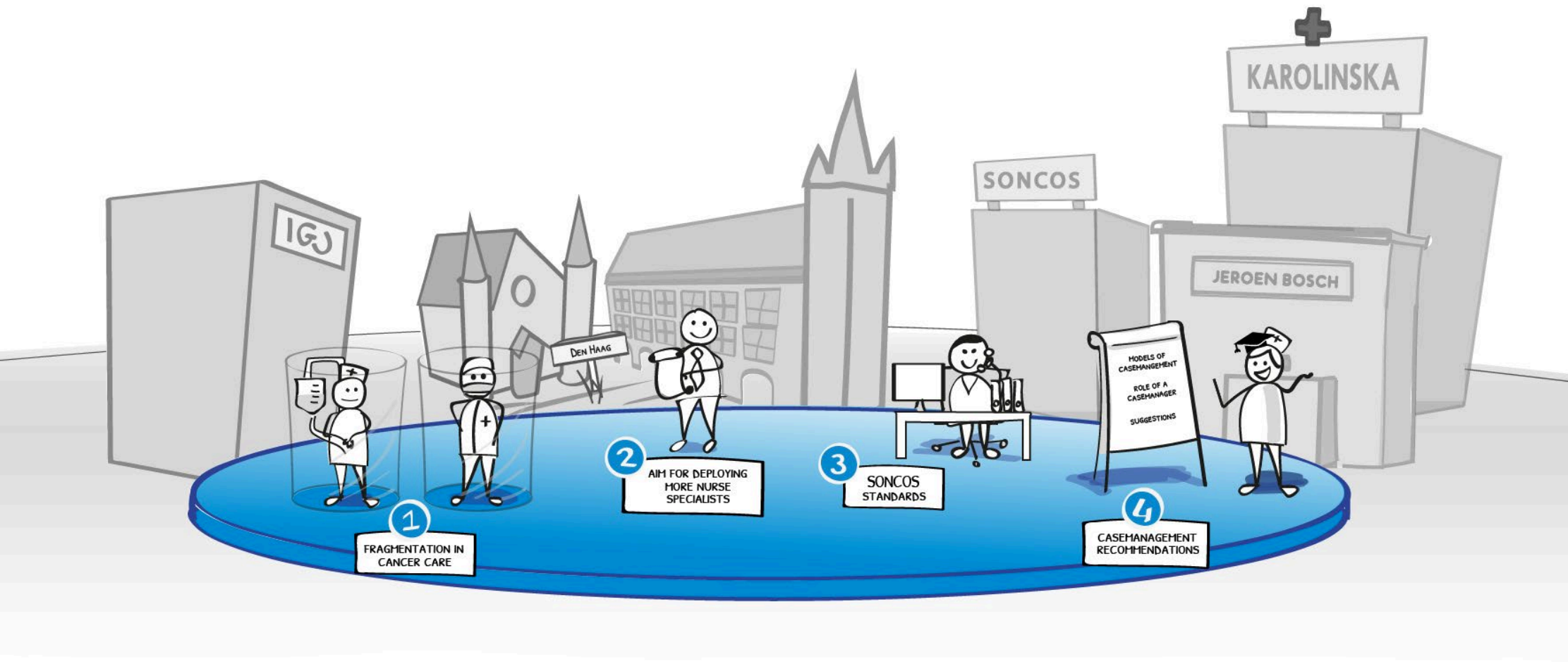


Figure 6: Overview of literature research related to case management. Explained in paragraph 1.4: Scope summary

1.3 Project focus and objective

Aim of the project

After reviewing literature (figure 6) the project objective can be defined. Therefore, this paragraph will give the aim of the project together with the scope to make the project suitable within the given time.

Project focus

Even though the definition of cancer is very broad, this project will focus on colorectal cancer. Colorectal cancer is the third most common type of cancer (IKNL, 2014). In Dijklander Ziekenhuis every year 200 people are diagnosed with colorectal cancer. Beside, because of the complexity of the treatment, colorectal cancer is one of the most interesting type of cancer for this project to focus on. Mostly multiple care givers are involved in the care process over prolonged periods of time. Furthermore, within this project there is a focus on the care process which takes place in the hospital itself. The General Practitioner is not taken into account.

Lastly, the computersystem HiX that is used in the hospital for patient records etc. falls out of scope due to the time limit of this research. However, a new system is currently being developed, therefore I will mention (if existing) the most urgent recommendations, at the end of this project.

Towards better colorectal cancer care in Dijklander Ziekenhuis, this study identifies a promising way to implement case management.

Project objective

To finally make sure that case management will be implemented for colorectal cancer patients, the project objective is: towards better colorectal cancer care in Dijklander Ziekenhuis, this study identifies a promising way to implement case management.

The project objective explained

The 'promising way of implementing case management' is divided in different components: designing the desired future situation and designing an implementation plan. This means that this project will deliver the desired design of 'case management' for Dijklander Ziekenhuis and an implementation plan consisting of tools to make implementation of case management feasible and viable. Various methods and the co-creation approach are used to design the components.

In Chapter 02, the approach is discussed in more detail by explaining the used methods and deliverables throughout this project.

1.4 Scope summary

Take-aways for the rest of the project

Literature research is done to find out what is going on in cancer care and the developments to improve cancer care. Dijklander Ziekenhuis wants to join these developments and therefore implementing case case management. This project focusses on colorectal cancer patients.

The origin of the problem

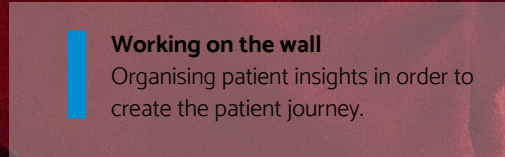
Dijklander Ziekenhuis wants to introduce case management for cancer patients. This drive comes from various developments within cancer care which are visualised in figure 6. First, **fragmentation (1*)** within cancer care is found (IGZ, 2009) which adds complexity to deliver good healthcare service in the whole chain of care (Walsch et al., 2010). Second, in the Netherlands a **task reallocation (2*)** takes place which is boosted by the government. Third, the new standards from SONCOS make it compulsory to have a **fixed point of contact for cancer patients (3*)** and lastly, some hospitals already investigated and tried out **case management** with **positive results (4*)** Recommendations of those researches can be used throughout this project.

Project objective

The aim of this project is to design the future situation of cancer care for colorectal cancer patients within Dijklander Ziekenhuis including case management. Next to this, this project will deliver tools to make the implementation of this future vision feasible and viable. This can be summarised as follows: Towards better colorectal cancer care in Dijklander Ziekenhuis, this study identifies a promising way to implement case management.

*numbers in the brackets refer to numbers in figure: 6





Section I Problem framing 23

2.1 A promising way to implement case management

Crucial ingredients for successful implementation

Implementing case management will mean that a big change is ahead. To change in a successful way, it is crucial to create support and keep everyone on board. This paragraph reflects on literature how this could be accomplished and introduces the implementation model.

Focussing on implementation

With respect to realising case management, Van der Put (2015) advises to not fixate on findings from the literature what model will work, but rather to look at the implementation of it. She stated: “Models and guidelines do not implement themselves, there is a big difference between efficiency and effective application in practice”. This means that it is needed to carefully implement case management.

Designing the desired situation in a care pathway

For successful case management, it is needed to define the desired situation clearly. Geukes (2010) recommends to map out care pathways. She recommends to include the role of a casemanager and make a clear division of tasks for oncology nurses, nurse specialists and the medical specialists. Furthermore, she proposes to link the oncology nurses and nurse specialists to a care pathway instead of linking to a discipline.

In literature a care pathway is described as a familiar tool within hospitals to enhance efficiency, improve the quality of care, increase patient satisfaction, improve communication

and reduce risk within care processes (De Bleser et al., 2006 and Cringles, 2002). Care pathways also allows alternative interventions and early action in cases where care must be revised (Hall, 2001). Furthermore, a care pathway enables care professionals to make clear different roles, responsibilities and interventions (Hall, 2001).

Technical and human side of change

While studies have pointed out that a new care pathway is helpful to map out the desired situation, the problem still exist that a new document of a new care pathway does not automatically guarantee that the new developed care process will work (Vanhaecht, 2007). Besides, Choi et al., (2011) concluded that the resilience of professional cultures within healthcare limits changing strategies and activities. Chreim et al. (2012) subscribe this: “the movement to an integrated, patient-centered model of healthcare delivery is far from simple.” This has to do with managing change. Hereby, it is needed to take into account both human and technical side. The technical side of change mostly is complex and must be elaborated, for example in a care pathway and a business plan. But getting support of people on willing to change will be even more important (Prosci, n.d.). In this case, caregivers have to change their jobs, and it will be the degree to which they are willing to change their behaviours and processes that will result in either definite success or definite failure of the implementation of case management.

Change management

Change management will support the people side of change and will guide employees in embracing, adopting and utilising changes in their workflow (Prosci, n.d.). In addition “The most complicated task is to cement engagement and long-term commitment, maintain momentum and incorporate the new design into the everyday working lives”. (Calabretta et al., 2016). Therefore change management can be divided into three parts, based on theories of Prosci (n.d.) and Chreim et al. (2012):

1. **Understanding how people experience change.** It is needed that individuals are aware of the need for change and want to support and participate the change.
2. **Supporting successful change on organisational level.** It is needed that activities of changing correspond with the needs of individuals. To build momentum and succeed

with implementation despite setbacks it is needed to divide a big change in micro changes and increasing the sense of capability by celebrating successful accomplishments. Concretely this means that a communication plan, a coaching plan and a trainings plan in which individuals gain knowledge on how to change.

Implementation model

To eventually facilitate a smooth transition from old to new workflow, it is needed to take both technical and human side into account. Next to this, it is needed to mirror both aspects in the methods used throughout the project and the final deliverables. Those four ingredients are visualised in figure 7 and explained in the next paragraphs. All deliverables together will form the ‘implementation plan’ and the definition ‘implementation model’ is used for the whole system of methods and deliverables.

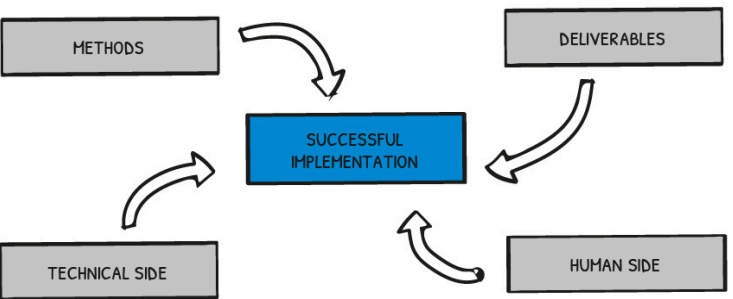


Figure 7: Ingredients for successful implementation

2.2 Design Thinking

The iterative innovation approach

This paragraph describes the approach of this project. A visual is given to quickly get overview of the approach taken by the designer.

Need for Design Thinking

Within healthcare, there is a need for design thinking (Van der Wardt, 2019). This has to do with the quantity of stakeholders within healthcare projects, the increasing technological possibilities and change in patient behaviour, patients can now be seen as consumers as well.

According to literature, the design thinking process is about iterative improvements and can be used to achieve user-friendly, desirable and

viable design solutions (Plattner et al., 2010). It is known that a linear design process does not exist and each step can be seen as a cycle (Brown, 2008). This is the case in this project as well.

Iteration loops within this project

Within this project, there are several phases which are visualised loops in figure 8. Every loop describes an iteration loop. This means that each phase can be a concatenation of loops. At the end of each loop, there is a validation moment, to check whether or not the quality is good enough to continue. Otherwise, another loop is required.

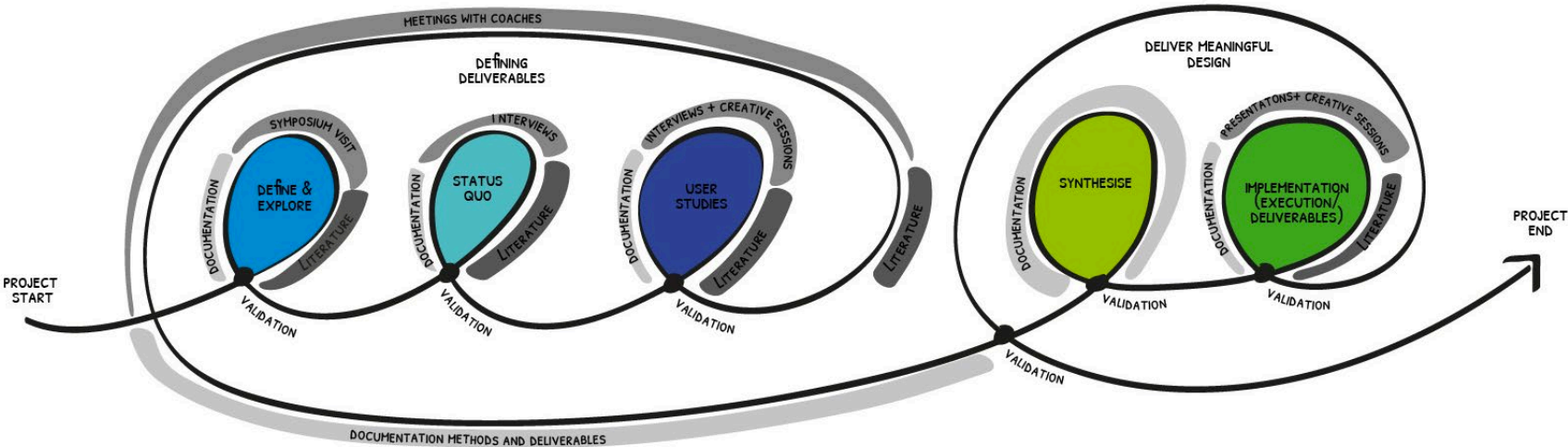


Figure 8: Design Thinking, applied to this project.

Literature

In nearly every cyclus, literature research plays a role. This means: Analysing literature, models, and numbers and describes the more technical innovation approach which is used to finally come up with a scientific substantiated end result. The literature part describes the technical side of the design and implementation processes.

Co-Creation

Important within Design Thinking is empathising and testing (Van der Wardt, 2019). To involve the users as much as possible, this is done by using a co-creation approach. How

co-creation is integrated in the research phase is explained in paragraph 2.1. During the design and implementation phases, co-creation is used to test ‘prototypes’ and to involve them in the changing process.

Co-creation can be seen as the human side of the design and implementation processes as described in paragraph 2.1.

2.3 Understanding people with co-creation

A human centred innovation approach

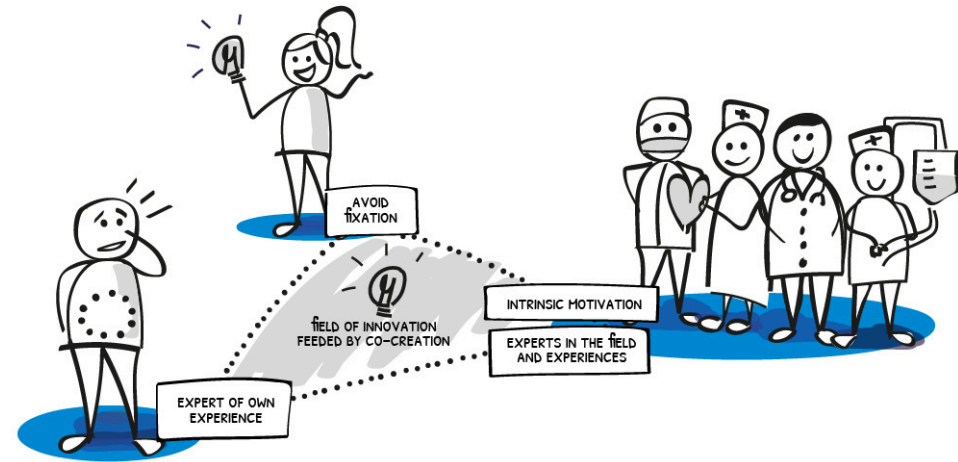


Figure 9: The three components of the innovation field, fed by co-creation

To succeed change in healthcare, a balance between technology and human resources is necessary. However, less attention is paid to the human aspect within an implementation process in contrast to technological issues. In this project the human aspect plays a significant role, it is needed to be attentive to this aspect. Therefore in this research, the real 'users' (in this research the nurses, specialists and patients) are taken into account, by using co-creation.

The idea behind co-creation

This project is set up to find out how to work for the better within the hospital. Major changes are imminent, especially within cancer care related

to case management. The trick is to innovate in a human-centred way. Therefore, it is essential to take both caregivers and patients into account during the project and involve them in the development of the future plans. The idea behind this co-creation is based on several reasons:

1. Both patients and caregivers are **experts of their experience** (Sanders & Stappers, 2016). They are most familiar with the problems and opportunities related to cancer care. As a designer, it is important to empathise with them in order to bring design that matters.
2. Involving people in the process ensures an **intrinsic motivation** to change from people themselves and a more supported result. This is in

line with the recommendations of Geukes (2010) related to implementing casemangement. "People want to change but not be changed" (Sonneveld, Apendix A.3)

3. Approaching the project objectively, focussing on an abstraction level above the pre-conceived concept, **avoids fixation on preset assumptions**. (Stappers & Sleeswijk Visser, 2013)

Everyone is creative

This (co-creation) study is based on the idea that all people are creative as proposed by Sanders & Stappers (2016). Many people think that they are not creative, but in the end almost everyone has ideas and is able to contribute to a design process, regarding to their experiences, which aims to improve their lives.

However, the assumption that everyone is creative and can contribute to a design process does not mean that this happens easily. Many people are not engaged in creative activities in their daily lives. Most people see creativity as a phenomenon for children. For example: when asking a child if he or she is able to make a drawing, almost every child will self-assured answer with yes. When asking the same question to adults, practically nobody will say that they can make a drawing. This means that time and preparation are needed to reveal creativity (Sanders & Stappers, 2016) and ultimately input for the design process.

Roles in a co-creation process

Since there is chosen for design process which is based on collective creativity (co-creation), the patients and caregivers occupy a key position in the design process. They become part of the design team as experts of their experience and they will play a big role in knowledge development, idea generation and concept development. Consequently, the designer in this project has a facilitating and translating role. This means that the designer as facilitator will be integral to the exploration and creation of new tools and methods for generative design thinking. The designer as translator will indicate patterns and factors which will inspire new design directions (Sanders & Stappers, 2016).

Levels of knowledge

As discussed by Sanders & Stappers (2016) there are different levels of knowledge accessible. These levels are: explicit, observational, tacit and latent. There are different methods to obtain the knowledge of different levels. Sanders & Stappers divide those methods into three categories: say, do and make as explained below. In figure 10 the different levels of knowledge are shown.

Explicit knowledge

The most obvious (most outside layer in figure 10) is depicting explicit knowledge. This knowledge is about what people say and think. Explicit knowledge is relatively easy to share with others and can be stated in words. The explicit

knowledge can be shared by 'say' methods: interviews and questionnaires. People can voice their needs, report on events, express their opinion and indicate their reasons. Objectivity can be questioned by using say techniques. Questions can be framed in a subjective way. Interviews allow more freedom, however it is necessary to check the agreement of answers and behaviour.

Observative knowledge

A slightly more difficult layer of knowledge is the observational knowledge and refers to how people behave. The observational knowledge can

be shared by 'do' methods. For example through observations, a lot of information can be obtained. Activities of people can be analysed as well as the location and the used objects. Often, observations depict a person in a better than interviews will do.

Latent & Tacit knowledge

The most complicated levels are tacit knowledge and latent knowledge. Tacit knowledge is about things people know but are hard to verbally communicate with others. Latent knowledge is the most hidden type of knowledge and refers to future related thoughts

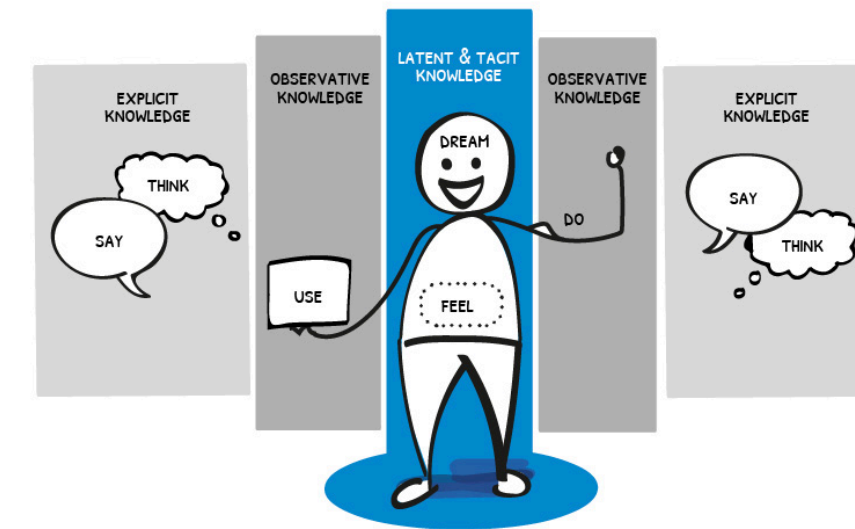


Figure 10: Different levels of knowledge

and ideas, based on past experiences. To obtain latent & tacit knowledge, it is needed that people express their dreams and feelings. 'Make' tools can help people to express themselves. Toolkits for expression (figure 11) can help participants to recall memories, make connections and interpretations, see and explain feelings or image future experiences. A toolkit can include almost anything as long as it helps recalling memories to participants. Ingredients of toolkits (trigger sets) can be for example: photo's, symbolic shapes (stickers), puppets etc. Complete toolkits are for example a storyline toolkit, sensitizing toolkit or an emotional toolkit.

The co-creation approach applied in this study

Within this project, it is necessary to use the co-creation approach to create awareness of the need for change and come up with a design of an implementation plan where everyone feels happy about and where everyone is motivated to implement case management successfully. To achieve that, the three components of the innovation field as shown in figure 9 are taken into account. Therefore throughout this project co-creation is used as following:

1. Through personal conversations and interviews, the explicit knowledge will be collected. Sometimes, interviews were held in combination with the use of toolkits.
2. Visiting the patients in home settings and visiting caregivers in their own workspace allowed



Figure 11: Examples of toolkits

for exploring the current surroundings. Working on daily basis in the hospital in the cancer centre created a setting to obtain observational knowledge by observing both patients as caregivers in daily situations.

3. Explicit knowledge is gathered by uncovering latent and tacit needs. Within uncovering those needs, the patients and caregivers are owner and experts of those needs and it is up to the designer to excavate latent needs from experiences. This is done with toolkits and creative sessions based on theory for generative sessions and contextmapping as explained by Sleeswijk Visser et al. (2005).
4. Through frequently update in formal and informal way.

2.4 Care Pathway

Definition, function and application of a care pathway design

A care pathway will be a deliverable within the implementation plan as defined in paragraph 2.1. The care pathway represents the design of the desired situation. In order to set up requirements for the design of a care pathway, this paragraph describes how care pathway modelling is defined in literature.

Introduction of a care pathway model

When case management must be introduced in a hospital, Geukes (2010) recommends to map out the care pathway including the role of a casemanager and make a clear division of tasks. Nowadays, a care pathways is a familiar tool within hospitals (De Bleser et al. 2006).

For care pathways, different definitions exist. The European Pathway Association defines a care pathway as following: “a care pathway is a complex intervention for the mutual decision making and organisation of care processes for a well-defined group of patients during a well-defined period” (n.d.). The organisation includes various characteristics of a care pathway in their definition. Not all characteristics described by this organisation are relevant in this study. During this research it is in particular needed to focuss on the next characteristics of a care pathway: “Coordination of the care process by coordinating the roles and sequencing the activities of the multidisciplinary care team and the patients and facilitating communion among the team members and with patients and families”. Because of focussing only on those characteristics, the

term ‘Care pathway’ cannot be used during this project. To achieve the coordination, sequencing and communication, it is needed to manage the complexity of the reality. As stated by Oosterholt et al. (2017): “a model represents a simplified reality. Allows it to manage complexity and communicate in a visual manner. Models are able to transfer and translate knowledge across organisational boundaries”. Because of these described properties of a model, in this study the term ‘Care pathway model’ is used in this project.

Based on the research of Oosterholt et al. (2017) but adapted to this study, a care pathway model is postulated as “a visual representation of the organisation of the care pathway, depicting the network and roles of actors, visualised and connected in a time sequence.”

The function of a care pathway model in this study

Conceptualizing the care pathway model in a abstract and visual way is an intermediary step to construct theory (Oosterholt et al., 2017). In this study, the theory has to answer the question: “How will casemanagemant look like in Dijklander Ziekenhuis in the (near) future?”.

The answer to this question will be given by an optimal design of the colectoral cancer care pathway model in which the casemanager’s role is included. The first step towards this optimal design is the conversion of the current situation into a care pathway model. This gives the opportunity to discover inefficiencies and

difficulties and to depict the roles of all involved care givers in the current treatment process. (Ooserholt et al., 2019). This is a crucial step in discovering where the casemanager can come in to play in the future. Afterwards, it is possible to design the future care pathway model including the casemanager’s activities.

Care Pathway Modelling applied to this study

According to the postulated definition of a care pathway model, infomation must be processed in a such a way that the care pathway model visualises:

1. All activities of the treatment process in a time sequence.
2. The role of every actor.
3. The relationships between all actors.

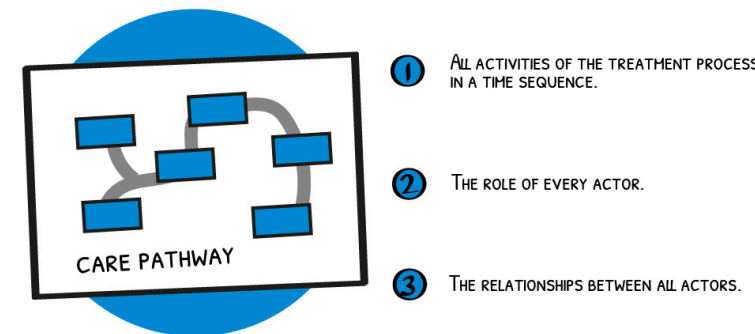


Figure 12: Care Pathway

2.5 Business Case

Definition, function and application of a Business case

One of the deliverables within the implementation plan is a business case. The business case concerns the technical side of the change. This paragraph describes the usefulness and necessity of a business case and several requirements which can be used by writing the business case.

Introduction of a business case

As stated by Calabretta et al. (2016): “The key tool to manage viability of a strategic design initiative is a business case.” They define a business case as a justification for a proposed idea, based on its expected commercial benefit. This is why business cases are used frequently in business. Ward (2019) substantiated this and explained that a business case is useful in five different ways:

- To predict the feasibility of a business idea. A business case can be seen as a safety net by saving money and time when the business case reveals the idea is untenable.
- To ensure that there is looked at both broad operational and financial objectives. Taking time to write a solid business case will assure a smoother startup period and less unforeseen problems throughout implementing ideas.
- To release money that can be used to implement the plan/idea a business case helps to make long term profits visible.
- To make planning manageable and effective. It makes visible, goals and whether or not changes are needed to accomplish those goals.

- To attract and convince management, a well-written document is needed to gain commitment, permission and cooperation

The function of a business case in this study

When implementing a new care pathway, this leads to changes that also influence incoming and outgoing cashflows (Schrijvers, 2009). In this study the care pathway for colorectal patients will change, including shifts of tasks between different caregivers, next to this caregivers have to retrain. The retraining and lost hours entail costs. All these (financial) consequences must be visible in a business case. Based on this, the business case approach is common in hospitals by implementing a new care pathway. Next to this, the business case can predict feasibility, not only related to money, but also in terms of formation.

Business case applied to this study

After carrying out a literature review, analysing the context and conducting user insights, it is necessary to summarise and bundle them in the business case. The business case has to be a short but complete document, which ensures that it is read quickly in order to reach many people quickly. It has to fit well the strategy of Dijklander Ziekenhuis and the objectives of the Cancer Centre within the hospital.

The business case has to explain:

1. The need for the change
2. The impact of the change
3. The investments needed for the change
4. The risks of the change
5. The benefits and limitations.

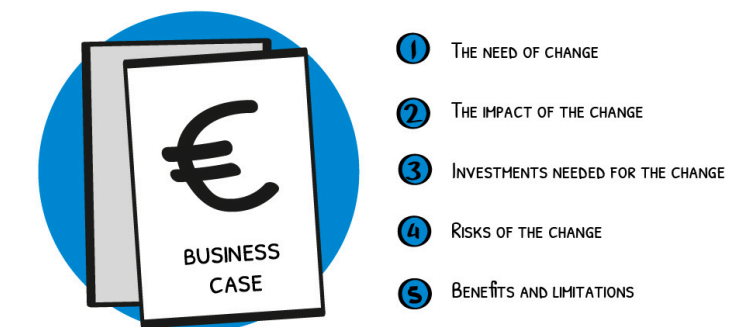


Figure 13: Business Case

2.6 Implementation Manual

Definition, function and application of the manual

In order to support successful change on an organisational level it is needed that momentum is built and individuals are coached during the period of changing. Therefore, an additional plan is needed next to the business case and the new care pathway. This additional plan is called the 'manual for support during implementation' This paragraph describes what is needed to achieve successful change on organisational level and building momentum and how this support execution plan will look like.

Introduction of a supporting execution plan

Talking about execution is easy but to actually execute is a tough task. Project execution is a vital phase of a project in which implementation actually starts. Project execution is therefore the most demanding phase (Caietti, 2018). However, in the industrial design engineering curriculum, this phase is underexposed. A support execution plan shows some similarities with a project execution plan, but mainly focusses on integrating change management aspects in it. The manual aims to get everyone on board and to keep a flow of innovation going. When speaking about this implementation manual 4 different aspects are important:

- ▶ It is needed that people want to participate the change and that momentum is built to succeed with implementation despite setbacks (Prosci, n.d.). The power of progress is to make progress in meaningful work, boost emotions, motivation and perceptions during workdays.

The more people experience those feelings, the more likely people are willing to participate and succeed (Perkin, 2017). Dividing the big change into micro changes can endorse this aspect as well. In this way it is easier to implement changes in a complex environment. Next to this the sense of capability is boosted when celebrating every successful micro change, this is needed to create willingness to accomplish the big change.

- ▶ When it comes to changes in job roles and processes, it is needed to make employee training coaching throughout the change a top priority.
- ▶ Addressing roadblocks. When struggles are foreseen in crucial transition steps, it is needed to alleviate this in a preventive way by paying extra attention to those roadblocks. For example extra communication, information or coaching can help.
- ▶ Tracking resistance. When people have to change, there is always resistance. This mostly happens on individual level, therefore it is important to communicate personally to monitor underlying causes and grievances.

The function of a implementation manual in this study

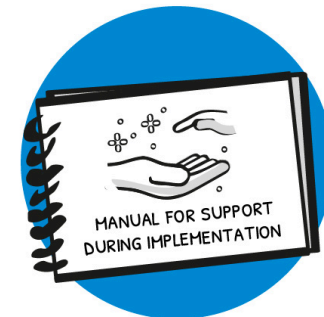
In this project the supporting execution plan has to ensure that caregivers dispose of the right assets to make the change possible. Additionally the plan will ensure that within Dijklander Ziekenhuis, the employees (caregivers) feel

cherished, supported and heard while performing the transition towards integral case management. The implementation manual will identify and overcome difficulties in advance as much as possible in order to create a positive innovation vibe.

Implementation manual applied to this study

After describing different aspects of an implementation manual, those aspects must be reflected in the plan itself. The Supporting execution plan will be a document which contains the following components:

1. A planning in which micro changes (and pilots) are depicted and which specifies them in a detailed way.
2. Communication plan which identifies the communication requirements for the project.
3. Coaching plan to support caregivers throughout the change.



- 1 A PLANNING IN WHICH MICRO CHANGES (AND PILOTS) ARE DEPICTED AND WHICH SPECIFIES THEM IN A DETAILED WAY.
- 2 COMMUNICATION PLAN WHICH IDENTIFIES THE COMMUNICATION REQUIREMENTS FOR THE PROJECT.
- 3 COACHING PLAN TO SUPPORT CAREGIVERS THROUGHOUT THE CHANGE.

Figure 14: Implementation Manual

2.7 Design approach summary

Take-aways for the rest of the project

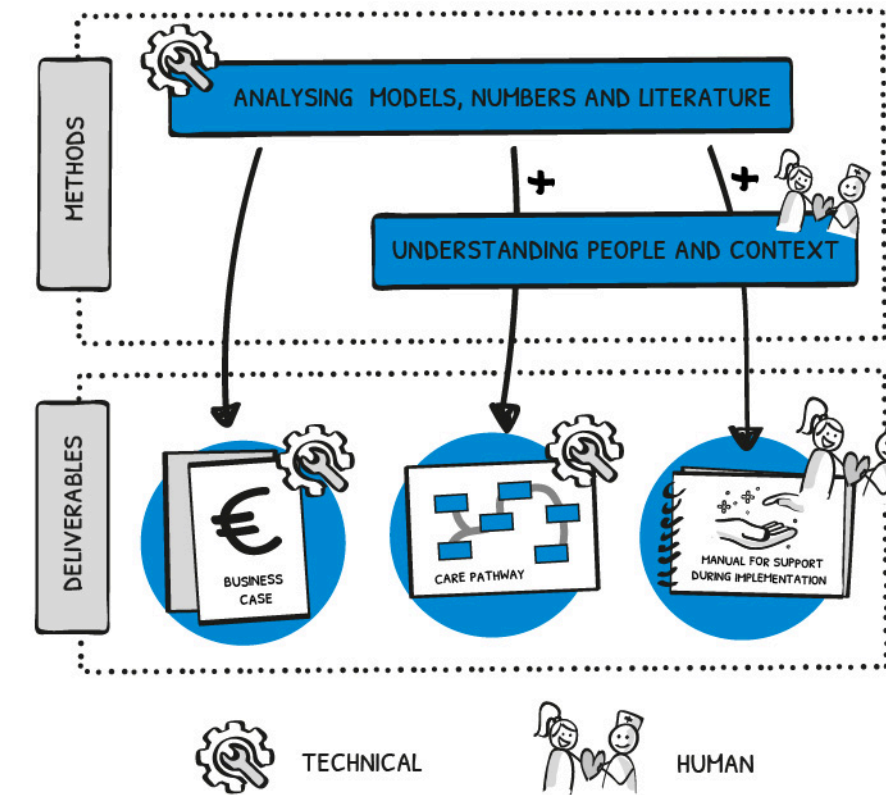


Figure 15: Implementation model.

The methods used to come up with the deliverables, to test them and to finally implement them.

For implementing Case management in Dijklander Ziekenhuis, an implementation model is created which can be used to facilitate a smooth transition from old to new workflow.

Implementation model

Because of unclarity about implementing changes in a healthcare surrounding, more definition is given to 'implementation plan' by creating an **implementation model** (figure 15) for this project. This model is based on literature recommendations related to implementing case management and literature about changemanagement what resulted in a **technical side** and a **human side** within the model. The model describes the methods which can be used to finally end up with three deliverables. The implementation model is divided in a technical side and a human side.

Three deliverables

The three deliverables together are needed for succesfull implementation. The **care pathway** will describe the future way of working an must visualise all activities of the treatment process in a time sequence, the role of every actor and the relationship between them. The **business case** has to predict the viability and feasibility of the project and will include: the need for the change, the impact of it, the investments needed, the risks, benefits and limitations. The **manual for support during implementation** will help to build momentum and increase the sense of capability during execution of the change and will and contains a planning in which micro changes (and pilots) are depicted, a communication plan and a coaching plan.



SECTION II CONTEXT

Chapter 03: Dijklander Ziekenhuis

Chapter 04: Current care process

The purpose of this section is introduce the context of the problem and the scope of this project. This is done by providing understanding of colorectal cancer and the context of this disease in Dijklander Ziekenhuis in the Netherlands. Hence, this section is divided in three chapters.

Chapter 03 is about the hospital where this study takes place and the cancer Centre. Chapter 04 is more about the disease. Eventually the current care process of colorectal cancer is analysed and depicted.



Courtyard Dijklander
Ziekenhuis
Hoorn

Section II Context

Chapter

03

DIJKLANDER ZIEKENHUIS

In order to deliver a design that fits the hospital and its culture, some research is done to investigate the origin, the strategy and the structure of the hospital. First, some general information about Dijklander Ziekenhuis, the hospital where this study takes place, is described. Subsequently the financial situation of the hospital is discussed because of recent struggles, which will probably influence the project. Then the organisational structure of the hospital is depicted. Currently the hospital is traditional (vertically) organised, but there are some developments within healthcare going on, to revise the traditional structure into a horizontal one. Compared to that, this project represents a part of this whole. The Cancer Centre is discussed in a more detailed way to gain insights about the focus and policy within the Cancer Centre.

3.1 History and geography

The hospital where this study takes place

The name ‘Dijklander Ziekenhuis’ does not exist for a long time at the moment due to a recent merger. This paragraph explains some history around this merger and shows the locations of the hospital.

Dijklander on the map

In the Netherlands there are 79 hospital organisations including 8 university medical centres. These organisations consist of a total of 120 hospital locations and 134 outpatient clinics (Volksgezondheidszorg, 2018). The organisation Dijklander Ziekenhuis is situated in the regions Waterland (blue in figure 16) and West-Friesland (green in figure 16) and provides care to all the residents of these regions. Dijklander Ziekenhuis consists of 2 hospital locations situated in Hoorn and Purmerend and 2 outpatient clinics situated in Enkhuizen and Volendam (Figure 16).

History

Dijklander Ziekenhuis has a long history with mergers of various hospitals in the past decades. In Purmerend it all started in the Middle Ages with hospitals which were connected to monasteries. In 1846 a new hospital ‘Gast- en proveniershuis’ was opened. In 1912 a second care institution ‘St. Liduina’ was opened in Purmerend. At that time, there was a bit of competition between both hospitals. In 1940 the new city hospital was opened. The old ‘Gast- en Proveniershuis’ became a location for elderly care. In 1988 a new hospital ‘Waterland Ziekenhuis’

was opened. A merger from ‘St. Liduina’ and the ‘City hospital’. Waterland Ziekenhuis also had a location in Volendam. In the region West-Friesland there were originally four hospitals: ‘Snouck van Loosen’ in Enkhuizen, ‘St. Jans Gasthuis’ in Hoorn, ‘De Villa’ in Hoorn and the city hospital in Hoorn. However, the public health inspection argued for one hospital instead of four. This process started in 1954 with a merge from ‘De Villa’ and the city hospital into ‘Algemeen Streekziekenhuis West-Friesland’. Then the government stated that small hospitals (less than 250 beds) were economically irresponsible. A few years later ‘Snouck van Loosen’ was admitted to ‘Algemeen Streekziekenhuis West-Friesland’. Eventually, this hospital merged with ‘Sint Jans Gasthuis’ and was given the name ‘Westfriesgasthuis’ in 2004. Over time outpatient clinics in Heerhugowaard and Enkhuizen were added. (Dijklander, 2019) In 2017 a new merge was announced: One hospital in the regions Waterland and West-Friesland in order to maintain the level of specialist medical care at all existing locations (ICT&Health, 2019). (The name ‘Dijklander’ represents the down-to-earth and robust character of this North Holland region). A region where the dike has a protective function. The name fits the nature of the people in Waterland and West Friesland and the role of the hospital.

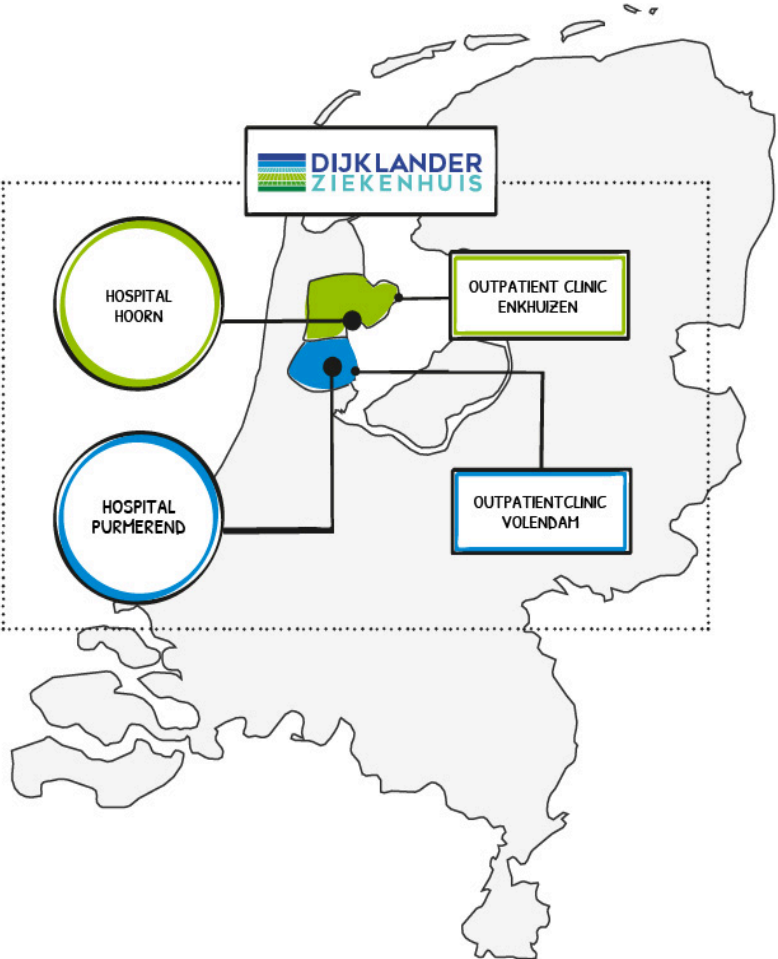


Figure 16: Locations of Dijklander Ziekenhuis in 2019. Blue: Region Waterland. Green: Region West- Friesland.

3.2 Strategy

Strategy of Dijklander Ziekenhuis

To get management support for the project, it is important to take in to account the 5 core themes of the hospital-wide strategy (figure 17).

The strategy for Dijklander Ziekenhuis till the end of 2019 is announced via intranet of the hospital and can be summarised as following:

Dijklander Ziekenhuis is working on excellent care. The care of Dijklander Ziekenhuis goes beyond the standards and requirements. It is care for people with pain, with uncertainties, but also care for people with hope, wishes and expectations. Dijklander Ziekenhuis wants to exceed those expectations. For excellent care, it is important not only to look at the diseases or disorders, but also know the people behind them and understand what they think and know what they want in life. Meanwhile, the employees of the recently merged hospital get to know each other better and better. All employees work together on the (re)organisation of care in the coming two years.

- This is done by following the five core themes.
1. Seeking for the best outcomes of care.
 2. Collaboration with patients.
 3. Cherishing the employees.
 4. Investing in care that really matters.
 5. Aiming for trust in the environment.



Figure 17: The five core themes within the strategy.

3.3 Financial situation

An ‘unhealthy’ hospital?

The financial situation is analysed to ultimately come up with a feasible design.

Financial troubles

After years of preparation, the merger between the hospitals in Hoorn and Purmerend was a fact in March 2017. The financial situation was critical at that time, with initially a negative financial forecast for 2018. This meant that the hospital no longer met the bank ratios included in the financing covenants for 2018. As a result the hospital came under special management. (Stichting Dijklander Ziekenhuis, 2019).

Causes

- In the financial report of 2017, these negative predictions were explained as following:
1. More external employees were needed to guarantee continuity in care. The costs of these employees is twice as much per FTE as an employed person.
 2. Lower training grants than calculated for the 2018 financial year due to a lower number of training places for medical specialists.
 3. Higher investments and costs than expected to bring the technical infrastructure of the Purmerend location to a qualitatively responsible level during the merger process.
 4. Lower health care production than was agreed with health insurers.
 5. A higher absenteeism rate and the budget discipline surrounding the deployment of staff was insufficient.

Effects

To overcome these problems, it was needed to work on this with a structural approach. In October 2018, a plan towards a financial recovery was presented to the banks (Stichting Dijklander Ziekenhuis, 2019). In May 2019, the situation was better than expected due to a few incidental windfalls and the efforts to control costs as described in the recover plan. However it will takesuntil 2021 to be completely recovered, according to director Keuzenkamp (Internal message, 2019): “It is important to continue with the recovery plan to become a financially healthy hospital.”

Recovery plan

1. Reduce costs and align them with the original objectives as set out in the 2017-2021 multi-year budget.
2. Restriction on the deployment of personnel not in payroll service.
3. There are new purchasing objectives, these objectives must result in lower material costs.
4. There are new measures in order to reduce the costs of diagnostics.
5. The policy regarding training grants has changed, this will lead to higher subsidy revenues and lower costs of the various programs.
6. Implement the lateralisation of care according to the original businiss plan of the merger in order to achieve the synergy objectives.
7. Various small measures which have to lead in considerable cost reduction.

3.4 Organisational structure

Locating involved stakeholders

Speroff et al. (2000) investigated the phenomenon of taking both technical and human aspects in to account during change in Healthcare and suggested that healthcare organisation's structure is a critical factor for successful implementation of quality improvement initiatives and a safe patient climate. Therefore in this paragraph the organisational structure is depicted and explained.

Structure in Dijklander Ziekenhuis

Spread over the four locations, a total amount of 3000 employees and 450 volunteers work at Dijklander Ziekenhuis, 270 of them are medical specialists distributed over 27 care departments (Dijklander Ziekenhuis, 2019). In order to steer this amount of employees, the hospital has a so-called top layer. This top is visualised in figure 18. The blue-lined boxes indicate possible interesting stakeholders within this project and are further explained below, based on information on the Dijklander website.

The **board of directors** is responsible for the strategy, policy and day-to-day affairs of Dijklander Ziekenhuis. The **supervisory board** has the task of integral supervision of the policy of the executive board and the general course of affairs. The **staff management** is an important discussion partner of the board of directors, provides solicited and unsolicited advice and plays an important role in policy development and strategic decisions on behalf of the medical staff association. The **Nursing Advisory Board**

(**VAR**) gives independent advice that contributes to the development of the nursing profession and policy development within the Dijklander Hospital. The **works council (OR)** represents the interests of the employees and monitors the quality objectives of the hospital. The **client council (CR)** seeks for optimal care and services for current and future patients of the hospital. In order to guarantee **quality**, the Health Care and Youth Inspectorate (IGJ) monitors the quality of care in hospitals. Partly as a result of an IGJ report, this study was started. Because of the financial issues as explained in paragraph 3.3, the department **finance & healthcare administration** could be an improtant stakeholder as well.

Care departments

There are 33 different care departments within Dijklander Hospital. One of those departments is the Cancer Centre. This project is hosted by the Cancer Centre. The aim of the project is to make case management possible over the whole trajectory of colon cancer treatment. Therefore, this project has to deal with different departments: oncology, surgery, internal medicine, radiology and nuclear medicine and stomach, inestestine and liver (MDL). At the moment, each department has their own organisational structure.

The **surgery department** is involved in the treatment of injuries, tumours, vascular diseases and infections. Within this department, all surgeons are general surgeons. In addition, each

surgeon has one or more focus areas. In total there are 16 surgeons of which 7 are focussing on the oncology surgery. **Internal medicine** is one of the largest specialism within Dijklander Ziekenhuis. Here, disorders of all internal processes in the body are examined and treated. The medical specialists of this department are internists. In Dijklander Ziekenhuis there are 21 internists of which 6 are internist-oncologist. Diseases and complaints related to the stomach, intestine and liver are treated in the **MDL department**. This team consists of 10 specialists, and 5 nurse specialists. In this department the scopia are performed. Also the patients who participated the national colon cancer screening program enter the hospital via this department. In order to maintain the quality of care, the **radiotherapy department** is an annexation of the Amsterdam UMC Radiotherapy department. It is a seperated centre, located next to the Hoorn hospital. The radiotherapeutic care is provided by the specialists of Amsterdam UMC. Lastly, in Dijklander Ziekenhuis there is a special multidisciplinary outpatient clinic called: '**Cancer centre**'. This is where a team of oncologists, hematologists, nursing specialists, urologists, pulmonologists and surgeons are working as further explained in paragraph 3.5.

Care units instead of departments

Cancer is a a complex disease which requires complex care across multiple departments as explained before. The department structure

sometimes leads to struggles. Mostly, within a department, many different types of diseases and conditions are treated,. In addition, the general specialist is disappearing more and more and doctors often specialize in specific areas, explained Tournioij (2019) surgeon in Dijklander Ziekenhuis. A consequence is that everyone has its own priorities, Blaauwgeers (personal communication, June 12, 2019) clarifies about that: "For example, within the surgery department, it is difficult for them to determine the focus and where the money goes."

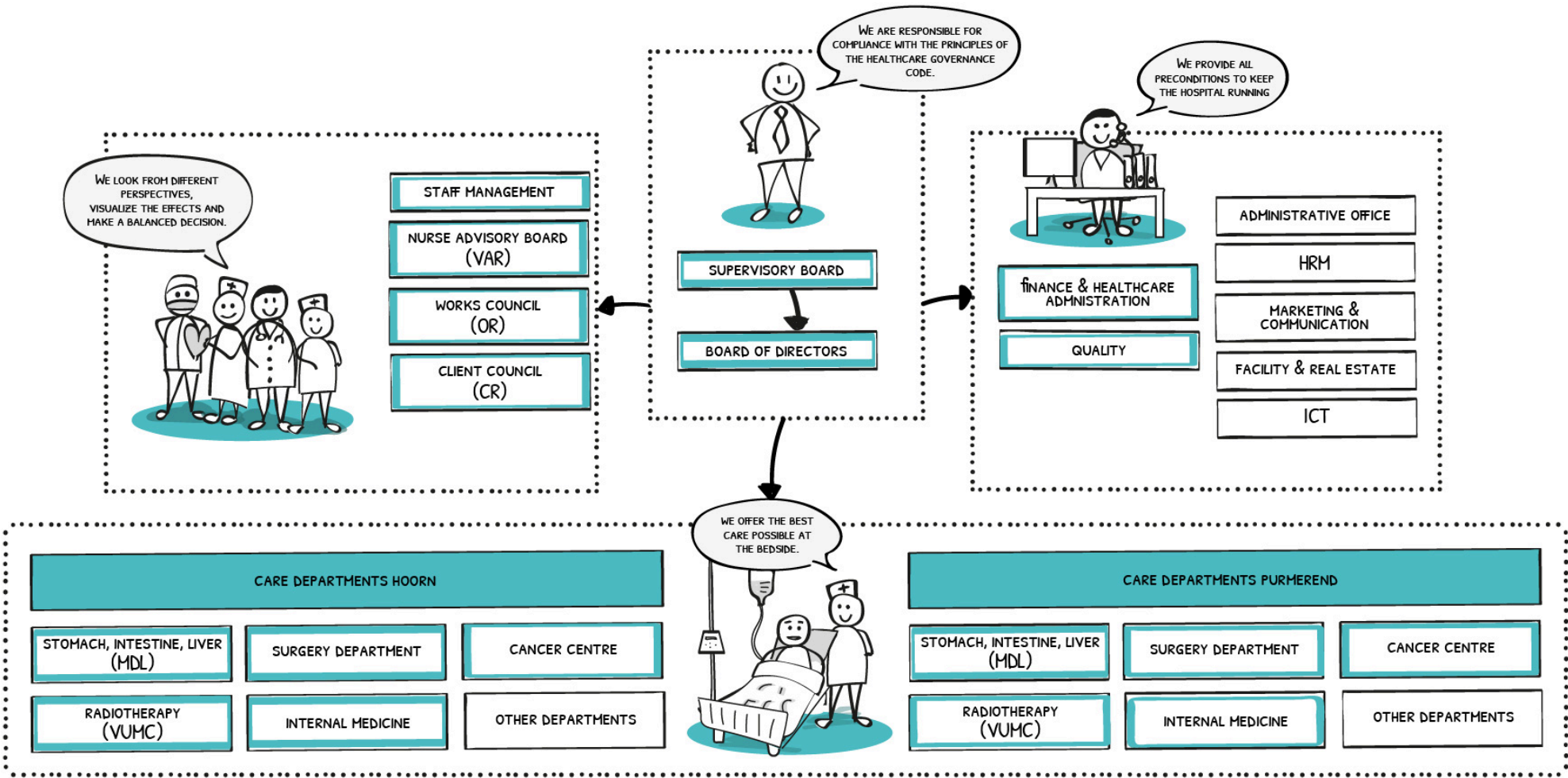


Figure 18: The current organisation of Dijklander Hospital. The blue lined boxes are the most interesting for this project.

3.5 Cancer Centre

Organisation of the Cancer Centre

Cancer care

Cancer care is about everything what has to do with cancer. Because of the complexity of cancer, a lot of physicians and nurses are involved in a cancer treatment process. In Dijklander Ziekenhuis, a part of the hospital (as well in Hoorn as in Purmerend) is set up as a Cancer Centre. The objective of this centre is to monitor and promote the quality of cancer care at both locations Purmerend and Hoorn. The Cancer Centre is divided by the Theme Centre Cancer Care and the Cancer Care Committee. Both managed by the executive healthcare administration. An overview of the complete cancer care system within Dijklander Hospital is given on the next page.

Healthcare Administration

The healthcare administration keeps an overview and coordinates the activities for cancer care in the region. For the board of directors of the hospital, the healthcare administration acts on behalf of the cancer care committee as first contact point.

Executive board

The executive committee is a committee for four years. It consists of three medical specialists, one nurse specialist, the care manager of the cancer centre, the unit head of the cancer centre (outpatient clinic and systematic therapies) and the senior policy advisor. Together they initiate, implement and evaluate the oncological policy of

the hospital. More about this policy is written in paragraph 3.6.

Cancer care committee

This committee provides advice on the quality of cancer care to the board of directors. They discuss the key data such as patient numbers, treatment policies, participation in research, waiting and lead times etc. This committee includes members of the executive committee and chairmen of the tumour working groups (TWG).

Tumour Working Groups (TWG)

Per tumour type a TWG exists. This is a multidisciplinary team with the focus of one particular tumour type. A TWG is responsible for the care process of that tumour type and tries to improve the process in order to offer the best care possible. A TWG coordinates the multidisciplinary processes in diagnostics, treatment, aftercare, follow-up and improvements of a specific patient group.

Theme Centre Cancer Care

The care is provided at the Theme Centre Cancer care. This is where the consultation hours are held (in the multidisciplinary outpatient clinic) and where the systematic treatments takes place. The Theme Centre Cancer Care ensures that patients can visit one central location within the hospital for cancer care. The cancer care givers

physically work together. However, they still belong to their own department (for example surgery or internal medicine). The information desks reflect this aspect for example. In Hoorn there are two different information desks: one desk for surgical appointments and the other one for appointments related to internal medicine.

Outpatient clinic

Consults are held in the outpatient clinic. During consultation hours, nurses and doctors offer patients extra support and guidance. Usually just after patients have been diagnosed. Patients want to understand the process of correctly diagnosing the type of cancer, which stage of cancer they have and what the treatment options are (Docdoc, 2018).

Systematic treatments

Systematic treatments are therapies such as chemotherapy and immunotherapy, injections or bloodtransfusions. A systematic treatment takes place in a room with several patients at the same time. In Hoorn, there are 19 places and in Purmerend there are 12 places. During the

therapy, patients are sitting in comfortable chairs or lie in bed. For a treatment or a cure, patients stay for a time slot varying from 30 minutes to a few hours in the Theme Centre and afterwards they can go home.

Multidisciplinary meeting (MDO)

Every Tuesday, all oncology care givers from both locations Hoorn and Purmerend, and specialists from Amsterdam UMC meet for a MDO. In order to bring everyone together from three different locations, those MDO's are mostly held via videoconferencing. During this MDO they discuss the patients' diagnosis and treatment options. According to the Soncos standards of 2019, it is obligatory to have at least one MDO per week. In this MDO at least 90% of the patients have to be discussed prior to the primary treatment. In the case of primary surgical treatment, the patients have to be discussed post-operatively as well for the follow-up policy. Of all the patients discussed, the agreed policy must be recorded in the patient file. Subsequently this patient record must be sent to the GP within two working days.



PROCESS
MANAGEMENT



CONSULTATIONS



SYSTEMATIC
THERAPIES



MDO

Figure 19: Activities within the Cancer Centre

3.6 Changes within the Cancer Centre

Strategy of the Theme Centre Cancer Care

Within the Cancer Centre, major changes are ahead. The ambitions are described in the ZIP document (Blaauwgeers et al., 2019) of the Oncology department and summarised below.

Strengths of the Oncology department

- There is a lot of personal attention.
- The physical accessibility is good.
- Dijklander Ziekenhuis offers a wide range of care.
- There is an excellent collaboration with Omring in order to guarantee continuous home visits.
- The pre- and post- trajectory for many tumour types can take place in Dijklander Ziekenhuis.
- There is a good collaboration with Amsterdam UMC for the more complex treatments.

Objectives

- As Oncology theme centre they want to level with the best practices, or be the best practice.
- The Oncology theme centre provides multidisciplinary care with focus on the entire care process of the patient.
- All patients must be discussed multidisciplinary.
- Patient is centralised and has to experience a well organised care process.
- There is one point of contact for every patient.
- The lead time from diagnosis to the start of the treatment is short.
- The oncology themecentre presents itself as one team to general practitioners, academic hospitals and patients in the region.

- Routine care and processes are described in protocols, Standard Operating Procedures and care pathways. These will be the same for both locations.
- Care is given close to home for patients when possible, more far away if necessary. That means that location Hoorn offers the full range of cancer care. All surgical treatments for oncology take place will take place in Hoorn. For the more complex treatments, there is a collaboration with Amsterdam UMC.

Case management

One of the objectives is to offer one point of contact for every patient. Case management must be set up according to the Soncos standards (Soncos, 2019). This means a restructuring for the oncology department.

Related to the strategy of the whole hospital, this restructuring has to take into account the added value for the patient. In other words: the patient must be involved in this restructuring process.

Because of the casemanager activities, it should be clarified what is part of the oncology theme centre and what not, and what actions and steps are needed to achieve this. This restructuring has impact on the financial responsibilities, the amount of FTE.

Furthermore, the role of the casemanager has to be integrated in the (new) care pathway.

3.7 Dijklander Ziekenhuis summary

Take-aways for the rest of the project

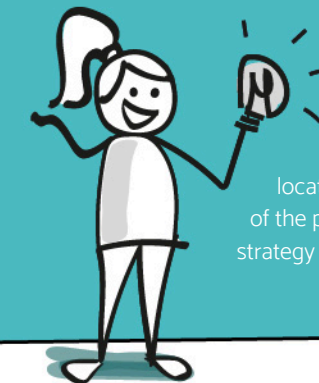
This project is originated by the ambitions related to case management and the need for similar standard operating procedures for both locations of the recently merged hospital. During executing the project, it is needed to pursue the objectives while keeping the strengths.

Strategy of the hospital

The hospital has recently merged, what entails a reorganisation and aligning strategies and ambitions and taking into account the recovering financial situation. Within the hospital the ambition is to offer the best care possible, while collaborating with patients and cherishing employees. They want to invest in care that matters and the hospital aims for trust in the environment.

Organisational structure

Cancer is a complex disease which requires interdisciplinary care. In combination with the scattered organisation of cancer care in different departments, this sometimes leads to struggles. This is fed by the fragmentation: general specialists are disappearing and physicians are specialised in specific areas. A consequence of this is that everyone has its own priorities and it is hard to align a whole cancer team in common decisions.



Objectives within the Cancer Centre

To fight against this fragmentation and offering the best care possible, the Cancer Centre wants to implement case management together with offering one clear protocol for both locations. Hereby, it is needed to investigate the needs of the patients and the caregivers in order to align with the strategy of the hospital.



04

CURRENT CARE PROCESS

Because cancer is still a broad disease, this project focusses on colorectal cancer, the third most common type of cancer (IKNL, 2014). In Dijklander Ziekenhuis, every year 200 people are diagnosed with colorectal cancer. Because of the complexity of the treatment, colorectal cancer is an interesting type of cancer for this project to initially focus on. In this Chapter some background information about the disease is given and the current way of working in Dijklander Ziekenhuis is discussed.

4.1 Colorectal cancer

Different stages and how this affects the treatment process

In order to understand the treatment process of colorectal cancer, first a deeper knowledge about the disease itself is needed. This paragraph describes how diagnosis of colorectal cancer is described in literature.

Cancer and colorectal cancer in general

Cancer starts when cells in the body start to grow out of control. Mostly cancers form a tumour, this is the name for a lump with cancerous cells. Colorectal cancer is the third most common type of cancer (Integraal Kankercentrum

Nederland, 2014). Together with the complexity of the treatment, colorectal cancer is an interesting type of cancer for this project to focus on. Most colorectal cancer patients are between 60 and 79 years old (KWF kanker bestrijding, 2014). When we speak about Colorectal cancer a polyp is growing in the wall of the intestine or rectum. Not all polyps become cancer. Some polyps change into cancer over time. Colorectal cancer is the collective name for tumours in the colon and rectum. Rectal cancer is diagnosed if there is a malignant tumour in the last 15 centimeters of the colon.

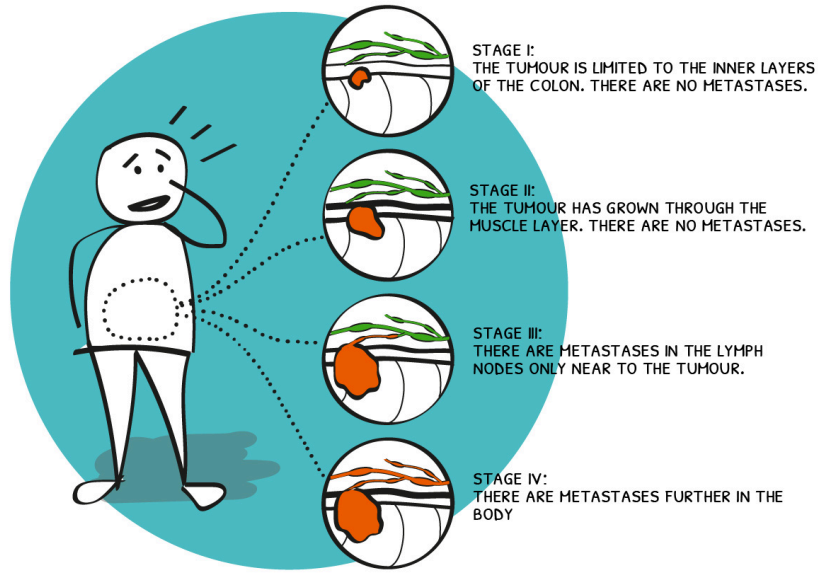


Figure 20: Different stages of colorectal cancer. (Kanker.nl) The higher the stage, the more complicated the treatment will be.

Determining a suitable treatment

Colorectal cancer can be treated in many ways. To determine the most suitable treatment process, specialists want to know from which type of cells the tumor originated, how malignant these cells are and what the stage of the disease is. To classify cancer in a stage, specialists use a precise stage classification which is called the TNM format (Federatie Medisch Specialisten 2014). This format describes:

- 1. Tumour (T-code). The location and size of the tumour.
- 2. Node (N-code). How far the tumour has grown into the tissue and blood vessels.
- 3. Metastasis (M-code). Whether there are metastases in the body or not.

The three codes together determine the stage of cancer. Those stages are drawn in figure 20. The higher the stage, the more complicated the treatment will be. In stage I, mostly a small surgery is sufficient to remove the tumour. In stage IV, there are metastase and a common adjuvant treatment option is chemotherapy.

Next to this, a distinction is made between colon cancer and rectal cancer. In contrast to a rectum carcinoma, it is not possible to use radiotherapy for a colon carcinoma due to the mobility of the intestine. Because with radiotherapy a very specific point with cancerous cells must be irradiated and the 'benign' cells may not be irradiated (Kanker.nl, 2019).

National screening

At the moment, the 5-year survival rate for colorectal cancer is 65%. Varying from 11% for stage IV to 95% for stage I. 21% of the patients are diagnosed with stage IV. In order to detect colon cancer at an early stage and to prevent people from colon cance, RIVM started in 2014 a population screening in the Netherlands. Since this screening, a shift to more favourable stage distribution (stage I or II) has been noticed (figure 21). This is desirable, because in those stages the treatment is less intense with a better chance to survive.

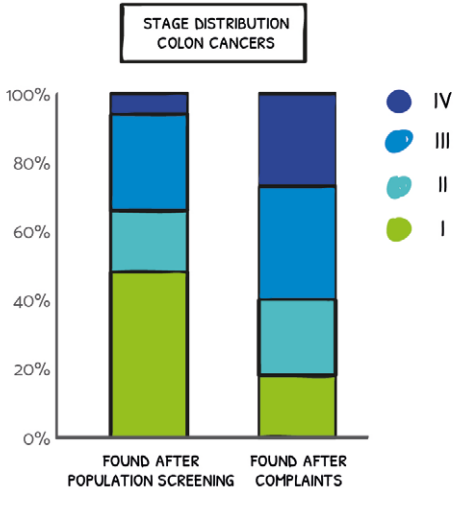


Figure 21: Stage distribution of colon cancer. Before and after population screening (RIVM, 2017)

4.2 Treatment processes

Treatment of Cancer Care as modular process

The treatment process of colorectal cancer can be seen as a modular process. The modules are explained below and visualised as puzzle pieces.

Different treatments as puzzle pieces

A treatment plan is drawn up during the MDO with different specialists together after ascertaining the exact diagnosis. A treatment plan will describe all different steps of the treatment process of colorectal cancer. Different steps within a treatment process are: diagnosis, surgery, radiotherapy, chemotherapy and the follow-up consults. A more detailed description of all steps, as they are now is given in paragraph 4.4.

As described before, there are various factors influencing the way how colorectal cancer is treated. Not only different treatments for different types of colorectal cancer exist, also the order in which treatments are given varies by type and stage of colorectal cancer. Hence, every different treatment step within the entire process can be seen as a puzzle piece as shown in figure 22. And

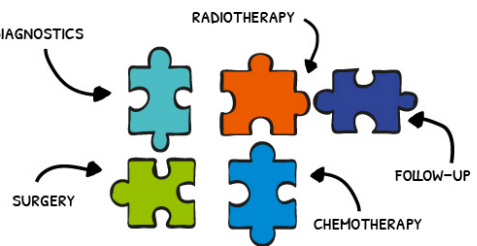


Figure 22: The different stages of colon cancer. (Kanker.nl, 2019)

together they form a modular process. Because of all different combinations of treatments, there is no set patient journey. Consequently, for patients with a more complicated treatment process, it is a search within the hospital, especially when they switch from treatment (see appendix B). This problem is for example reflected in the hospital's emergency report (Westfriesgasthuis, 2018). Therefore, it can be concluded that currently the puzzle pieces not always fit well together, so the care process not always guarantees a smooth transition between each module.

Combining puzzle pieces

Combining the puzzle pieces results in different treatment processes. IKNL has registered in a database how many patitents have been treaded with which treatmentprocess for every hospital in the Netherlands. In figure 23 those numbers are visualised in combination with the puzzle pieces. Here, the most striking aspects are:

- Some treatment processes are smoother than others. For example, the surgery treatment is optimalsed, this is because of the ERAS protocols (explained in paragraph 4.3).
- The higher the stage, the more complex a treatment process is. For example for stage I and II, usually only surgery is applied.
- Radiotherapy, surgery and systematic therapy are the 3 main treatments.

TREATMENTPROCESS	TOTAL	STAGE				
		I	II	III	IV	
SURGERY	329	106	165	30	26	
SYSTEMATIC THERAPY + SURGERY	45	0	2	37	6	
SURGERY + SYSTEMATIC THERAPY	127	1	7	102	17	
SYSTEMATIC THERAPY	72	1	3	9	59	
RADIO THERAPY + SURGERY	86	1	8	74	3	
RADIO THERAPY	33	4	6	13	7	
CHEMORADIATION	55	1	5	46	3	
TARGETED THERAPY	29	0	0	0	29	

Figure 23: Treated patients in Dijklander Ziekenhuis (Waterland + Westfriesgasthuis) depicted per treatmentprocess. Measured over the period 2015-2017. (IKNL, 2019)

4.3 Protocols

Current documentation of the care process

To get an idea of the workflow and the need for 1 standardised protocol for colorectal cancer treatments. This paragraph describes how the care process of colorectal cancer currently is documented: In various documents, computer systems and internet pages. An overview of the treatment process is summarised in paragraph 4.4.

Analysis

All different documents were analysed in order to get an overview of the current treatment process and understand the roles of every stakeholder. This is done by organising all steps logically with post-its which gave the opportunity to complement it when new information was found (see photo on the right page).

The baseline (in pink) is formed by all steps in which the patient is involved. In yellow, the steps

related to radiotherapy are given. In the bottom orange post-its, everything what has to do with the MDO is depicted. The top orange post-its were stuck lastly, and were used as clustering post-its, these post-its describe the phase in which the memos belong to.

By sticking the memos, an overview was created and it made clear at what moment which specialist is involved in the process and in what way.

The current care pathway in iProva

The most important guideline is a care pathway which is available via the HiX computer system in iProva. HiX is a fully integrated system for hospitals. Here the treatment process of colorectal cancer within Dijklander Ziekenhuis is recorded as a nearly linear process tree of 18 steps accompanied by text for every step

in the process tree, a matrix in which tasks, responsibilities and competences are depicted and a table with an overview of possible risks during the treatment process.

The process tree shows all steps of the most common treatment process of a colorectal carcinoma: surgery + systematic therapy. All crucial appointments with the patient surround the surgery are described. The steps which are made during systematic therapy or radiotherapy are not clear in this document and depicted as one step in the process tree.

The accompanying texts of the process tree contain more detailed descriptions, the involved care providers, criteria, possible referrals and additional comments.

ERAS Protocol

The process around the surgery is mapped out clearly in the care pathway in HiX. Even more detailed is the ERAS program. ERAS stands for Enhance the Recovery After Surgery. This program is designed to optimize the perioperative process (Holzhauer, 2017). In Dijklander Ziekenhuis this program is described in a document which is available for patients. Patients receive this document when they enter the treatment process of colorectal cancer. Every appointment with specialists or nurses is described in a detailed way, in order to optimally prepare expectations of patients.

The ERAS protocol is the reason why the treatment process around surgery is optimised and documented very well in the hospital.

Oncoline

Within the care pathway in iProva is referred to Oncoline for more detailed information when an adjuvant treatment (systematic therapy) is needed. Oncoline is an online platform providing nation-wide guidelines from the Netherlands for the field of cancer care and palliative care. For example, recommendations are done on which specific medicine is preferable in which situation. This platform is mostly used as enrichment for specialists and does not describe the general processes in Dijklander Ziekenhuis.

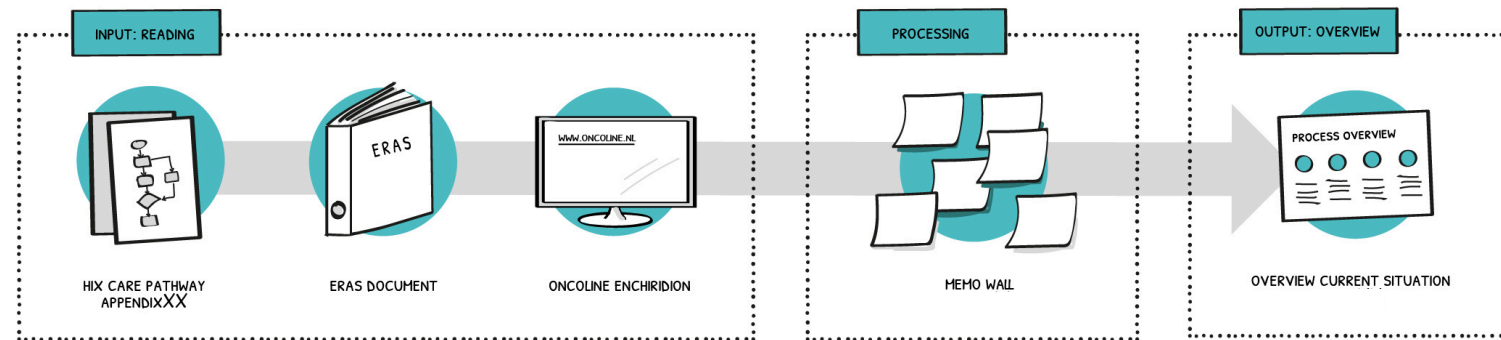


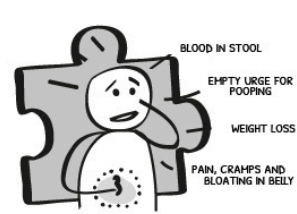
Figure 24: How the current treatment process is analysed in order to get an overview



Post-it overview of the treatment process
Workplace in Hoorn

4.4 Overview colorectal cancer treatment

How colorectal cancer care currently is organised within Dijklander Ziekenhuis



SYMPTOMS

Noticing the symptoms is for many people how they enter the colorectal cancer process. Those symptoms are: changes in bowel habits, blood in the stool, pain/cramps and bloating in the belly, empty urge for pooping, rectal bleeding and weakness and fatigue (American Cancer Society, 2018). After noticing those symptoms it is required to visit the General Practitioner. He listens to the complaints and does a physical examination which means that the GP will feel the belly and listen to the intestines. Depending on the symptoms, age and the results of the physical examination, the GP may refer the patient to a MDL doctor. (Gastrointestinal liver doctor) (Maag lever darm stichting, 2019).



SCREENING

Since 2014, a national screening program in the Netherlands, is started in order to detect colorectal cancer in an early stage. This screening consists of a stool test. Together with the invitation to participate in the screening, a tube with a rod is sent to persons with an age between 55 - 75 years old. When they decide to participate, they have to prick the stool with the rod and send the stool test back. Eventually, the stool is examined in a laboratory. If there is blood in the stool, the participant will be referred for a colonoscopy. (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2013)



COLONOSCOPY

During a colonoscopy, a flexible tube with a light and a camera (endoscope) is pushed through the anus into the intestine. Thus the MDL doctor can detect polyps and tumours in the colon. An advantage of the colonoscopy is that the MDL doctor can immediately remove polyps during a colonoscopy. The MDL doctor also can take a tissue (biopsy) from a tumour or a suspicious spot in the intestine. These polyps and biopsies will be examined in the laboratory by a pathologist. If malignant cells are found during this examination, there is cancer diagnosed and the treatment process will be initiated, starting with a phone call from the Casemanager Surgery and possibly additional examinations to determine how far the tumour has grown (Maag lever darm stichting, 2019).



CONSULTS

When there is a suspicion of cancer, the Casemanager Surgery immediately calls the patient to plan an appointment with the surgeon, take a nutritional score and schedule the operation (HiX care pathway, 2019). When the results of the pathologist and the additional examinations are known, the patient visits the surgeon. The surgeon will discuss the diagnosis and the policy of the treatment. Afterwards, the patient visits the Casemanager Surgery who will give further information about the surgery and has more time to answer questions. At this time, the Casemanager Surgery prepares the patient for the scheduled surgery. The patient is referred to the Anesthesist for a presurgery investigation and the Anesthesiologist for a check up (ERAS protocol, 2019).



RADIOTHERAPY

In the case of rectal cancer (a tumour in the last 15 centimeters of the colon), the treatment differs from colon cancer because the rectum is not as mobile as the intestines. Therefore radiotherapy is a possibility for treating rectum cancer. Radiotherapy is a treatment using electromagnetic radiation. The tumour is exposed to this radiation, which will damage and kill the cancerous cells. In case of rectum cancer, radiotherapy can reduce the chance on a returning tumour after surgery or can shrink a large tumour in order to make surgery possible (Maag lever darm stichting, 2019). Within Dijklander Ziekenhuis, there is a collaboration with Amsterdam UMC for radiotherapies. The Casemanager Surgery arranges the referral after which the patient can expect a call from Amsterdam UMC (ERAS protocol, 2019).



SURGERY

For colon cancer, surgery is a common treatment. Mostly, surgery is part of a curative (healing) treatment. Before the surgery, the patient will have a blood test after which the patient is admitted to the ward (ERAS protocol, 2019). During surgery not only the tumour is removed, but also a piece of healthy tissue on both sides of the tumour and a part with fat with lymph nodes near the tumour will be removed. These lymph nodes will be examined in a laboratory to check the possible presence of cancer cells. (Maag lever darm stichting, 2019) Depending on this result, specialists will decide whether or not there is an additional chemotherapy needed during an MDO (HiX care pathway, 2019) After surgery, the patient stays in the hospital for a few days to recover with the guidance of a physiotherapist (ERAS protocol, 2019).



CHEMOTHERAPY

Systematic therapy is a treatment using medicines (cytostatics) which inhibit cell division, with the aim of killing cancer cells. During a systematic therapy, medicines are administered by mouth or directly into a blood vessel via an injection or infusion, depending on the type of therapy (Oncoline, 2019). In both cases, the medicines spread throughout the body through the blood. In this way, cancer cells are reached in almost the entire body. Chemotherapy is therefore a suitable treatment for (possible) metastases (Maag lever darm stichting, 2019). Entering the systematic therapy process, patients first visit the Internist-Oncologist, afterwards they visit the nurse (specialist) and then the series of treatments takes place at the day centre in the hospital (HiX care pathway, 2019).



FOLLOW-UP

When patients finish the treatments like surgery, systematic therapy and/or radiotherapy, they enter the follow-up process. During a follow-up visit, it is possible to discuss the treatment, possible complaints, symptoms and questions. Follow-up checks aim to detect local recurrences or metastases at an early stage. This will lead to better treatment results. In Dijklander Hospital, the follow-up checks are alternated between the surgeon and the internist-oncologist. The patients have a follow-up visit every three months in the first year, twice a year in the two following years and after three years they have a yearly check-up. It is unclear what the effects of different schemes are (Oncoline, 2019).

4.5 Colorectal cancer as a case study

Zooming out

When focussing on colorectal cancer, it is needed to keep the whole picture in mind. Changing something in the treatment process of colorectal cancer influences directly other treatment processes, this phenomenon is explained in this paragraph.

Fragmentated, but still intertwined

Because cancer is still a very broad disease, this project primary focusses on colorectal cancer. However, at the moment the organisational structure within the cancer centre is so called 'vertically' organised (as explained in paragraph 3.4). This causes the fragmentation. Besides this, the vertical organisation means that when the care pathway and thus current workflow for colorectal cancer changes, it directly affects the care processes for other tumour types. This means that entering (or conducting a pilot) integral case management in one go, as suggested in the very beginning, is not an option.

Case study

This project will still focus on colorectal cancer. However, due to the obstacles as described before, this project can be seen as a case study. This case study must be extended or extrapolated to other tumour types by defining key changes. Subsequently, it is possible to reorganise cancer care across all its strands, step by step to finally achieve entirety case management for all cancer types in order to subsequently be able to make possible the

reorganisation of the Cancer Centre.

To finally implement case management across the whole Cancer Centre, it is needed to clearly describe how use the case study during implementation, and how to extend it to other tumour types.

4.6 Current care process summary

Take-aways for the rest of the project

Because of the broadness of the disease Cancer, this project focusses on colorectal cancer and the current workflow around this type of cancer. Therefore this project can be seen as a case study. Eventually, key changes must be extended to other tumour types to continue the implementation of integral case management.

Jump outs within the current workflow

Within the current workflow there are several take-aways to take into account during the project. To begin with the fact that **colorectal cancer is diagnosed mainly in stage 1 and 2 (1*)** due to the national screening. This entails more and more simple treatment processes, mostly only surgery. Due to the ERAS program, this surgery treatment is optimised very well. However, when extending the project to other tumor types, it is needed to look at the other available treatment processes as well. For colorectal cancer the main treatments next to surgery are: radiotherapy and systematic therapy. When systematic therapy and radiotherapy comes into play, the entire **treatment process is not always a smooth one (2*)**. This is partly caused by the organisational structure as described in paragraph 3.4 and partly by the **lack of one clear care pathway (3*)**. The current protocols are now documented in various ways, which causes not a structured overall workflow. Next to the organisational issues within the hospital, for colorectal patients there is a close **collaboration with A'dam UMC (4*)**. This means that patients must be registered in two hospitals and there is a big risk on loosing the overview. Furthermore, changes are going on due to the merger, within cancer care, this becomes visible in the surgery department: the aim is to move all cancer surgeries to location Hoorn which falls under the objective '**Lateralisation (5*)**' as described in paragraph 3.6.

**numbers in the brackets refer to the numbers in figure: 25*



Context in which this study takes place

WHAT IS GOING ON IN THE HOSPITAL AND THE CANCER CENTRE

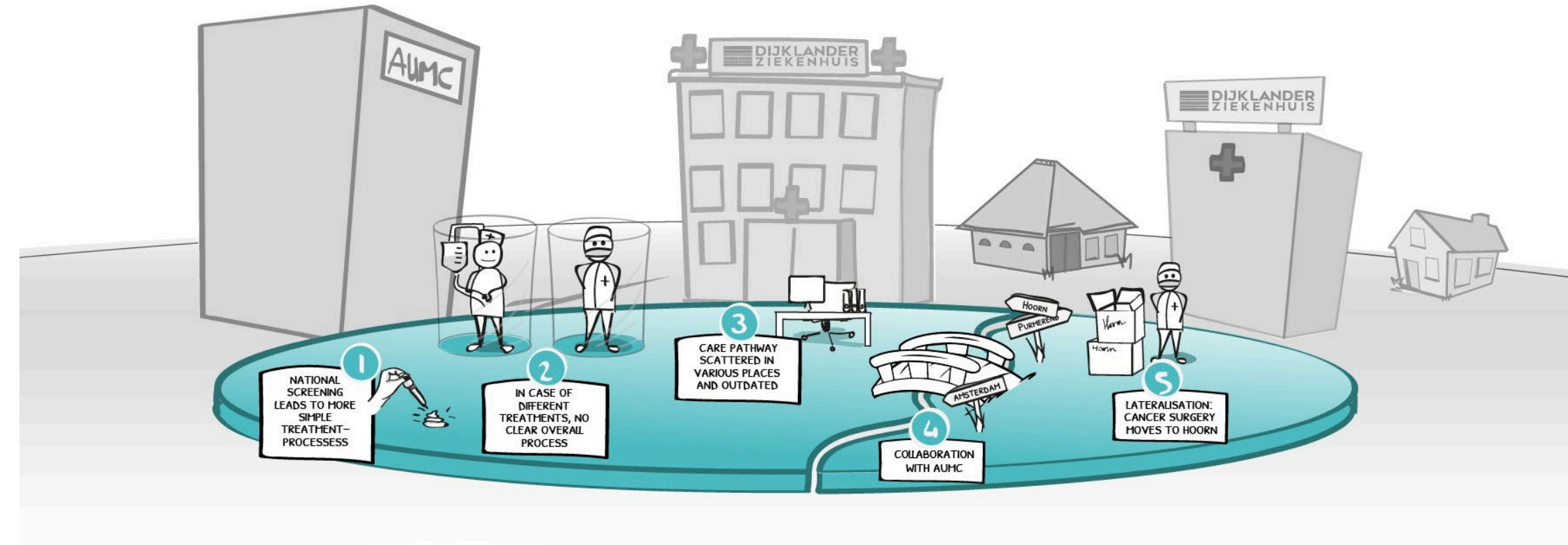


Figure 25: Overview of literature research related to case management.

Explained in paragraph 4.6: Current workflow summary

SECTION III USERS

Chapter 05: Caregivers

Chapter 06: Patients

A user study is conducted to find out how patients and caregivers experience current colorectal cancer and how they feel about case management. The taken approach is explained in Chapter 06. Within this section there is discussed per study: the setup was, the results and conclusion and discussion.



Informal session to co-create
with caregivers
Jolien Heddes 2019

Section III Users

Chapter

05

CAREGIVERS

Within this Chapter is described how caregivers are involved in the research phase of the project. Opportunities and threats are identified by interviewing caregivers and making use of toolkits. In the end there can be referred to co-creation, because the (interviewed) caregivers play a big role throughout the developing phase as well.

5.1 Research setup caregivers study

Interviews and supportive toolkits

This paragraph describes the goal and the methods used during the caregivers study.

Goal

The aim of all research activities among care givers was to find answer on the question “How do caregivers and caregivers experience their job and how do they feel about case management.” There is investigated how the process of colorectal cancer is organised in reality and there is explored what caregivers think about the upcoming changes in their field of experience.

Methods

First interviews were scheduled by the medical secretary. Caregivers from both locations Hoorn and Purmerend were interviewed, as well as caregivers from different disciplines and both nurses as specialists. An overview of the total research (participants and activities) among caregivers is given in figure 27.

The **interviews** were held with a semi-structured approach by using an interview guide with a set of questions which were determined in advance. (Figure 26, Appendix A.1).

Some interviews were supported by **toolkits** to uncover extra, more hidden information. Interviewees were encouraged to overthink their thoughts in other way by ‘making’ something.

A storyline toolkit was used to accompany questions as: How does your day start? What are daily tasks? How many patients do you take care

of? What do you (dis)like on a workday? In this toolkit a paper with a backdrop was provided. The backdrop caused a suggestive structure to guide the participants through the exercise (Sanders & Stappers, 2016).

An empathy map provided a basis to identify the needs of the participants and find

opportunities for the project. (Boardofinnofvation, 2019) It is a tool to get participants attacking a topic from different angles.

The interviews were analysed by transcribing the interviews (Appendices A.2 - A.8), coding those transcripts and creating a grounded theory out of it. This analysing process and the codes can be found in Appendix A.11 & A.12.

Furthermore, during the whole project, caregivers were involved, by small creative sessions. Asking for feedback and small talks in the work environment.

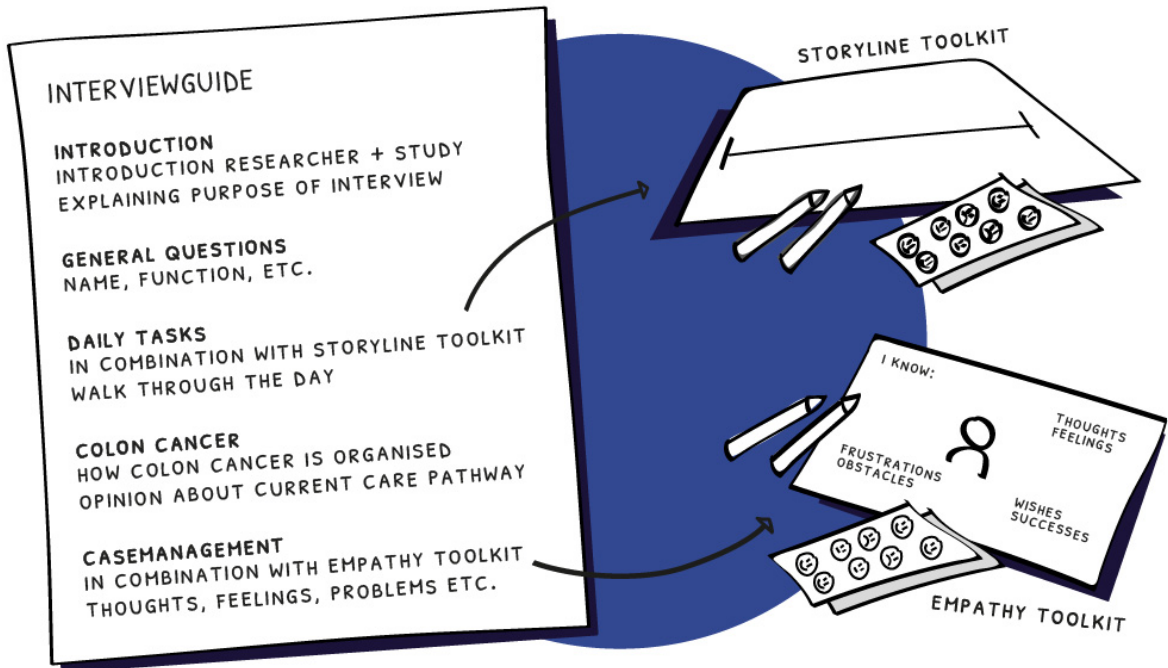


Figure 26: Interview guide and toolkits which were used during the research activities with caregivers.

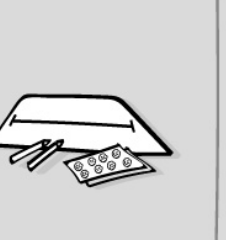
INTERVIEWEES CAREGIVER RESEARCH						
						
SURGEON HOORN	SURGEON PURMEREND	CM SURGERY HOORN	NURSE SPEC. PURMEREND	INTERNIST HOORN	INTERNIST HOORN	NURSE HOORN
ONE OF THE SIX SURGEON- ONCOLOGISTS IN THE HOSPITAL. SPECIALISED IN GASTROINTESTINAL SURGERY.	SEPCIALISATION IN THE FIELD OF CANCER SURGERY. BECAUSE OF THE PLAN TO PERFORM ALL ONCOLOGICAL SURGERIES AT 1 LOCATION, NOW MORE OFTEN IN HOORN	ONCOLOGY NURSE AND SURGERY CASEMANAGER FOR COLONCARE AND MAMMACARE.	NURSE SPECIALIST INTERNAL MEDICINE. FOCUSES PRIMARILY ON BREAST CANCER PATIENTS.	SPECIALISED AS INTERNIST IN CANCER TREATMENTS.	GRADUATED AS HEMATOLOGIST AND ONCOLOGIST. SPECIALISED IN THE TREATMENT OF GASTROINTESTINAL TUMOURS, BREAST TUMOURS AND MALIGNANT BLOOD DISORDERS.	NURSE INTERNAL MEDICINE WITH SOME TASKS OF NURSE SPECIALISTS. MEMBER OF LOOV (NATIONAL MEETINGS FOR ONCOLOGY NURSES)
						

Figure 27: Overview of the participants and used methods

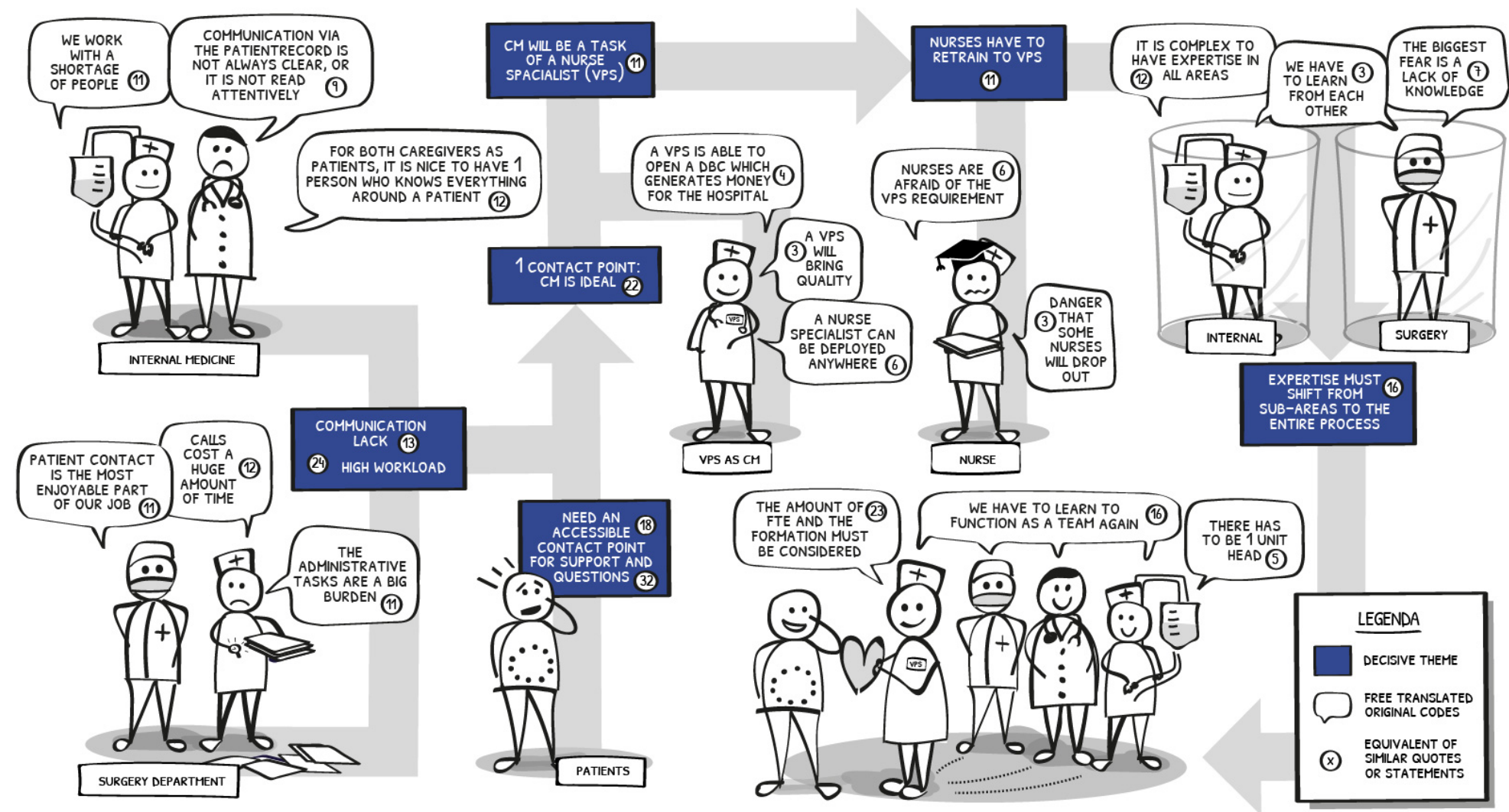


Figure 28: Grounded theory of the caregivers study

5.2 Results

Results caregivers study

The interviews resulted in fruitful insights, which can be used throughout the project. The results are summarised in a grounded theory in figure 28.

Recurrent topics

Various recurrent topics were discussed. Those were: Lack of communication (13), High workload (24), 1 contact point, a casemanager is ideal (22), patients need an accessible contact point (18), patients need support and answers on questions (32), casemanagement is ideally a task for a nurse specialist (11), nurses have to retrain to nurse specialists (11) and expertise must shift from sub-areas to the entire process (16), the amount of FTE and the formation must be considered (23) and caregivers have to learn to function as a team again (16). The numbers shows the equivalent of how often the topic is mentioned.

Fears

Fears were related to the workload (11), lack of expertise (19) and the fear of sudden reorganisation where retraining is mandatory (6).

Wants and needs

Wants and needs came into play when it comes to patient care itself. Patient contact is the most enjoyable part of the job (11) and caregivers want to offer the best care possible what perfectly fits the personality of the patients (15).

5.3 Conclusion & Discussion

Due to the fact that caregivers are ultimately the 'executive' party in integrating case management, the results of the caregivers study form important input for the further implementation of case management.

Conclusion

The grounded theory as visualised in figure 28 shows the results in a logic and related order what visualises the conclusion of the caregivers research. Communication failures between and within the departments occur. The general opinion among caregivers is that 1 contact point, a casemanager, would be ideal. Further they agree with the fact that case management has to be a task of a nurse specialist. However, that being the case, nurses have to retrain which is experienced as an enormous barrier. Additionally to this, the expertise must shift from sub-areas to the entire process which is experienced as an obstacle as well. Caregivers are afraid of a lack of expertise within the departments. As well as the fear related to workload and a shortage of formation.

Discussion

The grounded theory is based on interviews with only a few caregivers. It can be questioned to what extend it can be extrapolated to all caregivers in the care centre. However, little creative sessions as shown on page 54, show that the opinions in general do not deviate from the topics as mentioned in the interviews.

5.4 Caregivers study summary

Take-aways for the rest of the project

The executive party within integrating case management, are the caregivers. Therefore the opinions and intrinsic motivations of the caregivers are important to take into account.

Jump outs in the caregivers research

As visualised above, there are three main issues to take away in the rest of the project. The first one describes the underlying motivation of nurses and specialists to perform their job. Helping patients is most important to carry out their job and they all want to do it as best and much as possible. Next to this they want to enjoy their job. This is supported with issues related to workload, and administrative tasks. Caregivers want to replace this with more patient contact for example. Lastly caregivers want to offer the best care possible. They want to respond to personal situations and wishes of patients. During implementation of case management. The fears of caregivers related to workload, expertise, reorganisation and retraining must be taken into account.



Section III Users

Chapter

06

PATIENTS

As concluded in Capter 05, caregivers want to offer care what suits the patients perfectly. In order to find out how this can be achieved, patients are involved in this research. This Chapter describes how patients are involved in the research phase of the this project and what they expect from Dijklander Ziekenhuis.

als meest positieve moment?
als meest negatief ervaren

**Sensitising Toolkit
for patients**
Jolien Heddes 2019

6.1 Research setup patients study

Generative techniques

This paragraph describes the goal and the methods used during the patients study.

Goal

The aim of research activities among patients was to find answer on the question “How do patients and caregivers experience current colorectal cancer care and how do they feel about case management.” There is investigated how patients experience the process of colorectal cancer and there is explored what the expect from the hospital furthermore.

Methods

A generative approach was taken to gain insights from patients. An overview of the total research (participants and activities) among patients is given in figure 31 on the right page.

To obtain the tacit and latent needs of patients, it was necessary to gain insights into the the deeper layers of understanding. This required that the participants must been involved in the topic for sometime. According to Sanders & Stappers (2016), ideally participants need a preparation or immersion process that come to pass in familiar settings. Because of the immersion process, people are more sensitive to their awakened memories and thoughts. This is helpful in generative sessions afterwards, then there is access to awakened sensitivity and expressive ability.

A sensitising booklet was developed with five assignments divided over a week as shown

in figure 29 (The original booklet can be found in appendix B.1). Every day, the participant was asked to reflect on the care process with topics as: About me, my treatment process, positive and negative moments, involved stakeholders, my ideal hospital/treatment process.

After sensitising patients. It was time for the generative session. In this session, the ‘make’ assignment was central. This ‘make’ assignment will lead towards dreams for the future according to the ‘path of expression’ as described by Sanders & Stappers (2012). Here, first participants are asked to think about the experience of the moment and this moment will be connected to both past and future experiences. The completed booklets can be found in appendices B.2-B.5.

To help participants express themselves, a cancer care experience toolkit (figure 30) was developed. This toolkit consisted of a empty cards, a stencil about the future vision and stickers. All tools were visualised in the drawing style of this project. With the intention to reveal creativity the stickerset was built up from many different kind of stickers and for example different letter types were used. The cards were used to not overwhelme the participant and divide the exercise in manageable pieces.

During the session first the sensitising booklet was discussed in order to recall the written memories and become acquainted with each other and the subject again. Afterwards the participant was asked to describe chronological what kind of treatments have taken place. Here



Figure 29: Interview guide and toolkits which were used during the research activities with caregivers.
See appendix B for the original interviewguide and toolkit stencils.

the ‘treatment’ cards were used in order to sort out the treatments and sequence them. Then the participant was asked to use ‘fill in’ the cards, here everything was permitted: writing, sticking stickers and drawing. After filling in the treatment cards, the participant was asked what kind of people were important during each treatment by using the ‘stakeholder cards’ and the participant was asked to fill in those cards as well. In this way a card deck was created which gave the opportunity to play with the cards and organise them in different ways. For example from most enjoyable



Figure 30: Interview guide and toolkits which were used during the research activities with caregivers.

till least enjoyable, most clear till most confusing etc. Eventually the participant was asked to think about the future with the help of a stencil.

Analysing the data in order to come up with useful insights and conclusion is done by transforming data into information. This is described in more detail in Appendix B.7..

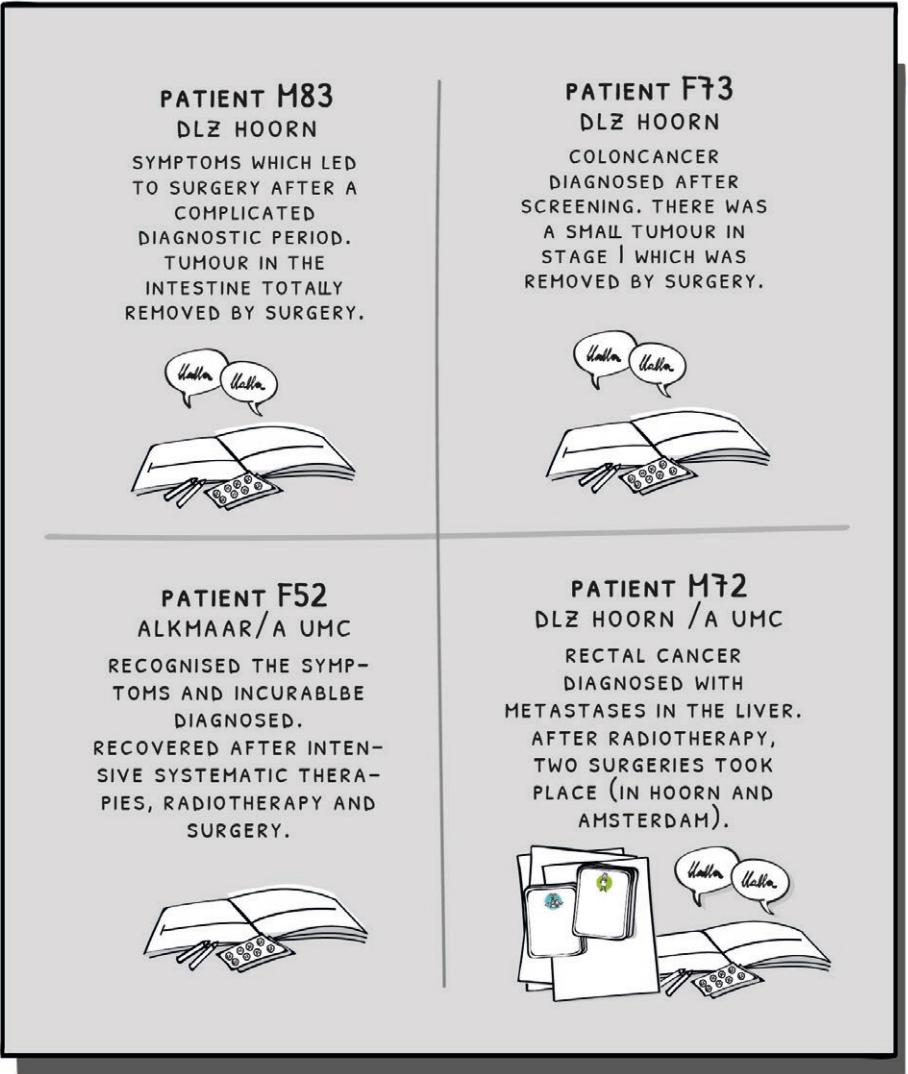


Figure 31: Overview of participating patients

6.2 Results patients study

Generative techniques

The interviews, booklets and sessions resulted in many insights. The booklets gave basic insights in the treatment process and gave a overview of the emotions of patients during the treatment process. Interviews and generative sessions afterwards gave the opportunity to gain more insights about the underlying wishes and needs. This paragraph describes those insights.

Different treatment processes

Different treatment processes are investigated. The lower the diagnosed stage of cancer, the easier the treatment process. For patients who only need surgery, the care process is optimised very well according to patient F73. This is substantiated with the other patients who are also very pleased about the surgery treatment. However, the more complicated the treatment process, the more imperfections become visible. This phenomenon is reinforced when a patient is also treated in Amsterdam UMC for radiotherapy. In that case there are extra transfer moments with more ambiguities and less process coordination.

Emotions

Due to the emotion stickers. The booklets offered clear information about the feelings of patients during the treatment process. It is clear that the very beginning is causes the most sad emotions. People feel shocked when they hear that they have to go for further research.

Another notable aspect is about the positiveness on nurses. Patients only speak

almost always positive about the nurses, this is in contrast to the specialists. Sometimes they comment about the specialists.

Patients don’t like it when they are redirected all the time. They like it when they come back to the same person all the time.

What can be noticed is the warm feelings of patients towards the hospital in general. Patients really enjoyed the way they were treated: “Give all patients the attention and care that I enjoyed.”

Wishes and needs

Patients indicate that consultations can be overwhelming. Sometimes the stresslevel is high, and therefore they experience an information overload which cannot be processed in that time. Patients want to receive more guidance during consults and during the whole treatment process they want to have someone who represents and defends their interests and needs.

Patients also expect a certain level of communication, they want to know what to expect and they do not want to receive unexpected calls.

What patients really enjoy is coming back to the person with whom they discussed the treatment plan in the very beginning.

Patient journey and patient support matrix

In Appendix B.7 there is described how the data is transformed into a patient journey and patient support matrix, which are shown in figure 32 and figure 33. Both are a (more detailed) visual representation of the insights as described above.

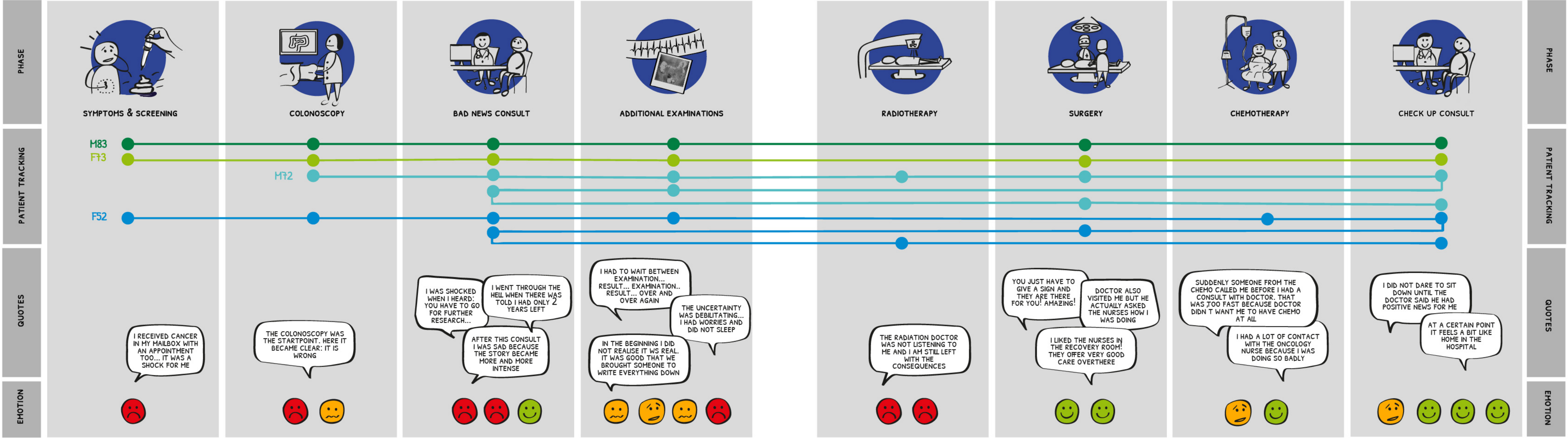


Figure 32: Patient Journey

6.3 Conclusion & Discussion

Generative techniques

The results of the interviews, sessions and booklets were processed in such a way (Patient journey and patient support matrix) that conclusions easily can be drawn. Those conclusions are explained in this paragraph.

Patient journey (Figure 32 page 64-65)

In this journey it quickly became clear that the patients experience the first phases as most horrible. Here, the red (unhappy) smileys play a big role. Quotes support that and show that the uncertainties and fear play a big role. These points return when patients come for a check-up consult but it turns out that the results are not good.

It is good to know that it is important for the hospital to focus on the very beginning of the treatment process.

Patient support matrix (Figure 33 page 66)

A matrix was created to organise the insights from patient research activities. The matrix was horizontally divided in types of information/ support provision: non-human, family and friends, nurses or medical specialists. Vertically the matrix was split in positive and negative. The insights were placed in the matrix and it became clear that there were boxes almost empty. For example patients experience the provision of non-human information not as extremely positive. This is something to respond to as hospital.

Consultations are experienced as overwhelming, due to the fact that a lot of information is provided and together with the

emotions, it is hard to remember everything. patients would appreciate it if there was extra support to help them with this. What must be taken into account further on is the fact that patients experience it as hard to ask the right questions and that some guidance here is desirable.

Discussion

To gain reliable insights, it is needed to interview more patients. However, it was difficult to find participants for this study due to the extreme workload for nurses in the hospital, the average age of colorectal patients and the fact that most patients only had a surgery. What works well was obtaining participants via networking. Maybe the diversity of patients is influenced in this way.

Despite the fact that reliability can be discussed, the results are taken into account because the results aligns with research (a questionnaire among 4300 patients) from Nederlandse Federatie van Kankerpatienten (2018).

Another issue was the influenceability of the researcher. In two cases, the patients asked to help filling in the booklets. Thus in two cases the booklet cannot be seen as a generative tool. Nevertheless, insights were included in this study, because the patient availability was so low and useful things were discussed. Despite the misuse of the tool, useful things were discussed. In a sense, it also gave the patients a lot of freedom to speak.

6.4 Patient study summary

Take-aways for the rest of the project

The aim of the Cancer Centre is to ultimately be able to offer the best care possible for the patient. Caregivers indicate that this is one of their main intentions for working in the healthcare. In the patient study there is investigated how patients actually experience the care and what they would like to see in cancer care.

What Dijklander Ziekenhuis must keep

Patients indicate that the hospital is a warm hospital. They advise to keep the personal attention. Especially the care they receive from nurses is appreciated by patients. Next to this, patients experience the surgery treatment as very positive. In particular patients with a treatment process what only consists of a surgery treatment are very positive about the hospital.

What Dijklander Ziekenhuis can improve

The treatment process is overwhelming and it is hard for patients to use the consults as optimal as possible. Dijklander Ziekenhuis can take a unique position by offering guidance throughout the treatment process and especially in the approach towards consults. This could be done by providing extra support, coaching and (informational) tools during the treatment process. This can help in dosing information to patients, help patients to manage their own process and asking the right questions during consults. Next to this, the hospital must prevent as many referral and communication errors as possible.

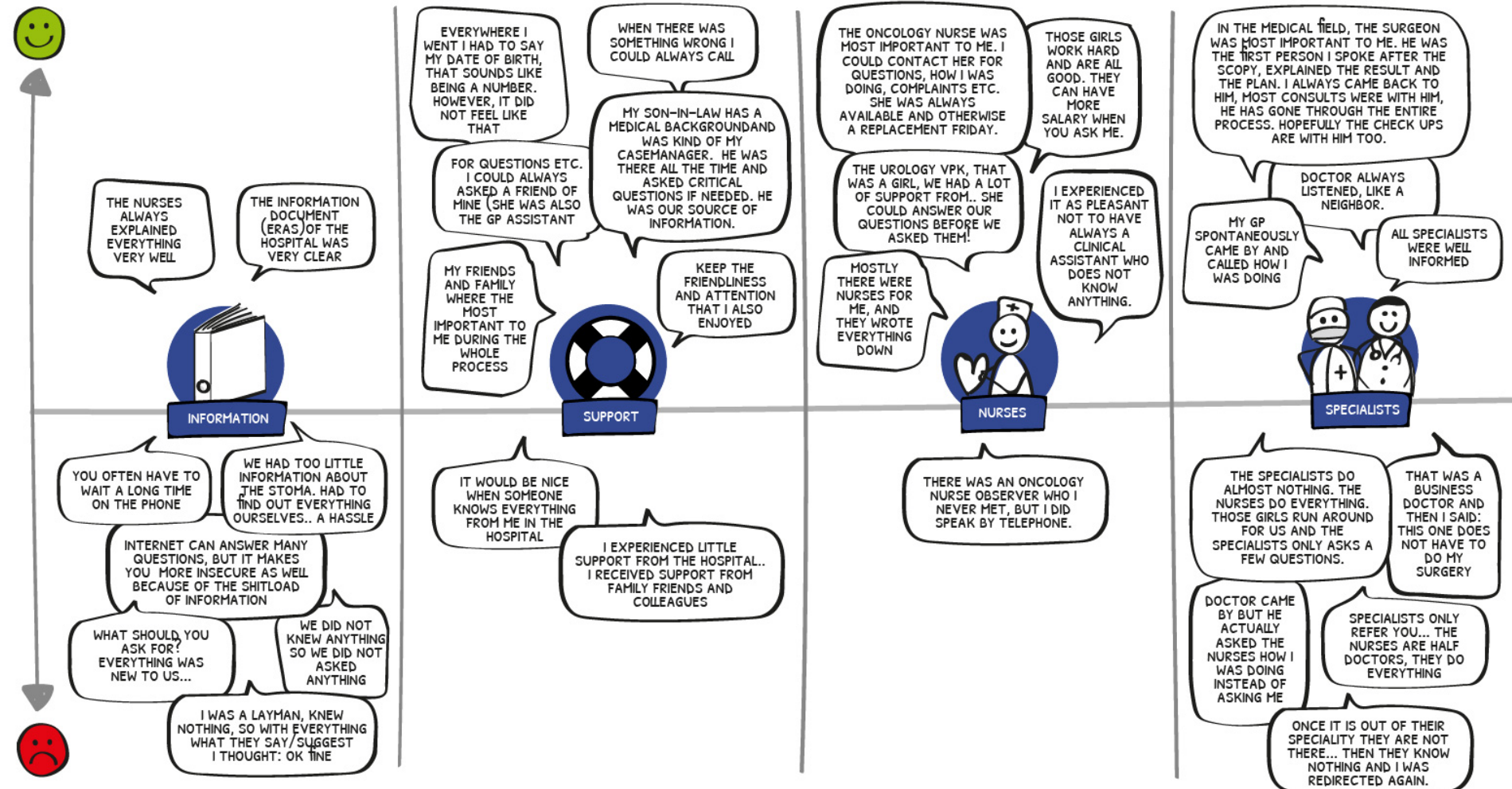
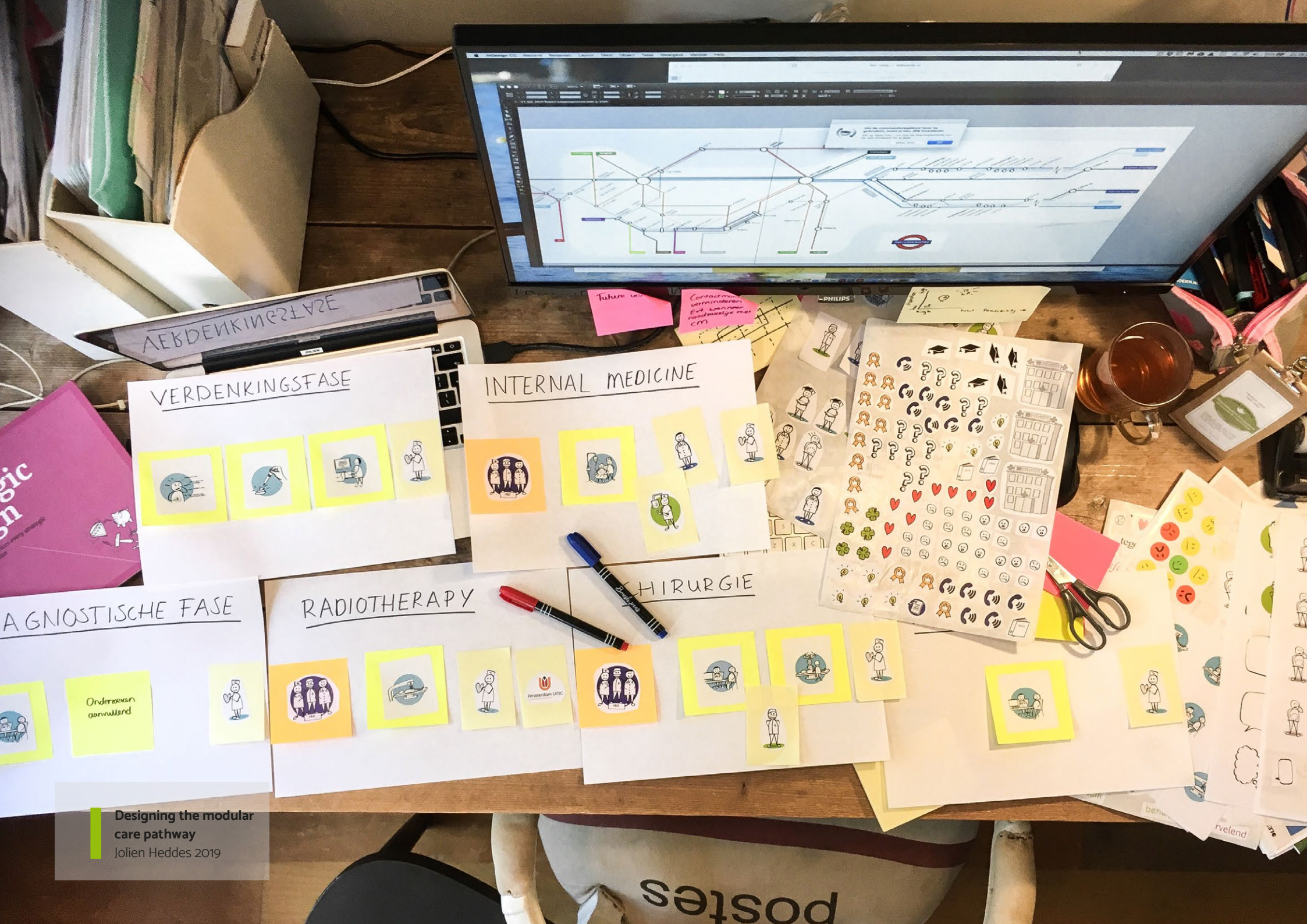


Figure 33: Patient support matrix

SECTION IV SYNTHESIS

Chapter 07: Synthesis

This Section is about the the future vision of the new workflow which is summarised in a Care Pathway, one of the deliverables as mentioned in Chapter 02. This Section summarises the research activities in order to gain insights into what must be adapted in the old workflow by designing the new Care Pathway.



Section IV Future
Chapter

07

SYNTHESIS

Based on all research activities in Section II and Section III, a list of design challenges and design criteria is created and summarised in this Chapter. Those are needed to validate the final deliverables: the new care pathway, the business case and the implementation manual.

7.1 Combining the studies

First step towards defining the project objective

In this paragraph, an overview is given which combines all insights of all different studies: the insights from literature, patient study, caregivers study and research about the hospital. This overview is visualised in figure 34. In the text, there is referred to the numbers in this figure.

Literature & standards

This project is the result of changes that have been initiated by healthcare organisations and the government. Literature showed that cancer care is becoming more and more complex and that patients experience a lack of support due to fragmentation (1). Therefore, SONCOS (2019) introduced a new standard regarding to cancer care and implementing case management (2). Because of this, implementing case management is hot topic in hospitals in the Netherlands, together with task reallocation as stimulated by the government (Bruins, 2019). He proposes to train and deploy Nurse Specialists (3). Some studies in the Netherlands (Geukes, 2010 & Van der Put 2015), investigated the phenomenon of case management already and advise to retrain nurses into Nurse Specialists and to develop a clear care pathway to implement case management as successful as possible (4). Van der Put, discussed different models of case management and Geukes developed the role of a casemanager for another. This project investigates options to build upon these studies in order to develop case management 2.0 what

will perfectly fit in Dijklander Ziekenhuis as well as developing an opportuntant implementationplan.

Patients study

People diagnosed with colorectal cancer mostly have little knowledge in the medical field. Together with the uncertainties and fears (especially during the diagnostically phase in the beginning), they experience the treatment process often as overwhelming (5). Next to this, it is often difficult for patients to know what to ask, so here guidance is desirable. A trusted and fixed contact point within the hospital can support them with this by representing and defending patients interests and providing explanation and information (6). Patients often experience the caregiver who tells the diagnosis and the treatmentplan as the most important caregiver during their treatment, they like it when they come back to this person (7). Support is most desired in the first period of research and investigations (8). Striking was that patients were especially full of praise for the nurses in contrast to the Medical Specialists.

Dijklander Ziekenhuis & The Cancer Centre

The recently merged hospital (9), wants to innovate and fulfill patients needs and cherishing the employees. Those themes are described in the core themes of the strategy (10). Another core theme is to invest in care that matters.

In line with those themes, the Cancer Centre

of the hospital is interested in implementing case management (11). With implementing case management, they want to level with the best practices. Next to this, case management has to overcome the failures and painpoints related to fragmentation in cancer care. It is needed to create budget to execute those plans.

Another painpoint is the lack of one clear carepathway to work with. There are differences between the methods and procedures used at both locations. And for some parts of the treatment process, it is not well established who is responsible. The goal is to have updated standard operating procedures and care pathways which are the same for both locations (12). This will also create clarity regarding the upcoming lateralisation due to the merger.

Caregivers study

Caregivers want to offer the best care possible, they want to change but not be changed (Sonneveld, 2019). At the moment caregivers have to work in new teams due to the merger and they foresee new problems when another reorganisation will happen: they have to learn to work together in an efficient and pleasant way and quality must be guaranteed all the time (13). Caregivers foresee high work pressure while the workload is already too high at the moment (14). Next to this the expertise will shift from expertise within disciplines to expertise over the whole chain for specific tumourtypes, thus a

training programm must be drawn up to enable interdisciplinary knowledge (15).



Figure 34: Combining the studies, overview

7.2 The future Cancer Centre

How to define the future cancer centre

As described in paragraph 7,1 there are a lot of interests of different parties to take into account. This paragraph describes how those interests are integrated in the future Cancer Centre and how this study responds to this.

Principals of the future cancer centre

The interests of all parties are combined in four aspects what forms the basis of ambitions of the future cancer centre. The ambitions are:

- ▶ The cancer centre is patient-centred, and delivers bespoke care. Patients receive the support they deserve.
- ▶ A cancer centre which makes shared decision making possible.
- ▶ A cancer centre offers a pleasant working environment which facilitates cooperation.
- ▶ A future proof cancer centre which meet all requirements and creates opportunities for leading in cancer care in the area.

Patient-centered care

In line with the strategy of the hospital patient-centred care is an important focus point. In the future cancer centre bespoke care is offered. This means that treatment processes are tailored for every patient. Besides, the cancer centre responds to the wishes and needs of patients regarding the information lack on some points. This means that the future cancer centre offers extra support in the form of a casemanager

Next to this, the hospital will optimise the care process in such a way that some extra

guidance is provided during the care process in order to reduce the overwhelming feeling of patients.

Shared decision making

When looking at patient needs, it is needed to improve on communication and collaboration with the patient. This topic eventually can be stretched towards 'shared decision making' what is hot topic in Healthcare at the moment. When speaking about the future cancer centre, it is important to take this aspect in into account. When looking at the strategy of the hospital, improving communication and collaboration and offering shared decision making, perfectly fit in the strategy.

Pleasant working environment

Within the future cancer centre it is needed that everyone works together to keep everyone motivated. This became clear in the caregivers study.

Caregivers want to work in well cooperating teams. Therefore within the future cancer centre all workflows of the involved caregivers of different locations must be combined. Due to the merger, this is an extra challenging focus point.

In addition, caregivers want to practice their profession for which they have chosen. This means that in the future cancer centre, tasks are reallocated to the professions where they belong.

A future proof cancer centre

When a reorganisation takes place, it is important that it is done in such a way that it will pay off in the long term as well. Therefore it is needed to not only look at the consequences on the short term. Sometimes this will mean that problems must be tackled in a more rigorous way. Therefore, during the reorganisation of the cancer centre and by implementing casemanagement, standards are taken into account in such a way that they are extrapolated to the future. This means for example implementing integral casemanagement, retraining nurses and the preparations of a care pathway format that can constantly be developed and improved.

The future cancer centre visualised

The future cancer centre is shown on the next page. It is a cancer centre where it is all about the humans: both patients and caregivers.

This cancer centre visualises the ambitions as described above. In Chapter 08 there is further explained how the design of a new care pathway including casemanagement will face those ambitions.

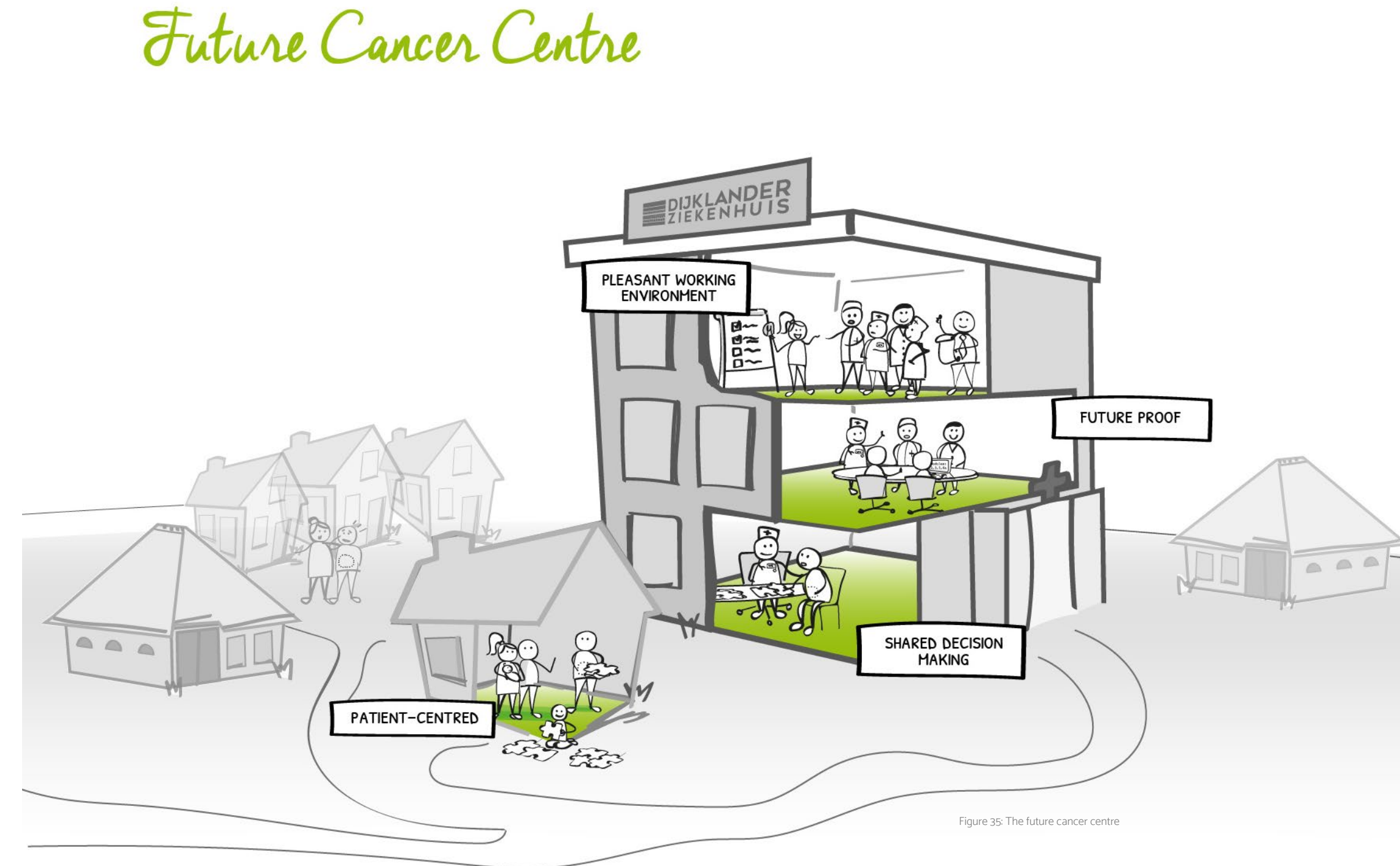


Figure 35: The future cancer centre

7.3 The project checklist

How desirability, feasibility and viability can be measured

The aim of this project is sharpened within this paragraph. This paragraph links the insights from the research phase (as summarised in paragraph 7.1) with the desired deliverables (as described in Chapter 02) by dividing them in desirability, feasibility and viability. The final Design challenge is resumed in figure 37, what formulates a clear set-up for the next step in the design process.

Defining the project objective

The project objective still states: Towards better colorectal cancer care in Dijklander Ziekenhuis, this study identifies a promising way to implement case management.

After research, it appeared that this objective actually can be split into two parts and defined as: First, it must be determined in what form case management has to be implemented, by creating a future vision. Then the organisation towards this future vision has to be designed.

Strategic design

As described in Chapter 02, three deliverables will form the output of this design project. Together they have to achieve the project objective as described before. This can be measured by validating the deliverables with the three domains of 'strategic design' as described by Calabretta et al. (2016) and visualised in figure 36. Calabretta et al. (2016) state that Strategic Design implies taking into account the desirability, viability and feasibility of the project outcome. Within this project, the desirability plays a key role. Therefore

the current standards within the hospitals are not blindly accepted to check whether or not the project is feasible and viable. However, within this project extra deliverables are created to 'stretch' the capabilities and resources of the hospital to make sure that the desired future vision actually can be implemented.

Desirability

Developing the future vision of (colorectal) cancer care within Dijklander Ziekenhuis, is mainly about desirability and will meet the needs and wishes of people and is in the end about enhancing their lives and creating a better society (Calabretta et al., 2016). Within this project this future vision is designed in the form of a Care Pathway.

The challenges regarding desirability are mainly formulated out of insights of the patient research and context analysis. The insights used for the desirability part are 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 11, 12, and 13 of figure 34 (explained in paragraph 7.1).

Feasibility

An organisational design towards this future vision will show the feasibility of the project. This means that the future vision can be achieved with the resources available, or describes how those resources can be created. Within this project, this organisational design is given in the form of an implementation manual.

The challenges regarding feasibility are mainly formulated out of insights of the caregivers

research, the context analysis and literature. The insights used for the feasibility part are 4, 9, 10 and 14, 15 of figure 34 (explained in paragraph 7.1).

Viability

The viability of the project is guaranteed by preparing a business case. This means that the design of the future vision (care pathway) and the organisational design (implementation plan) are sustained with an financial overview and a risk analysis. This also has to include the long-term prognosis to make the project viable.

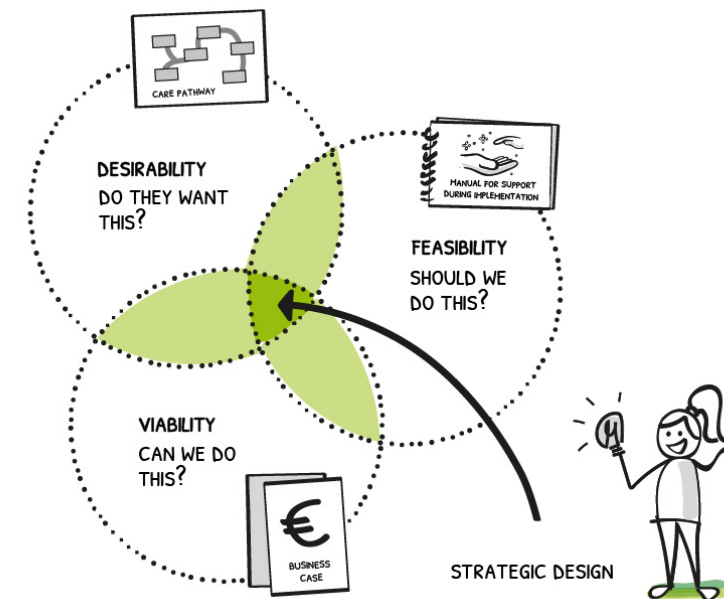


Figure 36: Strategic design (Calabretta et al., 2016)

Project checklist

In figure 37 a set-up for the design process is made in the form of a project checklist. The insights of the research phase which are summarised in paragraph 7.1 are formulated as design challenges. These design challenges are then assigned to the different deliverables that each cover one of the aspects of strategic design.

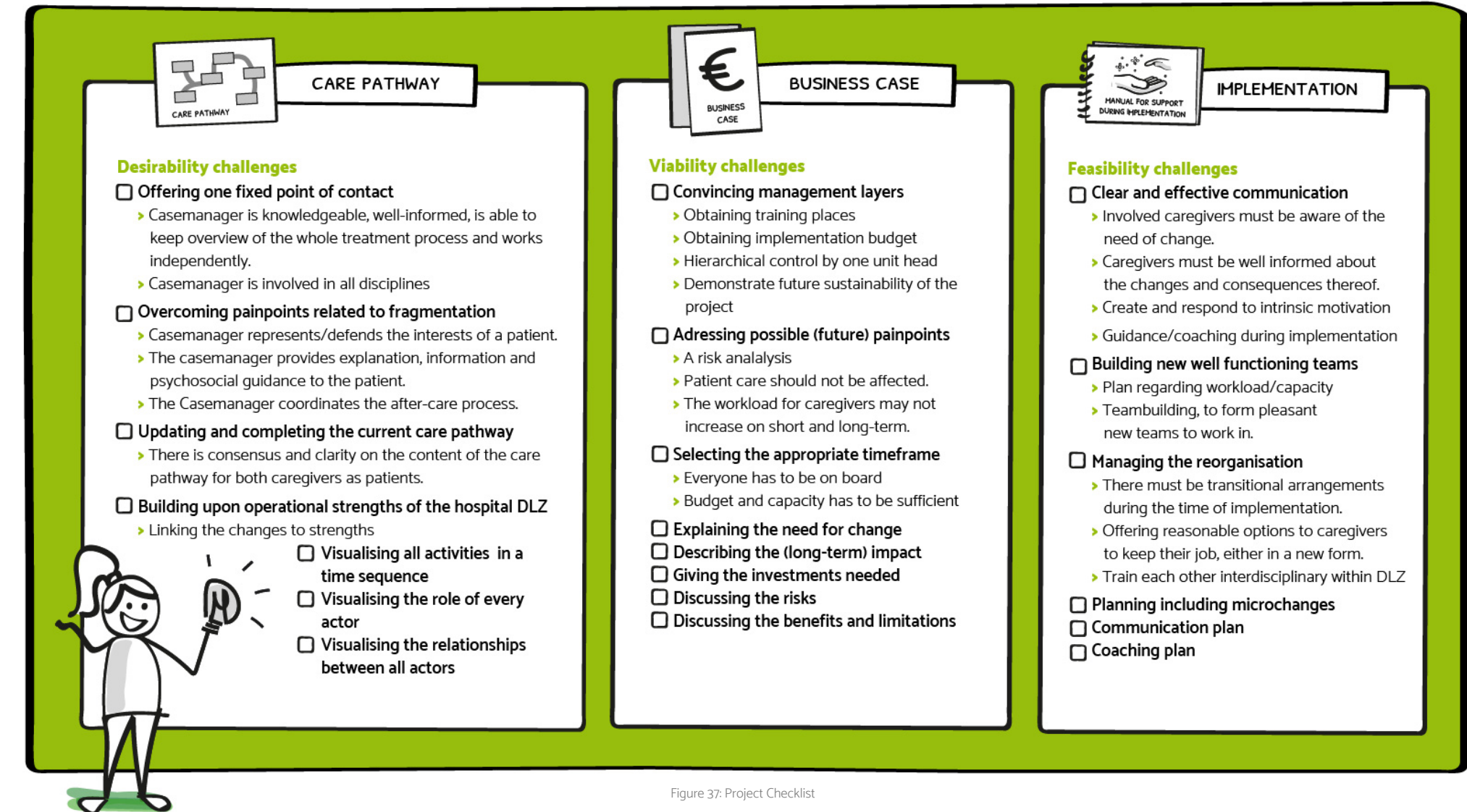


Figure 37: Project Checklist

SECTION V

DELIVERABLES

Chapter 08: Care Pathway

Chapter 09: Business Case

Chapter 10: Implementation Manual

This Section is about the the future vision of the new workflow which is summarised in a Care Pathway, one of the deliverables as mentioned in Chapter 02. The care pathway describes in more detail the future desired situation. The Business Case in Chapter 09 is about the facts and numbers which can be seen as preconditions, and in the Implementation Manual in Chapter 10 the way towards the desired situation is elaborated.



Cutting the puzzle care pathway for a validation session
Jolien Heddes 2019

Section IV Future

Chapter

08

CARE PATHWAY

This chapter is about the design of the new care pathway. The care pathway is a tool that can be used to work towards the desired future cancer centre as described in paragraph 7.2. This chapter explains how the care pathway is built up and how it can be used as a tool.

8.1 The new format of a care pathway

Ingredients for a redesigned format of a care pathway model

The new care pathway has to fit in the ambitions of the future cancer centre. It has to describe in detail how the desired future situation for both caregivers and patients will look like. This paragraph describes the format of the new care pathway model by explaining how the ambitions can be translated in a set of guidelines for a new care pathway format.

Communication on different levels

Research is done in order to take into account all different stakeholders when implementing case management. However, every stakeholder has his own information flow and needs of information. This means that when starting implementing case

management, it is necessary to communicate to all stakeholders on their own level and in that way working together towards better care.

Care pathway divided in three levels

To meet all ambitions of the cancer centre as set out in paragraph 3.6 and to communicate to all stakeholders on their own level, the new care pathway format is divided in three levels. The design of a new care pathway consists of one coherent entity, built up in different layers in order to communicate on those different levels. In figure 38, the different levels are showed, together with the expectations of a care pathway.

LEVEL	CARE PATHWAY SHOWS	CARE PATHWAY IS USED TO
 PATIENTS	➤ All appointments & flow of the process with accompanying explanation ➤ Involved practitioners ➤ Available contact point(s) for questions	➤ Explain the treatment process ➤ Enable shared decision making ➤ Improve communication between patients and caregivers
 CAREGIVERS	➤ Defined nursing protocols ➤ Tasks within the care process ➤ Flow of the care process	➤ Standardise care processes for patients with a predictable clinical trajectory ➤ Follow clinical practice guidelines
 ORGANISATION	➤ Quick overview of whole process ➤ Relationships between actors and interactions	➤ Fix care standards ➤ Analyse risks ➤ Decide about changes

Figure 38: Care pathway model communicating on three levels

Care pathway to create overview

The care pathway on organisational level is designed to create overview of the treatment process. This part of the care pathway shows the whole process and the relationships between actors. This part of the care pathway is explained in paragraph 8.2..

Modular care pathway for protocols

Within (colorectal) cancer care various treatment processes are possible, as explained in paragraph 4.2. Determining a fitting treatment process depends on various factors: the stage of the cancer, the well-being of a patient and certain considerations of caregivers and patients.

A modular care pathway makes it possible to personalise a care pathway relative easy while taking into account all necessary steps.

This part of the care pathway is explained in more detail in paragraph 8.3.

Puzzle pieces with information

The patient study made clear that for patients, it is often hard to communicate clear and efficient with caregivers. Patients experience a lack of knowledge “In a consult, I don’t know what kind of questions I can ask”. Next to this, it is often hard for them to remember everything what is said.

At the same time, physicians experience a gap in communication to patients: “Sometimes it is better when nurses share information, they communicate more at the same level.” To close these gaps, the new care pathway forms a

platform of information and offers small tools to help patients communicating to caregivers, which is done by using puzzle pieces with information, at the backside of the modular care pathway.

Those puzzle pieces can be used as ‘image board’ during consults. Patients can take it home to make it easier for them explaining friends and family what is going on. Therefore, the image board puzzle pieces provide opportunities to make a step forward in shared decision making. However, to make shared decision making actually possible, it is needed to focuss more on how to work with the care pathway, rather than only implementing the task reallocation and the sequencing of steps within the care process.

This part of the care pathway is explained in more detail in paragraph 8.4.

The new format

The new format of the care pathway is visualised in figure 39. Here the differences between the three levels are quickly visible. Based on research within this study, this care pathway format has to function on all levels.

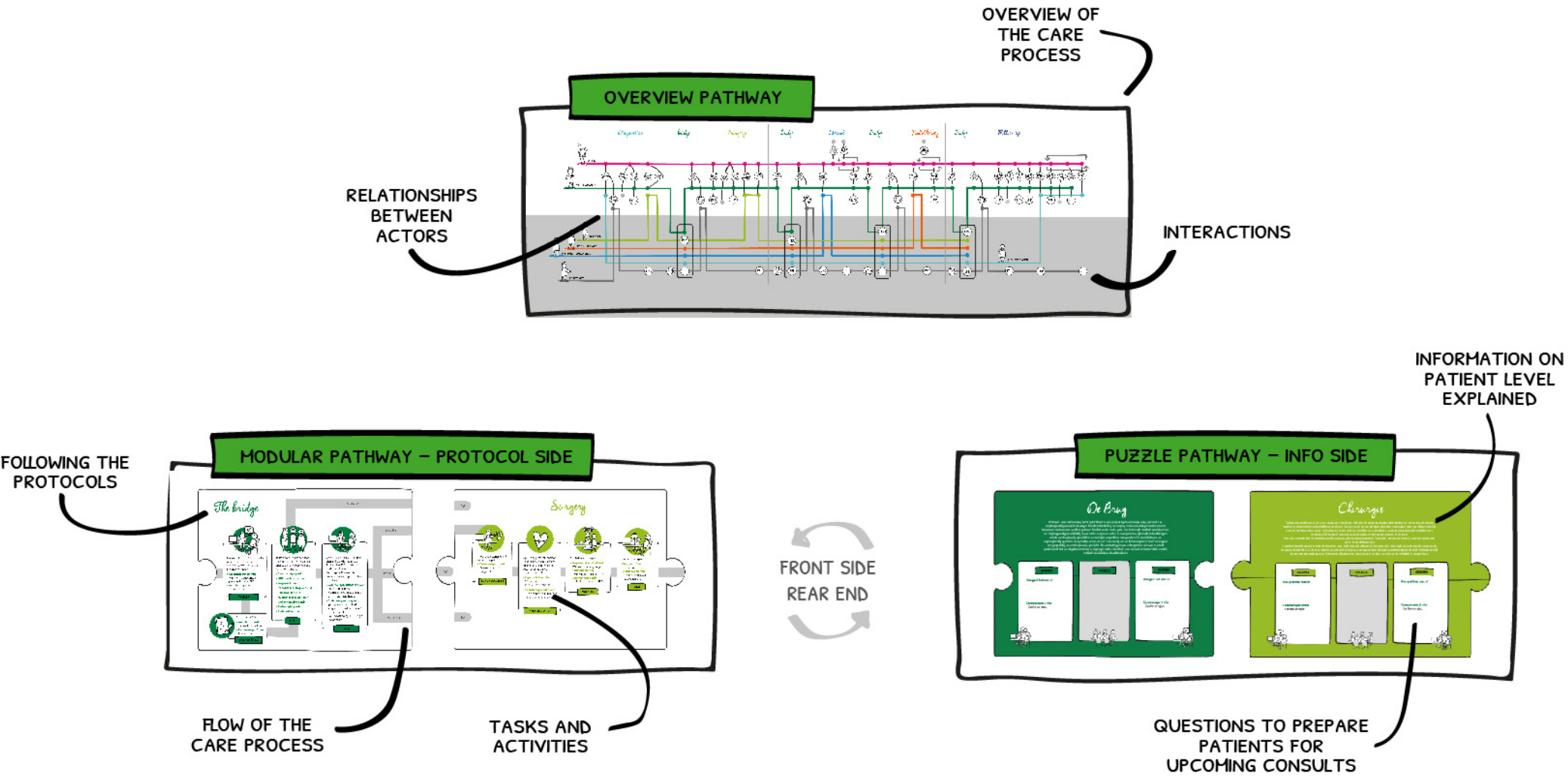


Figure 39: The format of a new modular care pathway

8.2 Care pathway to create overview

The organisational care pathway

An organisational network is part of the whole care pathway. In this paragraph, the organisational network within a care pathway is explained, and the network is discussed. The organisational care pathway is visualised in figure 42.

Care model in literature

The organisational part of the care pathway is based on principles of a care model as described by Oosterholt et al. (2017) and Van Meeuwen et al. (2015). Pursuant to the requirements of a care model as described in those studies, the organisational part of the care pathway must represent a simplified reality which allows it managing and communicating complexity and in a visual manner. A network structure in which actors, transactions and value attributes are depicted is common used in visualising the care models in those studies.

Because of splitting up a care pathway in three layers, the organisational care pathway is ,,,,,,limited to visualising the relationships between actors and their interactions with each other.

Using the organisational care pathway

The organisational care pathway is designed to give a quick overview of the whole process including the relationships and interactions This enables it to analyse the care pathway easily on possible risks, decide about changes and check whether or not care standards ar met. Concrete

does this mean: discussing the care pathway in meetings (tumour work groups) or during a PRI analysis in the hospital (an analysis that is performed in the healthcare sector when there are changes with several parties involved). Then the organisational care pathway forms the basis for the 'system steps' as used in the PRI analysis. Besides, the organisational care pathway offers opportunities to discuss the sequencing of steps within the treatment process and corresponding task division.

Different modules

The organisational care pathway is designed to read from left to right. All interactions in the same vertical line are related with eachother. The pathway is divided in different columns: diagnostics, bridge, surgery, internal, radiotherapy and follow-up. These columns correspond with the modules within the care pathways on the level of caregivers' and patients' levels. The 'bridge' is a recurring part because the care pathway is designed in a modular way. The bridge makes it possible to switch the other columns (surgery, internal medicine or radiotherapy) in order to create another (personalised) care pathway.

Bedside versus background interactions

In the background a gray surface visualises the 'bedside' part versus the 'background' part. The patient is involved in all interactions in the white part. The steps in the grey surface visualise all other interactions executed by caregivers.

Actors in the network

The key element within the organisational care pathway is formed by the actors. Each with their own color. The interactions of each actor are connected and visualised as dots in the line. In this way, it is perfectly visible in what sequence the different actors come into play in the treatment process. Besides, this shows the casemanager operating mostly next to the patients and the physicians operating in their specialism. Core junctions are formed by the MDO's where all caregivers come together in order to bring out advise for the most suitable treatment process.

Interactions

Several interactions are depicted in the organisational care pathway. Those interactions are categorised and further explained on the next page. After categorising the interactions and corresponding actors, a job description can be derived for the most important care officials in the cancer centre. The explanation of the interactions and job descriptions for assistants, casemanagers (nurse specialists) and physicians is given in figure 41.

The final organisational care pathway

The final organisational care pathway, including actors, interactions and modules is given in figure 42.



Figure 40: The Care Pathway in use



(MDL) SPECIALISTS

Performing investigations and assisting in the care process when knowledge and skills are needed from other disciplines.

Investigations & control

The MDL specialist performs a colonoscopy to investigate the intestine on possible polyps or tumours. This is performed in the diagnostical phase and the follow-up.

Futher investigations after detecting tumours, or as check-up during the follow-up. Examples: CT scan, Thorax, MRI

Prehabilitation trajectory
Optimising physical condition. Exercises, nutritional advice/ supplementation, smoking cessation guidance, psychological advice etc. .



ASSISTANT

Recording the care process, scheduling appointments and facilitating a smooth workflow for casemanagers and physicians by performing administrative tasks. Keep casemanagers informed about their patients.

Administration

Registration in the digital patient record system to keep everyone updated. Ideally done by the assistants all the time.

Signing up for MDO, prepared by the assistant and approved by the person who is responsible for the patient during the MDO. (First: surgeon, furthermore: Casemanager)

At request of the CM, planning in the surgery or the consults for radiotherapy/ systematic therapy.

Recording during a MDO.



CASEMANAGER

Care process manager, while being the fixed point of contact for the patient. Forms the bridge between specialists and patients by guiding patients around important decision moments and offering psychosocial support.

Patient consults

Scheduled phone consults during the treatment process to check whether everything is understood or not. During the entire process, the CM can be called as well for questions.

The CM Informs the patient on what has been considered during the MDO and explains the proposed options for the treatment process, by using the 'patient care pathway' to give the patient tools to make an informed decision with the physician later on.

Check-up in order to decide whether or not the patient is ready for the next step within the treatment process.

Providing extra information. In case of surgery, this is done by the CM after a combined consult with the surgeon. In case of systematic therapy, this is done by nurses.

A multidisciplinary meeting with all involved caregivers. Discussing the patient and proposing a suitable treatment process. This has to be documented afterwards.



MEDICAL SPECIALISTS

Act as main practitioners within their own specialties. They have a team of nurses/assistants who actually perform treatments (besides surgery). Being available for casemanagers when complications arise.

Treatments

Medical specialist get to know the patient in order to ratify the options as discussed in the MDO and proposed by the CM. Decide together with the patient on the further treatment process.

Surgeon performs surgery supported by the team of OR assistants. Removing tumour and lymph nodes.

Radiotherapist acts as main practitioner during the radiotherapy.

Internist Oncologist acts as main practitioner during the the systematic therapy.

A multidisciplinary meeting with all involved caregivers. Discussing the patient and proposing a suitable treatment process. This has to be documented afterwards.

Figure 41: Interactions explained + job descriptions

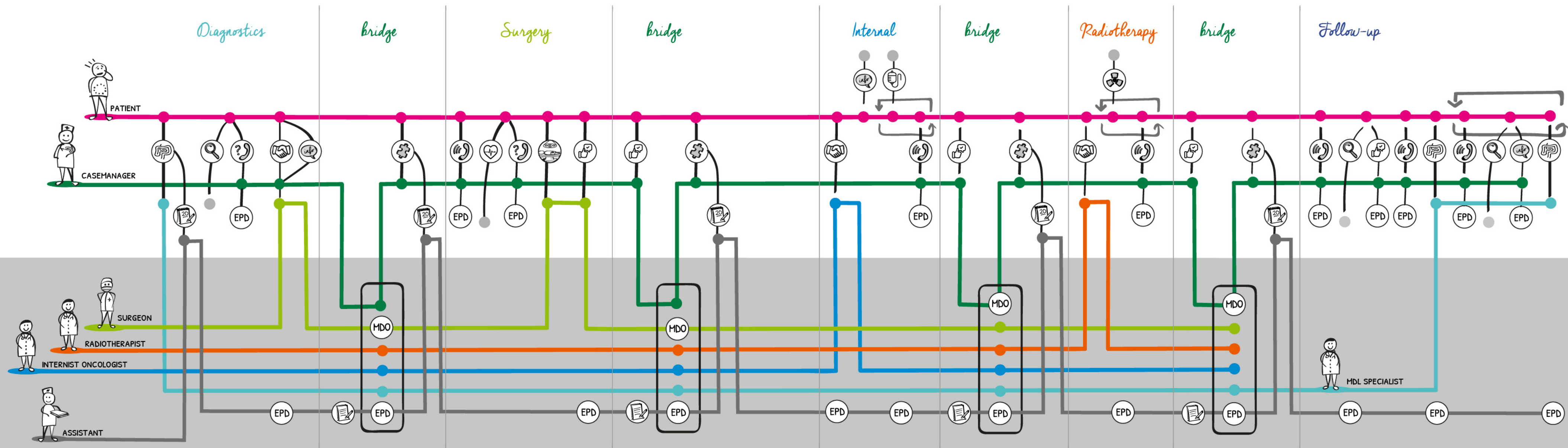


Figure 42: Organisational care pathway

8.3 Care pathway to enforce protocols

The modular care pathway: Protocol side

This paragraph describes the modular approach in order to work with protocols and guidelines. The modular care pathway goes beyond the organisational care pathway in terms of protocols and communication. This paragraph shows the protocol side of the modular care pathway.

Origin of the format

When investigating the status quo of the treatment process, hot spots (gaps) were discovered (figure 43) when a transition is made from treatment to treatment. This observation (described in more detail in paragraph 4.2) originated the idea for the new care pathway. Factually, new transition pieces are needed to ensure a smooth workflow for caregivers and guarantee a full covered patient treatment experience.

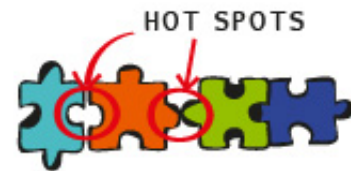


Figure 43: Hot spots (gaps) within current treatment processes

The design: A modular approach

After an iterating process, as described in Appendix C, the final design is based on the principle that when the puzzle pieces perfectly fit together, it guarantees a valid care pathway in which all required protocols and guidelines are

incorporated. In this way, in the final design of the caregivers care pathway, an extra puzzle piece is designed which is named: 'The bridge'. The bridge is a new puzzle piece which requires new protocols. This protocol within the care pathway describes how to go through the transition from treatment to treatment. This protocol is developed and described on page 90.

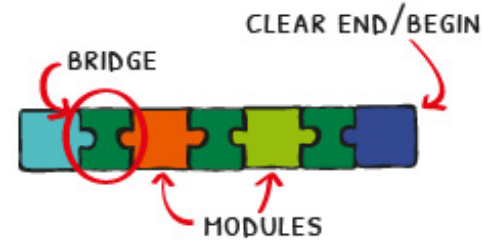


Figure 44: The design of a modular care pathway

As shown in figure 44, the 'Bridge' is a recurring piece. This puzzle piece is totally suitable to meet the new Soncos standards and offering a fixed point of contact in the chain. Therefore the casemanager has a big impact at this protocol and this puzzle piece will be the main domain of an oncological casemanager.

An advantage of the modular system is the possibility to develop within the modules and maintaining the strengths and quality within the treatments as long as they fit in the whole. This is almost always guaranteed by using 'the bridge'. In the same way, it is possible to fit a

newly developed treatment method into the care pathway. Those aspects are visualised below.



Figure 45: Integrating new developments within the care pathway

Transition towards the new care pathway

When approaching a care pathway in this modular way, and implementing this new puzzle piece, it will overcome problems related to fragmentation (as described in paragraph 1.1). To achieve this, it is necessary to refine the old protocols and methods in such a way that they fit into the modules. The required transitions are shown in figure 46. This figure mainly describes that case management must be embedded in the existing protocols. Within the surgery module it is mainly finetuning the current protocols, because casemanagers are already intertwined in the protocols. For internal, medicine and the follow-up schedule, there is more clarity needed about the protocols and it is needed that everyone works in the same way. This means that there must be clarity about the protocols and that they are used by everyone. Regarding radiotherapy, DLZ must mainly adapt to the protocols and procedures as used within the Amsterdam UMC.

Modularity makes the pathway future proof

Due to the modularity of the care pathway, it is possible to use the same protocols for different treatment processes. For now, this means that this caregivers care pathway can be adapted for different treatment processes of colorectal cancer. However, the format is built up in such a way that the modules can serve as template for other tumour types as well. In that case, the involved caregivers have to verify per module to what extent it directly can be implemented or needs to be changed.

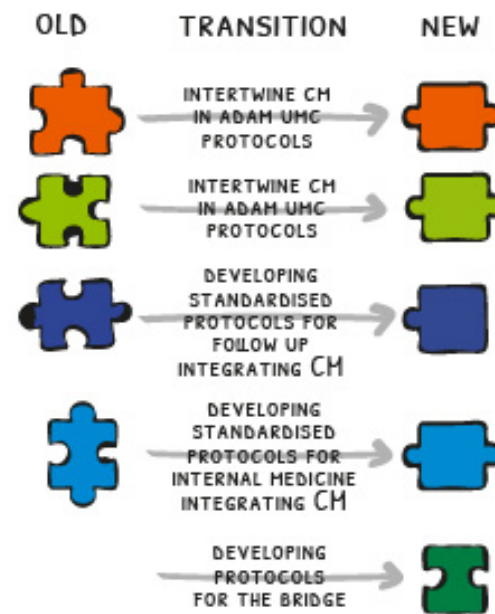


Figure 46: Transitions needed

Integrating the modular care pathway in the current workflow

The protocol side of the modular care pathway is designed to standardise care processes for patients with a predictable clinical trajectory by following the clinical practice guidelines. Within the modular care pathway there is room to include all nursing protocols in a structured and standardised format. Due to the division in modules, it remains manageable to update the protocols in smaller groups.

In addition to the options for documenting the protocols in a structured manner, the caregivers modular care pathway clarifies tasks within the care process as well as the flow of the total treatment process.

Ultimately, the modules must be worked out and adapted to case management for all tumour types and types of treatments. If all physicians and nurses are familiar with the modules, the modular care pathway can be used during MDO's as well to communicate efficiently. For example by referring to modules.

The two sided modular care pathway can be used during consults with the casemanager, especially when a decision moment is upcoming. When the case manager explains the further actions by using the puzzle pieces, the treatment process becomes clear to the patient.

Using the modular care pathway within those consults also will create shared responsibility. A double guarantee against calamities is ensured by not only giving casemanagers the responsibility

to overview the whole process, the patient itself is also able to monitor his/her own treatment process and alarm when necessary. Because a patient knows what to expect and it is able to check whether or not the process is going well.

Using the puzzle pieces for building a care pathway

The idea behind the puzzle pieces is that everyone can put together a valid care pathway, without the need for medical knowledge. Puzzle pieces lend themselves perfectly for this.

The puzzle pieces are built up in several layers of information. This is inspired by the AIDA method that is often used in marketing and advertising. Keeping the attention and at the same time reducing the amount of information is especially needed when the modular care pathway is used to communicate with patients. To ensure those aspects and to make sure that everyone can build a valid care pathway (for example, when patients come home and report to family and friends), there has been made use of various elements.

- **The shape of the pieces.** Flat edges makes clear which pieces symbolise the beginning and the end of the care process. The bulges must fit together to create a smooth puzzle. The extraordinary format will attract attention and interest.
- **The titles, images and colors of the puzzle pieces.** The titles are bigger and attract attention because of the size. All disciplines

have their own color throughout this project. The colors on the puzzle pieces correspond with this. The bridge is the new puzzle piece with a dark green color. The images have to explain quickly and accessible what is going on in each module.

- **The flow in the background.** In the background, a grey line is drawn. This line runs continuously through the entire care pathway. In this way, it becomes visible whether the care pathway continues smoothly and all modules are connected. If the grey line does not continue and stops abruptly, it quickly becomes clear that a gap is created and that the care pathway must be constructed in another way.
- **The protocol steps.** In each puzzle piece, the most deep layer of information is given in boxes with text. Those boxes describe for each step, the activity, tasks and involved stakeholders.



Figure 47: The Care Pathway in use

Puzzle pieces or digital?

The modular care pathway within this project is literally designed in puzzle pieces. Those puzzle pieces can be used during consults and in co-creation sessions to update the protocols within the care pathway. It is up to the hospital to choose whether or not they want to use this tangible version or convert the pieces into a digital version. In the recommendations (page 130), several suggestions are done, related to this topic.

The format of a modular care pathway

A suggestion of the new modular care pathway (protocol side) for colorectal cancer is given on the next pages. Each module (puzzle piece) of the format is explained by describing the care process for colorectal cancer.

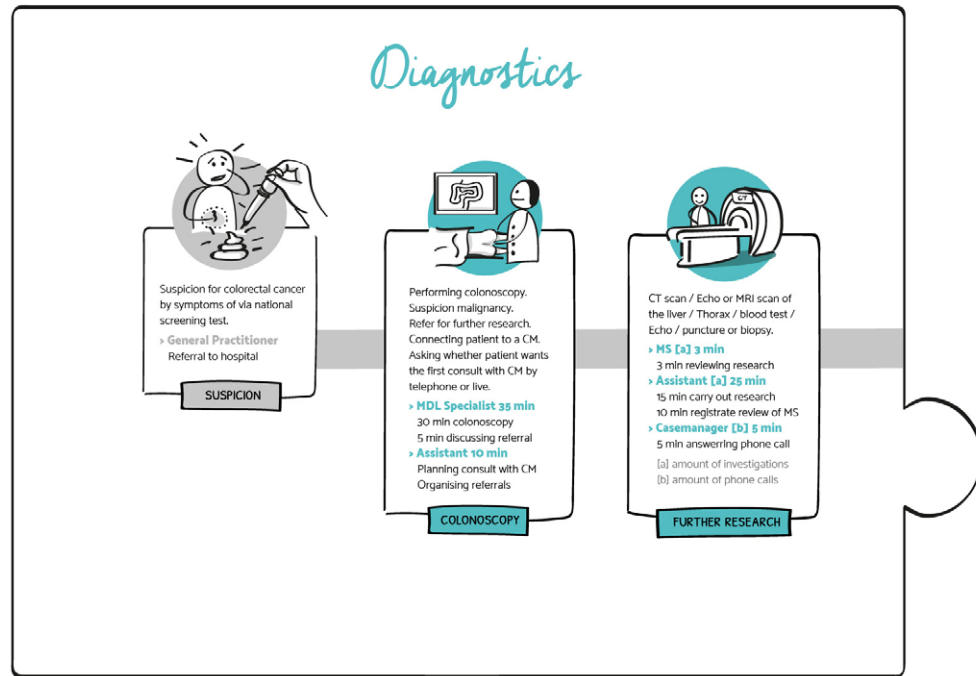


Figure 48: Protocol side module Diagnostics

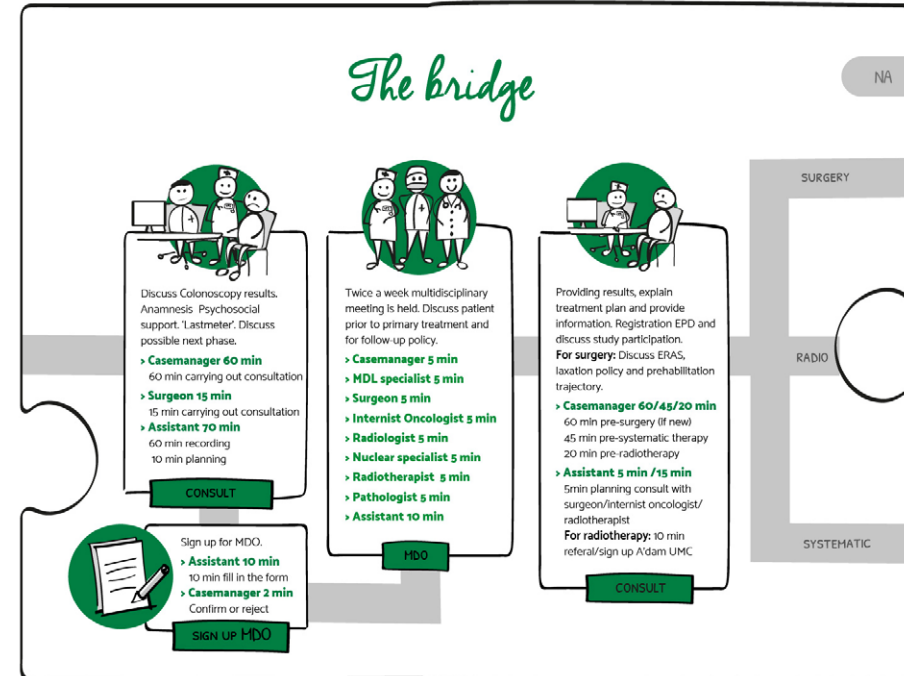


Figure 49: Protocol side module Bridge A

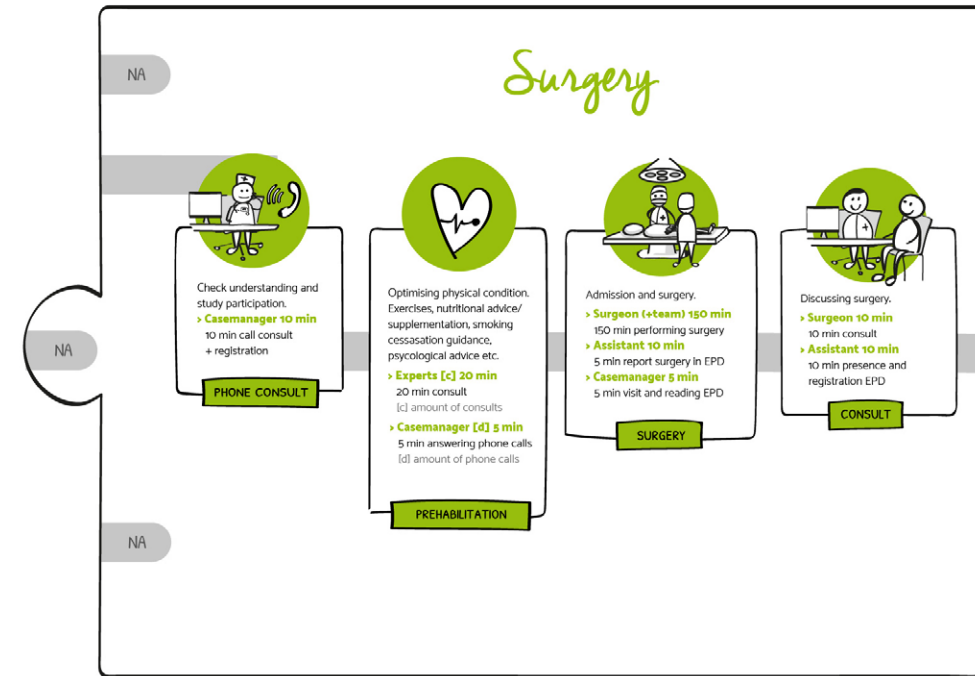


Figure 50: Protocol side module Surgery

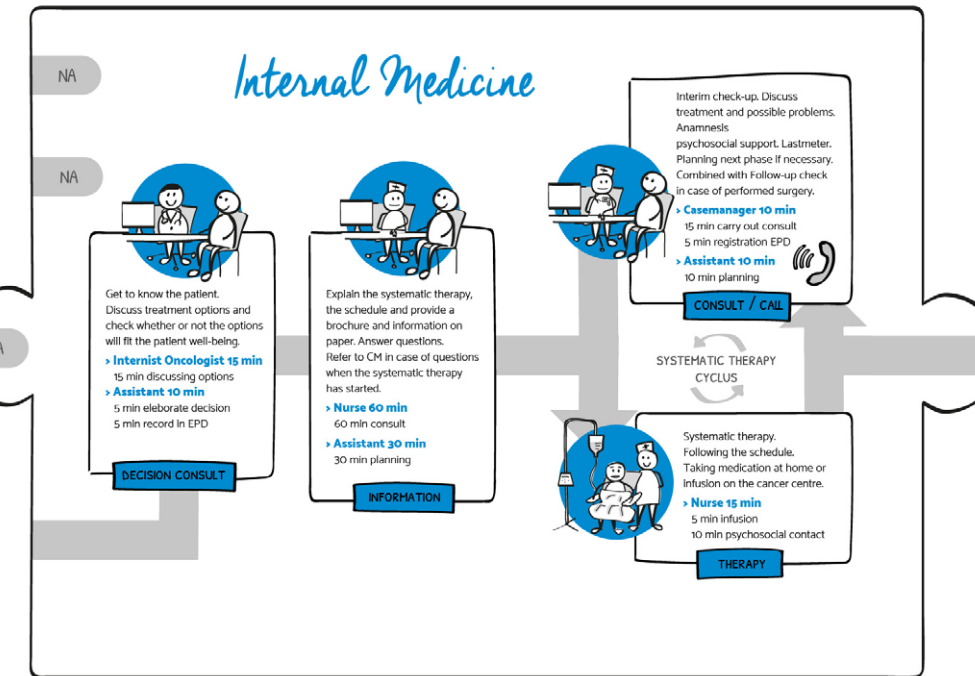


Figure 51: Protocol side module Internal Medicine



MDL SPECIALIST

Diagnostics (Figure 48)

This module is the starting point, being is visualised by the flat edges. This makes it clear towards patients, that they have to start with this module when they recap on consults and build their own care pathway at home. Within the diagnostics module, it is essential to find out where the casemanager comes into play. For colorectal cancer, the casemanager will take care of a patient when the MDL specialist sees something suspicious at the colonoscopy. The casemanager is therefore available for questions and support during the time of further research.



CASEMANAGER

The bridge (Figure 49)

The 'bridge' puzzle pieces are the only puzzle pieces with notches on both sides. Therefore, those 'bridges' are the only pieces which fits in the care process to connect all treatments. This puzzle piece symbolises the new way of working with a seperated protocol around the MDO. In this module, the casemanager plays a central role. Together with the fact that this module is a recurring one, this module ensures that casemanagement over the whole treatmentprocess is guaranteed.



SURGEON AND CASEMANAGER

Surgery (Figure 50)

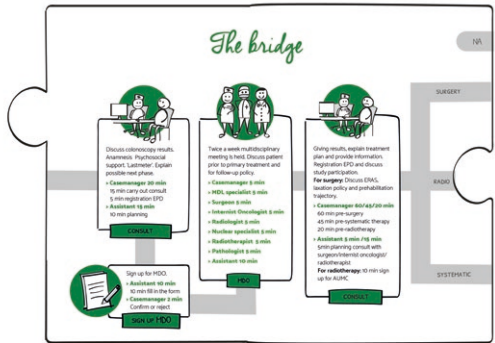
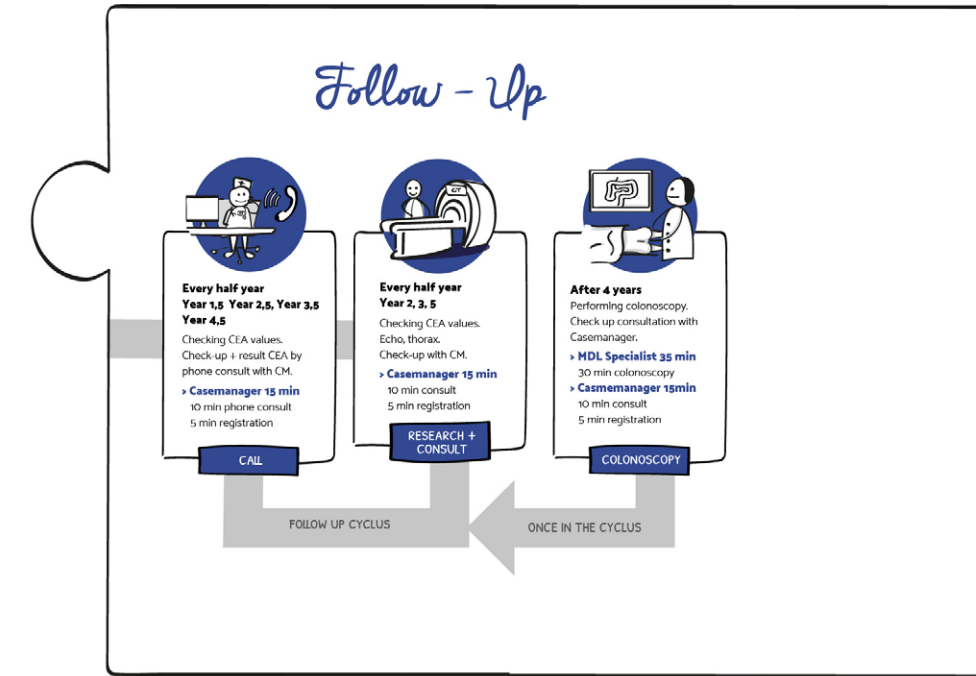
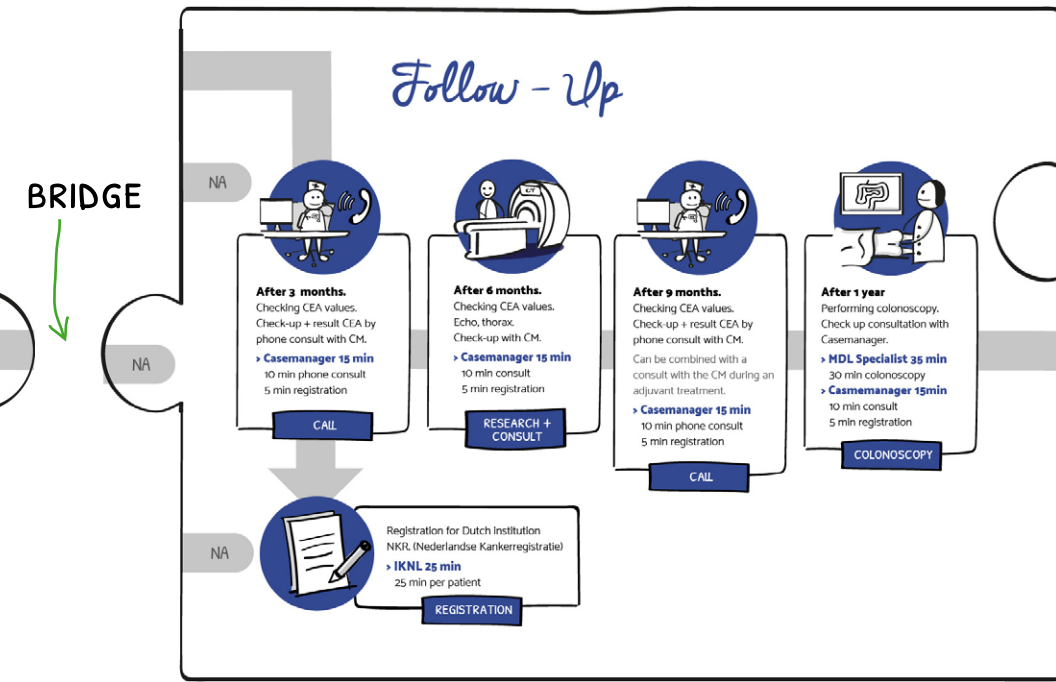
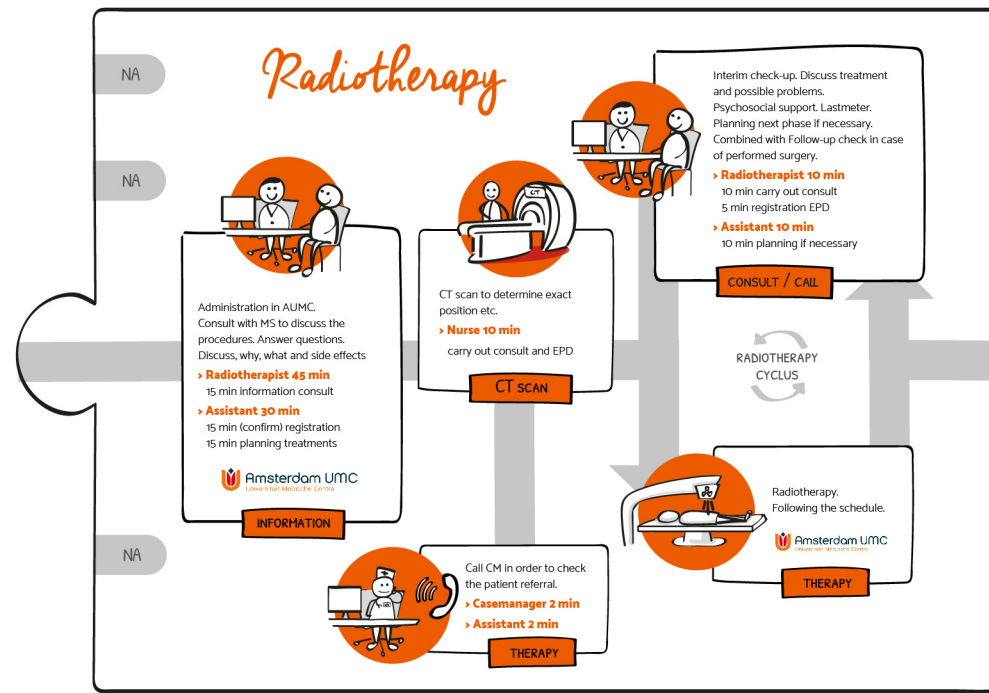
This puzzle piece has two bulges, which characterise the 'treatment pieces'. Every treatment piece has this shape and therefore they can be swapped easily to make a personalised care pathway. This module describes the protocols within the surgery treatment. For now, this is based on the protocols as explained in ERAS and IPROVA. The surgeon is main practitioner in this module and the casemanager is available for questions and (psychosocial) support. Because of the frequency of surgery within the colorectal cancer treatment process. The surgeon is able to already getting to know the patient in a consult during 'the bridge', together with the CM.



INTERNIST-ONCOLOGIST AND CA EMANAGER

Internal medicine (Figure 51)

This puzzle piece has two bulges, which characterises the 'treatment pieces'. Every treatment piece has this shape and therefore they can be swapped easily to make a personalised care pathway. This module describes the protocols within the systematic therapy treatment process. The Internist-Oncologist acts as main practitioner in this module and the casemanager is available for questions and (psychosocial) support. It is important that the patient first discusses the results of the MDO with the CM (as shown in 'the bridge') afterwards they visit the Internist-Oncologist.



RADIOTHERAPIST

Diagnostics (Figure 52)

This puzzle piece has two bulges, which characterise the 'treatment pieces'. Every treatment piece has this shape and therefore they can be swapped easily to make a personalised care pathway.

This module describes the protocols within the radio therapy treatment process. This is a special one, due to the fact that this process is organised by Amsterdam UMC. Thus Dijklander Ziekenhuis has to adapt protocols of Amsterdam UMC and integrate their CM around it. A new step in the protocol could be added and is the phone consult with the casemanager 2 weeks after referral, to check whether or not the patient is treated.



CASEMANAGER

Follow-up part I (Figure 53)

This puzzle piece has a unique form. On the left side a bulge which fits in the 'Bridge' pieces. On the right side there is a notch. This is placed out of the centre in order to make sure that it only fits with Follow-up part II or a special 'bridge' part when results of the Follow-up are negative.

An important change is that the casemanager is responsible during the Follow-up trajectory.

Another important change is the DICA registration (general dutch registration system for all cancer patients) which needs to be done by an external party or an assistant.



CASEMANAGER

Follow-up part II (Figure 54)

This puzzle piece symbolises the end of a treatment process, which is clearly visible by the flat edge on the right side. This puzzle piece only fits in the Follow-up Part I piece.



CASEMANAGER

The bridge (Figure 55 and 56)

There are several shapes of bridges. They are based on the original format. There are only small differences (for example, the first bridge has no option to refer to follow-up, and there is a special bridge which fits in the follow-up when results are negative). The other shapes are made to make sure that patients can intuitively puzzle and at the same time build and validated care pathway.

8.4 Care pathway to stimulate communication

Puzzle care pathway info side

This paragraph describes, how the modular care pathway can be used during consults. To make this possible, a special information side is developed. This is called the info side of the modular care pathway.

The current patient needs

During the patient study, it became clear that patients experience consults as overwhelming. Especially in the beginning there is a lot going on. Patients are confronted with an emotional rollercoaster, patients are (not yet) familiar with the medical (cancer) jargon and much information is discussed during consultations.

All aspects together causes undesirable situations. For example, a lot of valuable information is lost during consultations. Next to this, it is hard for patients to know what to ask during consults.

Challenging consultations

Those undesirable situations are confirmed in literature: “Interactions between patients and medical practitioners can sometimes be challenging. We have all had consultations where the interaction was not optimal, either as medical practitioner or as a patient.” (Hardavella et al., 2017). To deal with challenging interactions, Hardavella et al. state that it is recommended to create ideal conditions. Concrete they suggest to develop skills and tools for effective communication and provide ways to access further information and support: “Patient information

resources published by your organisation are encouraged.”

Patient-centered care and shared decision making in literature

To stimulate patient-centered care and improve the consultation quality, a trending topic within healthcare is ‘shared decision making’ (Levit et al., 2013). According to Pel & Van de Pol (2017) there is a need for shared decision making.

Advantages of shared decision are for example: patient education, patient empowerment and patient-centered communication, which involves the patient, family and friends. To make shared decision making happen, treatment options must be explained and there is coordination and provision of emotional support needed (Levit et al., 2013).

Modular care pathway: Info side

Together with the casemanager’s role, the care pathway has all ingredients to form a basis towards shared decision making and enable effective communication.

The modular care pathway as explained in paragraph 8.3 is focussed on caregivers and the protocols. This means that an extra translation is needed to make the step towards shared decision making and patient-centred care. Therefore, another side of the modular care pathway is designed which is called the ‘puzzle care pathway info side’. The info side ensures a part of education and explanation about the treatment

options.

The aim of using the puzzle care pathway in patient-centred care is to improve the quality of consultations, offering tools to make shared decision possible and to reform the patient experience.

How to use the puzzle care pathway in patient-centred care

The puzzle care pathway is an image board which is mainly used by the casemanager. The casemanager can explain the advises of the MDO by using the puzzle pieces. After this consultation, the patient can bring the puzzle pieces home to reconstruct the consultation and overthink the possibilities. In the puzzle pieces there is room for questions, notes etc. This aims to stimulate

patients being prepared in the next consultations and therefore improving the quality of the following consults. For example when a patient visits the medical specialist to decide about the next steps.

Rough version

A first suggestion of the puzzle care pathway (info side) for colorectal cancer is given in figure 58 and 59. Two puzzle pieces are worked out to get a rough idea of what it can be.

In the implementation manual (page 124), there is given a proposal is included to elaborate the puzzle pieces into a image board which is ready for use. Eventually, those puzzle pieces need to be designed for every care module within the care pathway and for every tumour type.

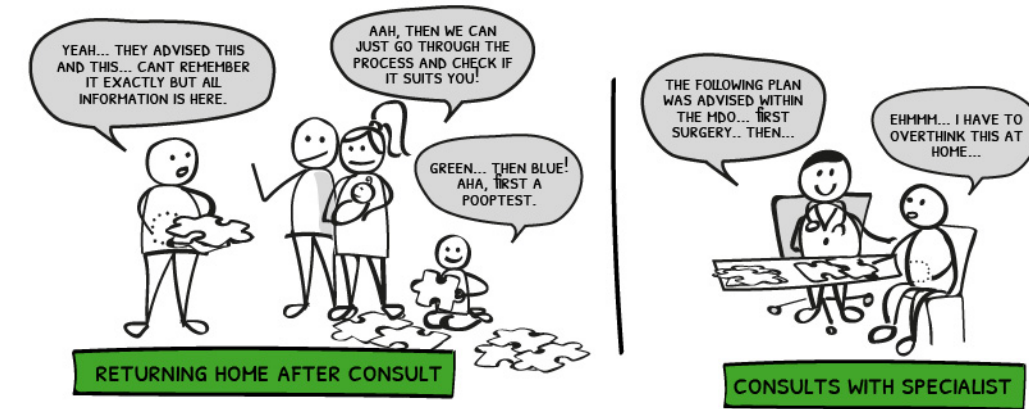


Figure 57: The Care Pathway in use



Figure 58: Image board puzzle piece: the bridge

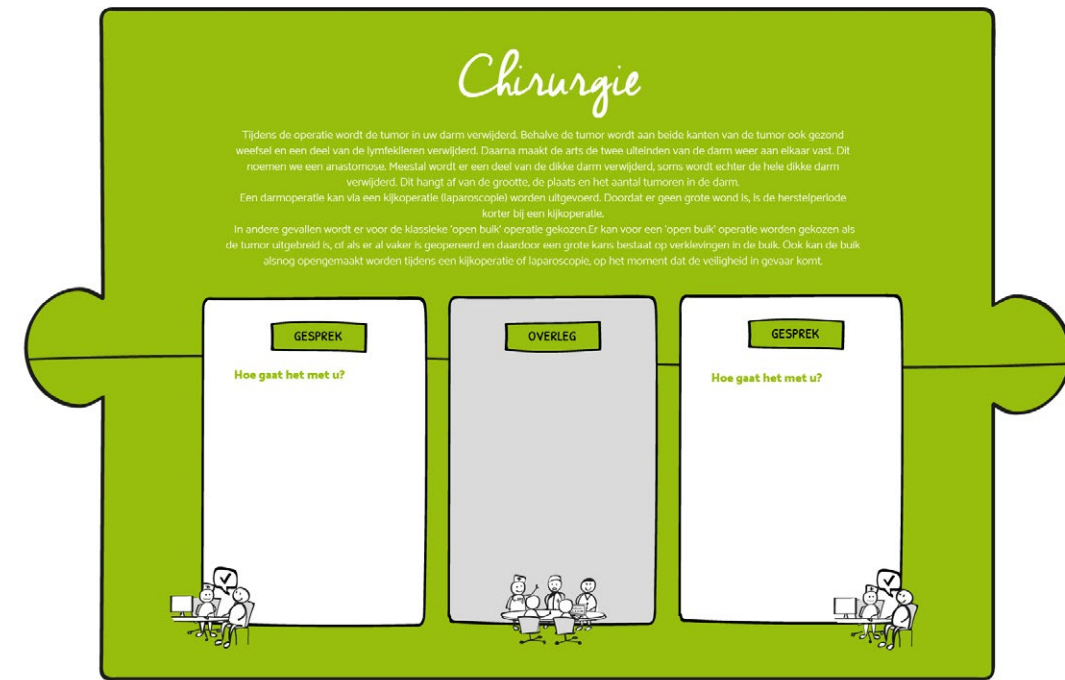


Figure 59: Image board puzzle piece: surgery

The format of the puzzle care pathway

To use the puzzle care pathway as an image board, several components are suggested and explained below.

First extra information is recommended. A detailed description of the procedures within the puzzle piece. Here, it is highly recommended to write this down as simply and effectively as possible. Within the first suggestion (figures 58 & 59) examples are given (in dutch).

Another component is to prepare the patients for consults, and to lead them through a decision making process by asking questions. There must be elaborated what kind of questions will work most effectively. A suggestion is done in figure 58 and figure 59.

Lastly, to make the puzzle pieces attractive and understandable, images are needed. In figures 58 & 59, images of the modular care pathway are used. However, those are not specifically aimed at patients.

8.5 Working with the new care pathway

Transition in formation explained

Within this study, a new format for care pathways is presented. A care pathway no longer exists of a flowchart with explanatory notes. The new care pathway requires a multi-layered application. There is time needed to integrate the care pathway at all different levels.

Using the three layers

The organisational layer of the care pathway is already introduced to create awareness and to present the general idea of case management. The modular care pathway which describes the protocols is presented in tumour working groups, to validate the process, but more validation sessions are needed. The puzzle pieces care pathway, which contains the information towards patients,

must be developed and implemented. A rough version is given in order to get an idea, but it is recommended to develop this in the last phase of the implementation of case management. In this way the focus is first on getting ready the organisational part of casemanagement, and later on this is translated to patients.

Opinions about the new format

The care pathway as presented within this study can be seen as format and suggestion for the care pathway of colorectal cancer. This resulted in several validating sessions. Within this study, there is suggested to change consultations within the workflow and to work with a returning protocol during the treatment processes. However, in a hospital

environment, there are many opinions to the protocols and therefore care pathways. Within this study the care pathway was discussed several times to validate the substantive quality of the care pathway. It appeared that there is a very conservative attitude to changes, especially when the care pathway is being presented as a final version. Therefore, this aspect is included in the execution timeline of the care pathway as 'defining the modular care pathway' (figure 60).

Defining the modular care pathway

For every tumour type, there must be a session (or several sessions) to determine the exact protocols within the modular care pathway. This is elaborated upon in the implementation manual of Chapter 10.

Designing the patient care pathway

It is recommended to have the carepathway worked out in its entirety and on detailed level in 2023. It must be taken into account how the patient care pathway can be used during consultations to make shared decision possible.

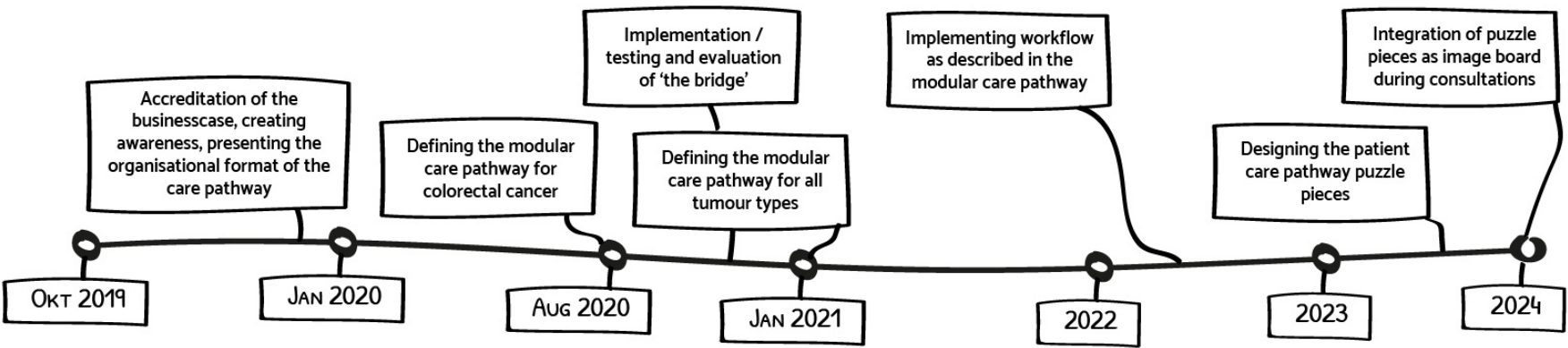


Figure 60: Timeline to integrate the new care pathway in the workflow of the Cancer Centre.

8.6 The new care pathway summarised

The new care pathway towards better (colorectal) cancer care

**CARE PATHWAY**

Desirability challenges

- ✓ **Offering one fixed point of contact**
 - Casemanager is knowledgeable, well-informed, is able to keep overview of the whole treatment process and works independently.
 - Casemanager is involved in all disciplines
- ✓ **Overcoming painpoints related to fragmentation**
 - Casemanager represents/defends the interests of a patient.
 - The casemanager provides explanation, information and psychosocial guidance to the patient.
 - The Casemanager coordinates the after-care process.
- ✓ **Updating and completing the current care pathway**
 - There is consensus and clarity on the content of the care pathway for both caregivers as patients.
- ✓ **Building upon operational strengths of the hospital DLZ**
 - Linking the changes to strengths



- ✓ **Visualising all activities in a time sequence**
- ✓ **Visualising the role of every actor**
- ✓ **Visualising the relationships between all actors**

The new care pathway is one of the deliverables as established in Chapter 02. In this Chapter it was determined how a care pathway could contribute to the promising way towards better (colorectal) cancer care in Dijklander Ziekenhuis. This was elaborated after the research phase in a more detailed way. In this box the design of the new care pathway and how this leads to better (colorectal) cancer care is summarised.

The new format of the new care pathway

The new care pathway is designed in a new format. This format is new in two ways: the format is designed on three levels to communicate effectively to different stakeholders and the care pathway is built up in modules which makes it possible to retain expertise within each module while monitoring the overall process. The new care pathway gives substance to the future scenario. The organisational care pathway describes the new roles of the caregivers and gives overview of the interactions. The modular care pathway makes painpoints visible and how this can be solved with the new module 'the bridge'. Lastly, the informational care pathway gives opportunities towards shared-decision making and therefore the pathway gives an extra dimension in the direction of patient-centred care.

Does the new care pathway fulfill the desirability challenges?

The new care pathway fulfills the requirements and wishes that have been based on literature research and user research. This is shown in the checklist on the left. Only one bullet point can be questioned. The consensus and clarity on the content of the care pathway must be elaborated in a more detailed way. However, this is guaranteed in the implementation manual.

The new care pathway towards better (colorectal) cancer care in Dijklander Ziekenhuis

The new care pathway is a conceptual design which makes the future vision of the cancer centre more tangible. The care pathway (in combination with the implementation manual) can be used as tool to work towards this future cancer centre. Next to this, the care pathway makes the consultations clear, which offers possibilities in terms of determining budgetting and formation. Those two aspects are crucial when it comes to the actual implementation of case management as recorded in the future vision and therefore in the new care pathway.



Presenting to the 'Oncologie Commissie'
30 september - Purmerend
Jolien Heddes 2019

Section IV Future

Chapter

09

THE BUSINESS CASE

A business case is a key tool to manage viability of a strategic decision (Calabretta et al., 2016). Within this project, the business case is used to predict the financial feasibility of the project and to release money by convincing management layers of the need of change. The need of change and the impact of it is summarised in Chapter 07. The complete version of the business case is made by the hospital. This chapter describes the components that are made as part of this graduation project. Therefore, the business case within this chapter describes the technical changes needed to succeed the project and the risks of the project are discussed.

9.1 The new formation

What is needed for colorectal cancer care

When switching from old to new care pathway and integrating case management, it is required to map out the amount of caregivers (formation). In order to ask for budget, it is required to present a cost prediction. Next to this, caregivers highly recommended to be careful with changes in occupation and therefore they want to have investigated what is expected in occupation and whether the formation is sufficient (Chapter 05). In this paragraph an estimation is made to determine what is needed in terms of formation.

Inventory of the current billable hours

The current care process for colorectal cancer is analysed (Appendix D.1). As discussed in chapter paragraph 4.2, an overview is obtained of all different treatment processes within colorectal cancer. Those two are combined in order to make an estimation of the current formation.

Within the calculations, the current care process (in figure 61: 'OLD') was divided in five parts: diagnostics, surgery, systematic therapies, radiotherapies and follow-up.

First, for each part separately, all consultations were elaborated with the involved caregivers and what time they need for each consultation (the time they get to declare in the dbc).

Second, per different treatment process the total number of hours of care provided by each care provider was calculated per patient and then multiplied by the average patient numbers per year in Dijklander Ziekenhuis (those numbers were measured over 3 years by IKNL, shown and

explained in figure 23 and given in figure 61).

Third, all different treatment processes were added together to calculate the total amount of billable hours needed per type of caregiver and depicting them by using the fulltime equivalent.

The calculations of the current care process can be found in Appendix D.2.

Inventory of the billable hours in the new care pathway

In the same way, it is calculated how the billable hours will shift between different caregivers by applying the numbers of patients as used in the estimation of the current care process to the new care pathway (in figure 61: 'NEW'). The new care pathway as elaborated in Chapter 08 describes all consultations, the involved caregivers and the time needed for each consultation.

The calculations of the new care pathway can be found in Appendix D.3.

Calculation of total amount of FTE

In order to calculate the required formation, it was needed to make a transition from calculated billable hours to total amount of FTE. This is done by using the formula: $Total\ FTE = \frac{Billable\ hours}{productivity\ factor} * Extrapolation\ factor$

The productivity factor describes the percentage of work hours which can be declared via dbc's. This factor is variable for every caregiver and shown in figure 61. The factors are based on data of Bureau HHM (2011).

The numbers calculated for colorectal cancer

are extrapolated to all other cancer types to determine the formation in the entire cancer centre. An extrapolation factor was used to calculate this. First a factor of 5,12 was used, this factor was based on the incidence of colorectal cancer relative to all tumour types (Integraal Kankercentrum Nederland a, 2019).

Calculations of the hospital

The hospital made an estimation of the current formation and the desired formation as well. This was done in a different way. The number of employees working at the cancer centre was identified and an overview was created which showed the distribution of time spent for every tumour type.

Elements of this estimation have been used to validate the calculations made based on the care pathway. These used elements are given below:

- Colorectal cancer covers 14% of the cancer care given in Dijklander Ziekenhuis.
- A total of 1,75 FTE of nurses/nurse specialists is available for colorectal related casemanager activities.
- Currently 0,72 FTE of this total is executed by nurses and 1,03 FTE is executed by nurse specialists.
- At the moment a total of 12,8 FTE is available for casemanager activities across the whole cancer centre.
- The desired number of FTE available for casemanagement in the cancer centre. This is estimated on 17 FTE.

Validating the calculations

The calculations were highly accurate appeared after validation with the estimation of the hospital. It became clear that the extrapolation factor had to change to 7,14 (the extrapolation factor of 5,12 was based on figures from the entire Noord-Holland region and the factor of 7,14 was determined on calculations of hospital figures) the calculation based on care pathway.

An overview of the validated calculations is given in figure 61.

The desired formation

In figure 61, the desired formation is shown and the results are explained below:

- The amount FTE for medical specialists will shrink with 3,74 FTE, this is mainly caused by the reallocation of the follow-up consultations.
- There is 4,7 FTE needed for secretarial support. This became clear out of the PRI analysis as well (a risk analysis with involved caregivers, initiated by the hospital). Secretarial support will ensure that Nurse Specialists are informed of the process of a patient
- There is 18,94 FTE needed to perform casemanagement as described in the care pathway as presented in Chapter 08.
- The cost difference between the old and the new care pathway (excluding educational costs) depends on the costs of medical specialists and can be calculated as following:
 $Total\ Costs = -3,74 * Costs_{MS} + 4,7 * Costs_{Assistents} + 6,55 * Costs_{VPS}$

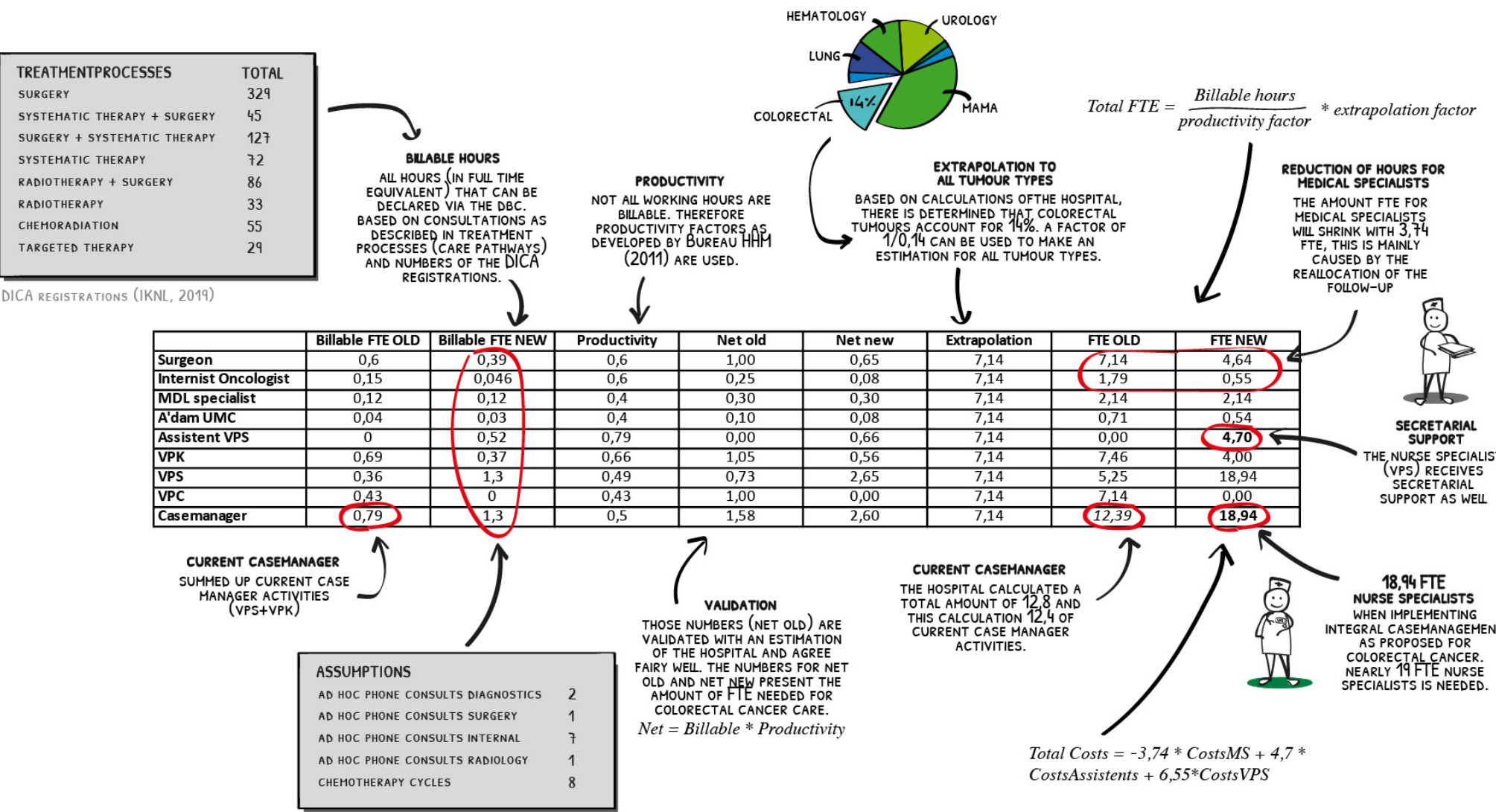


Figure 61: Overview of the formation calculations

9.2 Transition to new organisation

Transition in formation explained

The new desired situation is given in Chapter 08 by explaining the new care pathway. In paragraph 9.1 is explained what this means in terms of formation. This paragraph elaborates on this by focussing more on the transition from old to new workflow.

The slide puzzle metaphor

To explain what is needed to transform the workflow, the slide puzzle metaphor is used as explained in figure 62. Several components are discussed: the most important component is the work capacity which is represented by the grey surface in which the puzzle is played, secondly the production is visualised as puzzle pieces whereby

every puzzle piece symbolises the number of patients in treatment, the color of each puzzle piece symbolises the department of care. The puzzle pieces are horizontally organised which symbolises treatment processes for every tumour type, the last component is the player, this is the person (unit head of each department) who able to shift task and employees.

Current situation

Within the current workflow, there are three main problems (figure 63). The first problem is the closed system. At the moment, the workload of caregivers is (too) high (based on interviews and outages in the cancer centre). There is hardly

enough staff to offer care to the patients. The second problem is the fragmentation, for every tumour type there are different coordinators in each department. The third problem is related to the organisational structure; currently every department is coordinated by their own unit head. Within this project, the cancer centre is considered as a whole within teams are re-classified to aim for efficiency and quality.

Desired situation

This project describes as desired situation a horizontal organised process, with casemanagers being involved along the whole treatment process. This is in line with the aim of the project

as described in paragraph 1.3. As such, it is desired that the caregivers change from position, in that case, we the departments are not leading, but caregivers work in dedicated teams per tumour type. This is visualised in figure 64 where the puzzle pieces are sorted by color horizontally what depicts the dedicated teams.

The transformation

The transition from old to new organisation requires several changes.

Only one unit head is required to make the reorganisation possible. This means that there is one unit head for the whole cancer centre and all nurses, surgeons, internist oncologists and

secretarial assistants fall under this unit head instead of their department unit head.

Next to this, extra capacity is required to be able to shuffle in tasks and create room for that. In the current workflow there is a shortage of employees and this problem is getting bigger during the implementation of casemanagement. This is substantiated by literature. Research has shown that nurses who were undergoing restructuring processes (for example due to mergers or downsizings) were extra susceptible to burnouts and depressions (Greenglass et al., 2003).

In the business case there is a call for extra formation. However, this formation is needed

to perform all activities in the desired situation. During the transition phase there is extra occupancy needed to have room to familiarise with the new working methods and to support retraining trajectories.

Arranging the retraining of nurses

Nurses must be retrained to become Nurse Specialists. In paragraph 9.1 there asked for 18,94 FTE. At the moment there is 5,25 of nurse specialists employed in the cancer centre. This means that 13,69 FTE nurse specialists must be created. In scenario 1 of figure 66, the assumption is that all current nurse consultants retrain to nurse specialists, which is 7,14 FTE. In addition, the

	Scenario 1	Scenario 2
Current VPS	5,25	5,25
VPC -> VPS	7,14	5,00
VPK -> VPS	3,46	1,04
New	3,10	7,66

Figure 66: scenarios of retraining

calculated ‘overcapacity’ of ‘normal’ nurses will retrain as well which is 3,46 FTE. In that scenario there is 3,10 FTE of nurse specialists extra needed. However, it is unlikely that 100% of the nurses want to retrain to nurse specialists. Scenario 2 describes a more likely scenario, in this scenario 70% of the nurse consultants will retrain which means 5,00 FTE and 30% of the calculated

‘overcapacity’ of ‘normal’ nurses. This means that there is a need for 7,66 FTE extra nurse specialists. In addition, there will be overcapacity of nurse consultants which is estimated on 2,14 FTE (7,14*0,3) and ‘normal’ nurses which is estimated on 2,42 FTE ((7,46-4)*0,7). The assumption is that this overcapacity mainly consists of the older employees for whom the training will not be rewarding. As such overcapacity can be used during the transition phase to create extra room (as visualised in figure 64&65) for managing the changing processes.

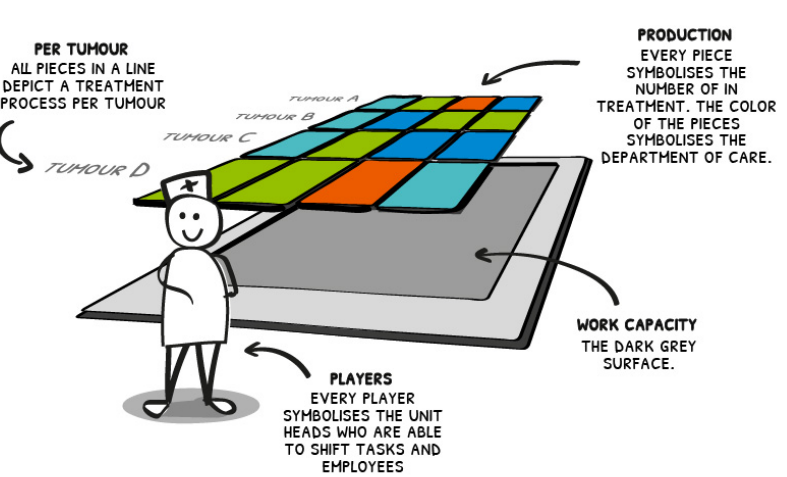


Figure 62: The slidepuzzle metaphor explained

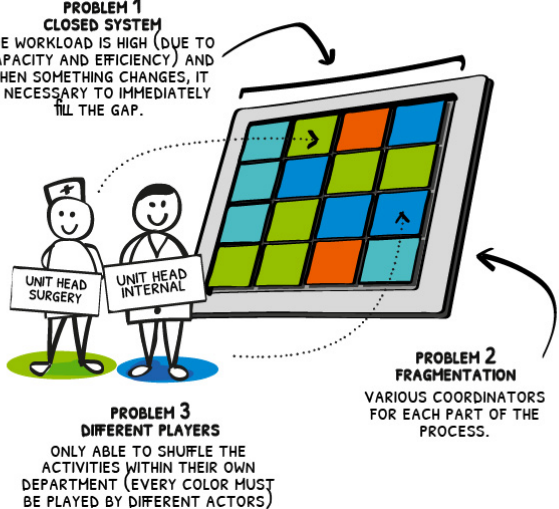


Figure 63: The slidepuzzle metaphor current situation

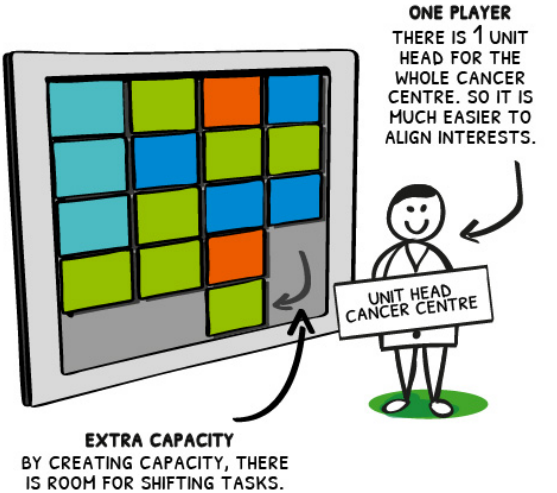


Figure 64: The changes

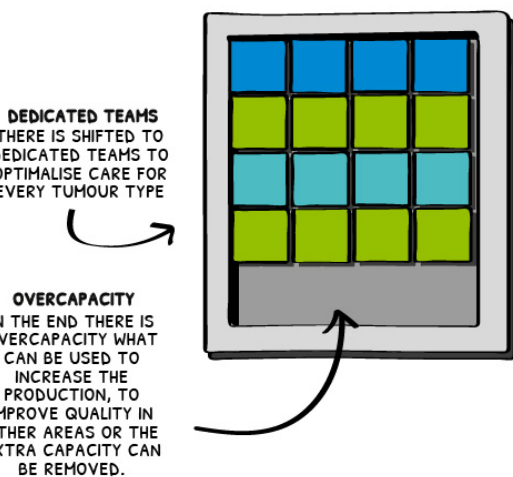


Figure 65: The desired situation

9.3 Risks

What is needed for colorectal cancer care

Symptoms and consequences of untreated risks can be fatal for the project. Risks can negatively influence the result of the project, can cause a delay in the planning, exceed budgets, or the project can fail due to insufficient support. To maximise the chances of success of this project and to minimise these symptoms and consequences, a risk analysis was executed to identify the (possible) risks.

Identifying risks

Risks were identified in several categories: change management, financial, implementation and care process.

Risks in the change management category were identified by applying the theories related to understanding how people experience change and supporting successful change on organisational level of Prosci (n.d.) and Chreim et al. (2012) on this project.

Risks in the ‘financial’ category were identified during writing the business case. Frequently asked questions were: ‘is this budget really necessary?’ and ‘what if we don’t get this budget?’ Answers on those questions were formulated as risks in this matrix.

The care process risks resulted mainly from the PRI analysis. On 15 October, a PRI analysis was held in the hospital. Here, all colorectal cancer related caregivers were invited to discuss the care pathway and identify risks on care specific level.

The last category contains risks which are directly related to implementation. Those risks

were mainly identified by going through the care process and compare them with insights from the interviews and literature research.

Risk matrix

The most important risks are given in figure 67. This matrix describes the risks, how likely it is that a certain category of risks occurs and the impact of the risks.

The risks are sorted from most impactful to

least impactful and then by probability.

Eventually, this overview is created to protect the project against as many of these risks as possible. Therefore, it is needed to set up control measures. Within this matrix reference is made to stepping stone cards of the implementation manual in Chapter 10. These stepping stone cards show the responsible person and a step-by-step plan to prevent the project from risks.

Risk	Category	Description	Probability	Impact	Impact on	Control measure*
1	Implementation	To few staff to compensate for lost time hours	very high	very high	Work pressure	2, 13
2	Changemanagement	Resistance to change	high	very high	Chance of success	1,5
3	Changemanagement	Employees do not want to change their role	high	very high	Chance of success	5,6,8,10
4	Financial	Not enough budget for extra secretarial support	high	very high	Quality	2
5	Implementation	The bridge is not implemented as described in the care pathway	high	very high	Quality	6,8,10
6	Care process	Transfer moments are not supported by secreatiat	high	very high	Quality	12
7	Implementation	No consensus about the care pathway	low	very high	Chance of success	6,1
8	Changemanagement	No continuation from interim phase to future scenario	very high	high	Chance of success	14,15
9	Changemanagement	Insufficient communication	very high	high	Chance of success	1
10	Financial	Not enough budget available for retrainings	very high	high	Quality	2
11	Financial	Not enough budget for extra capacity (nurses)	very high	high	Work pressure	2
12	Care process	The tandem consultations are not feasible organisationally	very high	high	Quality	0
13	Implementation	New formed (dedicated) teams make mistakes in collaboration	high	high	Quality	7, 9
14	Care process	Patients meet the case manager too late (face to face) in the process	high	high	Quality	6, 10
15	Care process	Casemanagers cannot be present at the mdo's of their patients	very high	low	Quality	12
16	Changemanagement	Lack of clear (interim) results	high	low	Chance of success	0
17	Changemanagement	Negative publicity around the project	low	low	Chance of success	1,5
18	Changemanagement	No clear planning and deadlines	very low	low	Chance of success	0
19	Changemanagement	Project is started too early	low	very low	Chance of success	4

Figure 67: Risk matrix *control measures refer to the implementation manual.

9.4 The Business Case summarised

The Business Case towards better (colorectal) cancer care

BUSINESS CASE

Viability challenges

Convincing management layers

- Obtaining training places
- Obtaining implementation budget
- Hierarchical control by one unit head
- Demonstrate future sustainability of the project

Adressing possible (future) painpoints

- A risk analysis
- Patient care should not be affected.
- The workload for caregivers may not increase on short and long-term.

Selecting the appropriate timeframe

- Everyone has to be on board
- Budget and capacity has to be sufficient

Explaining the need for change

Describing the (long-term) impact

Giving the investments needed

Discussing the risks

The Business Case is one of the deliverables as established in Chapter 02. The Business Case describes the technical side of the implementation plan and is important to get the GO on organisational level.

The entire Business Case

This report describes the components of the Business Case that were created as part of this project. These components have been merged with the entire Business Case. The entire Business Case includes a detailed time distribution per employee, and a budget. These components were not published in this study.

Does the new care pathway fulfill the viability challenges?

On 15 October, the businesscase has been sent to the budget committee of the hospital to get a GO on budgetting. This is one of the most important bullet points on the checklist (on the left) which is not checked because this requires more time

The Business Case towards better (colorectal) cancer care in Dijklander Ziekenhuis

The Business Case is needed to create the preconditions that are necessary to work towards better (colorectal) cancer in Dijklander Ziekenhuis.

As the risk analysis shows, approving the budget, will be essential to succeed the project in a successful way.



Discussing the modular care pathway
in a 'Tumor werkgroep' meeting
Jolien Heddes 18 September 2019

Section IV Future

Chapter

10

IMPLEMENTATION MANUAL

The new care pathway and the business case describe the future vision and the substantiation of it. However, the real execution is not guaranteed with those two documents. Project execution is sometimes underexposed in big projects, while the success or failure of a project is related to good project execution.

10.1 Implementation approach

A phase approach including a pilot team

Getting the implementation phase right is crucial to succeed the project in a successful way. There are various types of implementation approaches that can be taken (Charvat, 2003). Within this paragraph the recommended approach to implement integral casemanagement as described in Chapter 07 in Dijklander Ziekenhuis is elaborated.

Phase approach

Implementing integral casemanagement in the whole cancer centre at once is not feasible. This would be a major reorganisation and the knowledge and expertise is not adequate to make this happen. In addition, there is no general consensus about what the care pathways should look like in the future for every tumour type.

Charvat (2003) discusses three implementation approaches: the parallel implementation, the phase approach and the crash implementation.

For this project, the phase approach is recommended. As stated by Charvat (2003) this is ideal when there are more departments involved and when there is no opportunity to close down daily work activities for a specific implementation period. According to Charvat (2003), a phase approach makes it possible to combine implementation with daily activities. “This approach involves implementing the solution to a certain amount of users and then rolling them onto the new solution, while the users are rolled out in a similar fashion until the entire solution is

rolled out within the environment.” In this way, it is expected that there will be a minimal disruption to the patient care and possible problems can be resolved quickly.

Pilots

As described by Charvat (2003), it is recommended to implement a solution first to a certain amount of users and then rolling it out further.

During this study, there is focussed on the treatment of colorectal cancer. Therefore, it is recommended to use this as ‘pilot group’.

Phasing within this project

The pilot group is defined by the caregivers related to colorectal cancer. However, at this moment the cancer centre is divided in departments instead of tumour related teams. So, it is needed to make a pilot group, consisting of all colorectal cancer caregivers. The problem is that all departments are still intertwined as described in paragraph 4.5. This means that all teams must be organised in tumour teams at the same time.

The first phase is therefore defined as ‘awareness, accreditation and forming of dedicated teams’. The aim of this phase is to form tumour dedicated teams in order to create the pilot group for colorectal cancer.

In the second phase, there could be started with the pilot for colorectal cancer. In this phase there is aimed for consensus about the care pathway and within this team the aim is to deploy

casemanagers throughout the entire process. At the same time, the dedicated teams for other tumour types will continue with their activities as they are at the moment. This means that caregivers in te cancer centre work in dedicated teams but casemanagement is still fragmented.

In the third phase, the dedicated teams for all tumour types will start alligning care pathways and working with casemanagers throughout the entire process. Hereby, they can use insights from the pilot for colorectal cancer.

In the fourth phase, there will be a transition to case management which is carried out by nurse specialists. This means that a lot of nurses must be retrained. As a result, the real task allocation can take place. (For example shifting the follow-up consultations towards nurse specialists instead of medical specialists).

In the fifth and last phase, it comes all together in the future cancer centre as described in paragraph 7.2. Here it is crucial to work towards patient-centred care in which shared decision making plays a key role.

In figure 68, a framework is given which visualises the implementation phases.

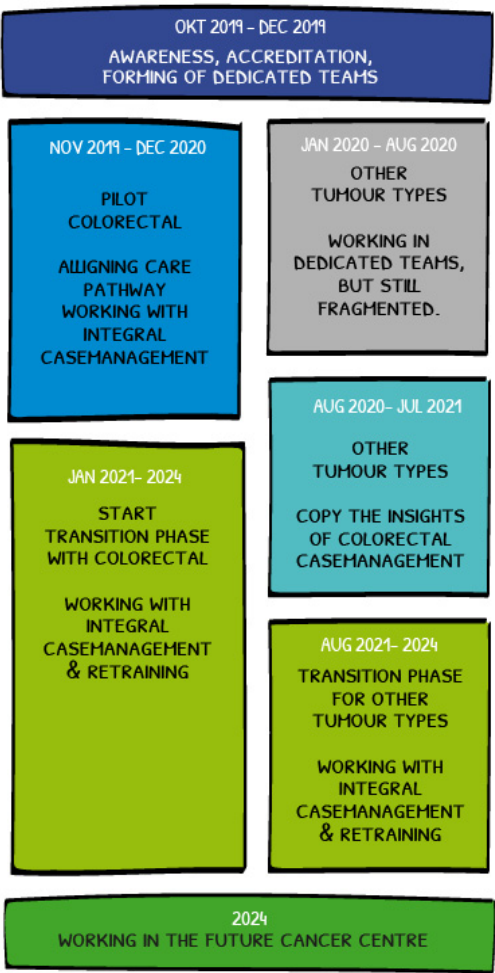


Figure 68: Framework for managing the implementation of casemanagement

10.2 Implementation manual

Stepping stone cards as guide through the implementation process

The manual for support during implementation (implementation manual) as described in paragraph 2.6 is given in this chapter. In paragraph 10.1, the implementation approach is already discussed, within this paragraph the actual structure of the implementation manual is discussed.

Future vision, milestones and stepping stones

The implementation manual is built up in a future vision which is already given in paragraph 7.2. The idea behind the implementation manual is to achieve this future vision. Therefore, the implementation works towards this future vision by using milestones and stepping stones.

As described in paragraph 10.1, the implementation process is divided in several phases. The end of each phase is marked with a milestone to check whether or not the phase has been completed and can be closed.

Every phase is subdivided into stepping stones. This divides a phase into small manageable pieces with concrete objectives and a step-by-step plan to achieve this.

In figure 69, an overview is given with all milestones and stepping stones.

Stepping stones cards

For every stepping stone, a stepping stone card is developed. This is a practical guide to complete each stepping stone in a successful way. Within each stepping stone card, there is clarified, who is primarily responsible and which

stakeholders are involved. There is given when it should start and when it should be ready. Per card, the purpose of the stepping stone, the required preparation, execution and tools are elaborated.

The stepping stone cards are given on the next pages. Below, a list is given of all phases and associated stepping stone cards.

Phase 1: Awareness and accreditation

- Information presentations (page 111)
- Accreditation of the business case (page 112)
- Training places available (page 113)
- Determining GO or NO GO (page 114)

Phase 2: Pilot colorectal and working in dedicated teams

- Introducing POP plans (page 115)
- Alligning the colorectal cancer care pathway (page 116)
- Forming of dedicated teams (page 117)
- Weekly check-up, Agile implementation (page 118)

Phase 3: All tumour types in dedicated teams

- Teambuilding activities for the dedicated teams (page 119)
- Alligning care pathways for every tumour type (page 120)
- Creating extra capacity (page 121)

Phase 4: All tumour types in dedicated teams

- Task reallocation according to agreements (page 122)
- Internal and external training process (page 133)

Phase 5: Patient-centred cancer centre

- Using the image board puzzle pieces (page 134)

Template

The stepping stone cards are made in the same format. This format could be used as template to develop extra stepping stones cards when needed later on.

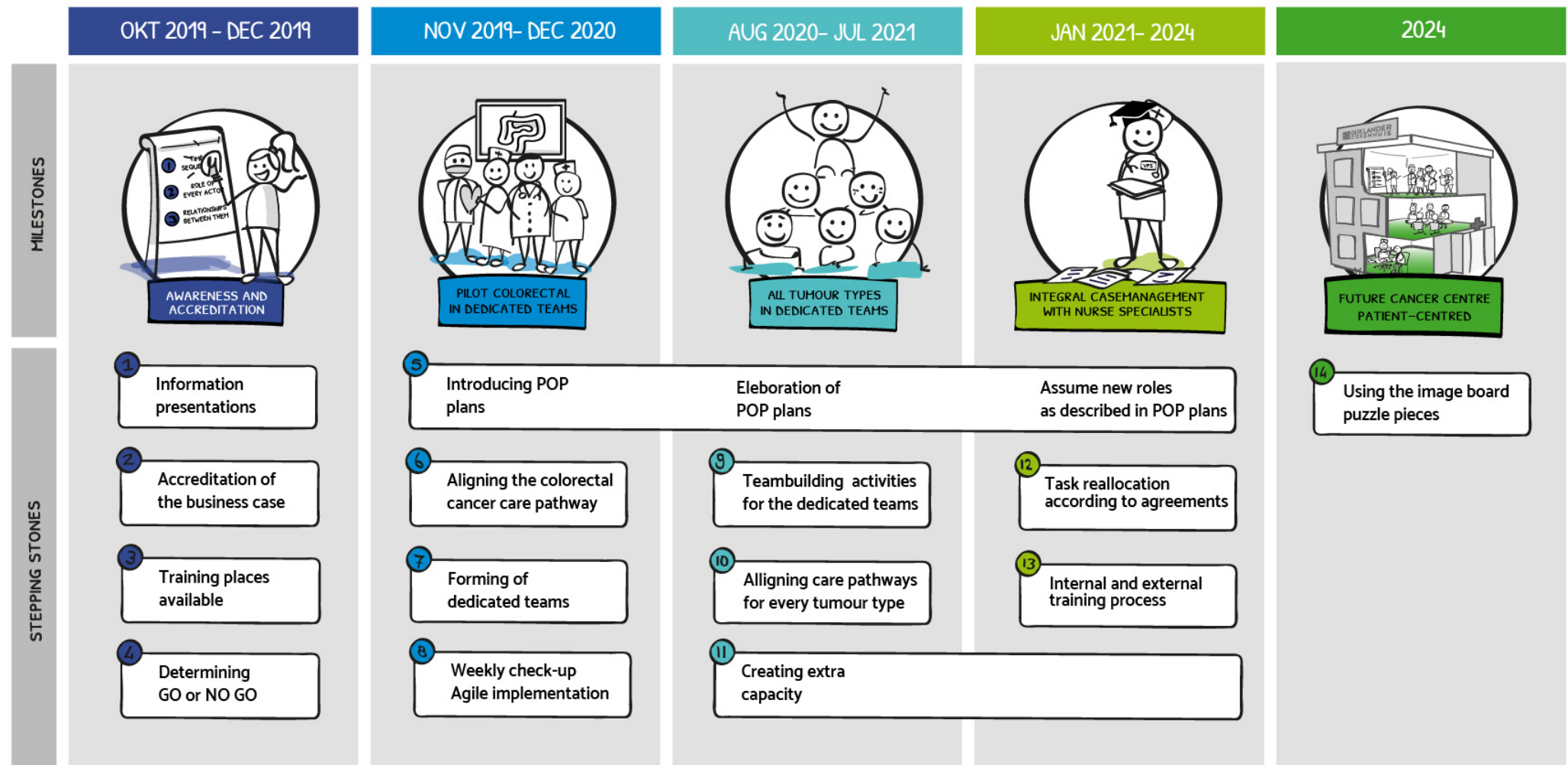


Figure 69: Overview of all milestones and stepping stones, divided in phases

1

Information presentations

START DATE 30th September 2019

END DATE 28 October 2019

RESPONSIBLE PERSON Jolien Heddes

INVOLVED PERSONS All employees in the Cancer Centre

OBJECTIVE(S)

For successful implementation of changes, it is necessary to build momentum (Prosci, n.d.). This can be achieved by giving presentations and organising (interactive) meetings.

Above all, it must become clear that ‘movement’ is required to build a future Cancer Centre. It is necessary to communicate the intention and motives for changing during the information meetings. Next to this it must be clear that there is no fixed desired situation, and not a fixed plan to achieve that situation. Everyone has to understand that it is a moving process of everyone to aim for the best for everyone (Bakker, 2018).

- › Keeping everyone on board
- › Make everyone enthusiastic
- › Communication of intention

PREPARATION AND TOOLS

Preparation of 30 September:
Prepare presentation slides to communicate the intention and motives.

Preparation of 28 October:
Presentation slides must be prepared and discussed with the projec team prior to the presentation. An interactive activity must be prepared in order to give an extra dimension to the meeting and to get everyone into an active ‘we are going to get started’ attitude. Furthermore an information booklet/handout must be developed to hand out afterwards.

- › Presentation slides
- › Interactive activity
- › Information booklet / handout

EXECUTION

Presentation slides are prepared (Appendix XX). During the presentation of 30 september, the intention and motives were communicated to nurse specialists and medical specialists.

28 September, first a presentation (recap of 28 september) will explain everyone the origin and motives. Then the global long term planning will be discussed to ive an idea of what it means for everyone. During the meeting it is the moment to make the transition towards action and execution of the project plan. Lastly the business case will be discussed in order to give some concrete information about training and costs.

- › Communicate motives, plans and planning
- › Transition from design to implementation phase
- › Discuss business case



Accreditation of the business case

START DATE	January 2019
END DATE	20 December 2019
RESPONSIBLE PERSON	Cancer centre
INVOLVED PERSONS	Harriët Blaauwgeers, Edwin van Breugel, Simon Opstal, Steffie Schols, Jolien Heddes, Patricia Kroon, RvB, Department Finance, Department Quality etc.

OBJECTIVE(S)

The aim of the business case is to get accreditation of the board of the hospital to execute the project further on. It is needed to finish and get accreditation before the end of the year in order to be sure to have budget in the next year for executing the project.

The business case helps to identify risks in advance, helps to predict costs and gives an overview of the benefits and limitations of the project.

- › Convincing management
- › Creating budget
- › Being aware of risks

PREPARATION AND TOOLS

To complete the business case it is necessary to get an overview of the whole problem by investigating literature, and apply this in the environment of Dijklander Ziekenhuis. It is needed to have insight into the current capacity to finally describe the financial movements within this project.

To convince the board, the business case must be presented in a readable format and possibly accompanied with a presentation/conversation.

- › Overview of the ‘problem’
- › Insights in current capacity/financial situation
- › Presenting in a nice way to the board

EXECUTION

Harriet will take the lead in writing the business case, organising required meetings (with finance & quality) to finally present it to the board.

Jolien makes supporting visuals and can provide a background report (summary of the graduation report).

- › Meetings for analysis
- › Writing the business case
- › Evaluate the business case



Training places available

START DATE	n.a.
END DATE	20 December 2019
RESPONSIBLE PERSON	Board of cancer centre
INVOLVED PERSONS	Cancer Centre, RvB

OBJECTIVE(S)

Nurse Specialists are described as T-shaped professionals which means that they possess in depth- skills within their own area of expertise, while being able to interact independently with other professionals from other specialisms (V&VN, 2019). The aim is to improve the quality of care and to keep care affordable and future proof within the hospital, therefore it is needed to retrain nurses into nurse specialists when possible. This has to contribute to more efficient care provision. Thus there are trainingsplaces needed for Nursing Specialists.

Meanwhile it is necessary to train nurses on casemanagers qualities (giving support on a whole trajectory). This can be done by following the casemanager training.

- › Obtaining training places for Nursing Specialists
- › Obtaining training places for Casemanagement

PREPARATION AND TOOLS

It is necessary to find out whether or not the training programs have overlap. When ‘casemanagement’ is included in the nurse specialists training,

There must be act in a tactical way to obtain training places for both courses. This means that it must be clarified that both tcourses are necessary to offer complete and excellent casemanagement.

- › Clarify content of the courses

EXECUTION

Asking the board for permission of budget for trainingsplaces.

Subscribing for trainingsplaces.

Investigate whether or not the training is in the neighbourhood. Organising the training in Dijklander Ziekenhuis when necessary.

- › Request for training places and budget
- › Subscribe for trainingsplaces
- › Determine ‘leave hours’ and arrange capacity
- › Organise courses in Dijklander Ziekenhuis when necessary



Determining GO or NO GO

START DATE	n.a.
END DATE	20 December 2019
RESPONSIBLE PERSON	RvB?
INVOLVED PERSONS	Board of the Cancer Centre

OBJECTIVE(S)

In order to succeed with the project in a successful way, it is necessary to start with a solid basis early in the project. Therefore, a stage-gate approach is recommended in the transition from phase 1 (awareness) to phase 2 (pilot colorectal). This approach will ensure that it is the right time to start with the real implementation and will give an indication about the change of success.

- › Determine right moment to start with the pilot
- › Giving an indication about the chance of success
- › Being aware of possible difficulties

PREPARATION AND TOOLS

The preconditions must be clear. Within the project checklist, there must be clear which preconditions must be met at this point. Especially attention must be paid to the bottlenecks regarding capacity and budget in the pilot phase and overall enthusiasm and (intrinsic) motivation among employees.

To prepare the moment of decision, the project checklist (Figure XX) must be reviewed and if necessary supplemented.

In order to check if nothing is overlooked, the project checklist can be compared with several Go/No Go checklists which can be found online.

- › Define preconditions
- › Make clear which one must be met at this point
- › Complete project checklist (figure XX)

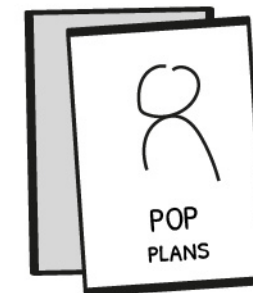
EXECUTION

When the project checklist is completed, the final go or no go decision is relatively easy. 'Just checking the boxes'. When conditions are not met, the impact of it must be deployed, and a plan must be drawn up to meet the condition.

Depending on the impact and the plan made, it can be decided to continue with the project or not.

The advice is to take all preconditions seriously, a project which is started too early can have major consequences.

- › Meetings for analysis
- › Writing the business case
- › Evaluate the business case



POP Plans

START DATE	28 October 2019
END DATE	2024
RESPONSIBLE PERSON	Jolien Heddes (Till 30 October) -> ...?
INVOLVED PERSONS	All employees in the Cancer Centre

OBJECTIVE(S)

To uncover personal ambitions and wishes and to coordinate them in a way that these align with objectives of the cancer centre, it is needed to make concrete agreements about the career of caregivers.

Here, a step towards task reallocation can be made by finding out what will fit everyone in the future scenario, and to work towards it step by step.

Working with personal development plans can result in participation in projects, following trainings courses and performing other activities. All these aspects can lead to motivation and satisfaction on work related activities (Van den Berg, 2018).

- › Uncover personal ambitions and wishes, find out what role fits everyone
- › Create motivation and satisfaction
- › Align personal plans with the ambitions of the Cancer Centre.

PREPARATION AND TOOLS

By using the ADKAR model (Awareness, Desire, Knowledge, Ability, Reinforcement), barriers can be identified in order to overcome these barriers. Also SMART principles can be used to clarify agreements. To finally come up with an 'development contract' between the cancer centre and all caregivers.

The ADKAR steps must be elaborated on individual level by making 'Personal development plans' (POP plan). Then, it is needed to evaluate this plan with some regularity throughout the entire implementation process in order to detect small problems (or opposition) at an early stage.

It is recommended to outsource these activities to a professional or a professional organisation.

- › Using an ADKAR model
- › Investigate which 'professional' suits the tasks and is responsible or at least create capacity within the hospital to fulfill these tasks.

EXECUTION

Prior to changes, it must be clear in what direction caregivers want to employ themselves. Therefore, the theme evening on 28th October can be used as 'awareness' meeting after which people can take a handout of booklet home to overthink their personal ambitions and to prepare for the POP plans. After 28 October.

After the awareness phase and the accreditation of the Business Case, individual conversations must be scheduled and reported.

Then it is needed to evaluate on regular basis to check progress and monitor the well-being of caregivers.

- › Working on awareness & desirability
- › Set up POP plans
- › Monitoring and evaluating POP plans

Aligning colorectal cancer care pathway



START DATE	29 October 2019
END DATE	Various sessions planned till February 2020
RESPONSIBLE PERSON	First Jolien Heddes -> Commissioner care pathway of the dedicated team
INVOLVED PERSONS	First TWG colorectal -> Dedicated team Colorectal

OBJECTIVE(S)

Consensus must be reached in order to get everyone on board to actually work according to the care pathway (Geukes, 2010)

Next to this, aligning with the involved professionals is required to ensure that the quality is guaranteed.

- **Activate everyone to work according to the care pathway**
- **Guaranteeing quality**

PREPARATION AND TOOLS

The care pathway as proposed in chapter XX can be used as tool. This care pathway is made on three levels. To align the care givers activities, the organisational layer and the modular protocol layer are useful. (Creative) sessions must be scheduled to bring caregivers of all disciplines together.

A workshop must be elaborated which focuss on how to use the tools to finally end up with consensus and a worked out without counterparties.

It can be powerful to include this way of working throughout the entire pilot in Agile loops.

- **Scheduling sessions**
- **Use the tools: Carepathways**
- **Elaborate a workshop**

EXECUTION

Within (creative) sessions, caregivers related to the care pathway (dedicated team) comes together to discuss on the current care pathway and reallocate tasks/components within the care pathway.

Here, it is needed that a positive vibe and innovative mood is created before starting the workshop.

It is also recommended to engage a moderator that keeps track of time and ensures a positive mood.

The sessions must be recorded and elaborated, in order to use it for the other tumourtypes as well.

- **Warming up**
- **Moderator**
- **Recording the process**

Forming of dedicated teams



START DATE	28 october 2019
END DATE	January 2020
RESPONSIBLE PERSON	Board of Cancer Centre
INVOLVED PERSONS	All employees in the cancer centre

OBJECTIVE(S)

This project describes as desired situation a horizontal organised process, with casemanagers along the whole treatment process.

So it is desired that the caregivers change from position, in that case we the departments are not leading, but caregivers work in dedicated teams per tumour type.

The goal is to structure the cancer centre in tumour types instead of departments in order overcome problems related to fragmented cancer care.

To achieve more uniformity in the implementation of case management and the associated preconditions it is recommended to appoint one cancer centre head (instead of different unit heads).

- **Working in dedicated tumour teams**
- **Overcome problems related to fragmented cancer care**

PREPARATION AND TOOLS

The transition to dedicated teams can be experienced as overwhelming by some caregivers. Therefore there must be started early with providing information and offering support to guide this process.

Employees must have the feeling that they can think about it themselves without time-pressure and without having the feeling that they are being pushed in a certain direction.

Tools can be developed to stimulate this overthinking by caregivers. For example questionnaires and presentations.

Appoint one Cancer Centre head. (If the duties of caregivers are more than 50% oncologic in nature, it is recommended that hierarchical management of these officers be performed by the oncology department manager.

- **No decision pressure**
- **Presentations and questionnaires**
- **One Cancer Centre Head**

EXECUTION

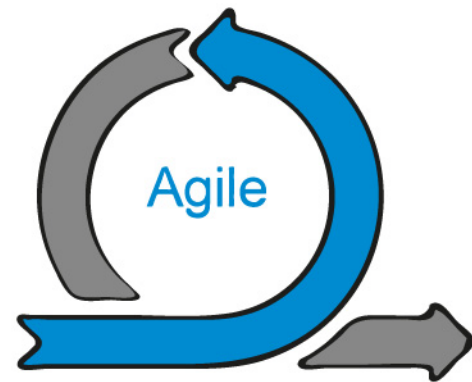
The 28 of october there can be started with giving information about what is expected in terms of dedicated teams. Afterwards a booklet with questions or a questionnaire or something similar can be handed-out.

End of november 2019 there must be an indication of what direction everyone wants to go.

In January / february 2020 it is needed to make a final decision for everyone. The dedicated teams must be clear.

A shared agenda for the dedicated teams must be set up and a clear task division must be made in advance. The non-colorectal teams will still work fragmented and the colorectal team starts with aligning the pathway and implementing changes.

- **November 2019: Indication,**
- **Jan/Feb 2020: Dedicated teams Teams**
- **Shared agenda and clear tasks**



Agile implementation

START DATE	February 2020
END DATE	December 2020
RESPONSIBLE PERSON	Agile leader
INVOLVED PERSONS	Dedicated team Colorectal

OBJECTIVE(S)

In the end, the new care pathway must be integrated in the workflow. By using the Agile approach, all changes can be tried out, evaluated and improved. Agile is very suitable for complex projects, it divides big changes and developments in iterations. Small projects by using 'timeboxing'.

- **Activate everyone to work according to the care pathway**
- **Guaranteeing quality**

PREPARATION AND TOOLS

There must be determined a schedule to make 'time boxing' possible. Time boxing describes the fixed procedure of every Agile cycle. Suggested is to meet every 2 weeks with the dedicated team Colorectal. Before starting with those meetings, it is necessary to make clear why these meetings are necessary, and why it is necessary to meet at frequent basis.

Another important issue is the Agile leader. There must be a leader (at least in the beginning) to set up the Agile sessions, to explain the need of Agile and to moderate the sessions.

- **Clarify need for sessions**
- **Scheduling fixed moments (during working hours) to have agile meetings.**
- **Find an Agile leader**

EXECUTION

The new care pathway must be divided in subchanges. Every change has his own Agile cycle(s). So in the team, the change will be discussed. Then the change will be applied after which the team comes together to discuss what went well and what could be improved. Those improvements can be applied in the next cycle, untill the change is implemented in a way that suits the hospital, patients and caregivers the most. Then it is time to go further with the next change and appurtenant Agile cycles.

- **Determining sub-changes/microchanges**
- **Implement -> evaluate -> re implement change**



Teambuilding activities

START DATE	August 2020
END DATE	Oktober 2020
RESPONSIBLE PERSON	Cancer centre?
INVOLVED PERSONS	All dedicated teams

OBJECTIVE(S)

One of the fears among carecivers was that they have to learn to function as a team again. To improve productivity and motivation, to motivate caregivers of each dedicated team to work together, and to develop their strengths and adress weaknesses, teambuilding activities will be an ideal solution.

- **Learn to function as team again**

PREPARATION AND TOOLS

The task of the cancer centre is to plan teambuilding activities. Recommended is to provide budget for those activities.

There must be ensured that the teams are enthusiastic to participate in the teambuilding in order to succeed in a successfull way.

- **Scheduling sessions**
- **Make the teams enthusiastic for teambuilding**

EXECUTION

In the beginning it is recommended to plan more extensive sessions. (every month/two months). Then it can be reduced to once or twice per year.

Furthermore it is recommended to outsource the teambuilding activities.

- **Timing: Beginning more**
- **Outsource the activities**

Aligning all care pathways



START DATE	August 2020
END DATE	Oktober 2020
RESPONSIBLE PERSON	Commissioner care pathway of the dedicated team
INVOLVED PERSONS	All dedicated teams

OBJECTIVE(S)

Consensus must be reached in order to get everyone on board to actually work according to the care pathway (Geukes, 2010)

Next to this, aligning with the involved professionals is required to ensure that the quality is guaranteed.

- **Activate everyone to work according to the care pathway**
- **Guaranteeing quality**

PREPARATION AND TOOLS

The care pathway as developed by the dedicated team colorectal, can be used as tool.

To align the care givers activities, the organisational layer and the modular protocol layer are useful.

(Creative) sessions must be scheduled to bring caregivers of all disciplines together.

The workshops as used for colorectal cancer can be used to finally end up with consensus and a worked out without counterparties.

It can be powerful to include this way of working throughout the entire pilot in Agile loops.

- **Scheduling sessions**
- **Use the tools: Carepathways and recommendations of the colorectal care pathway**
- **Use the workshops and insights from colorectal.**

EXECUTION

Within (creative) sessions, caregivers related to the care pathway (dedicated team) comes together to discuss on the current care pathway and reallocate tasks/components within the care pathway.

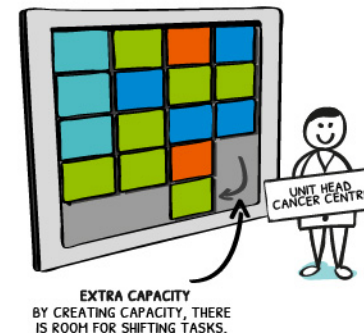
Here, it is needed that a positive vibe and innovative mood is created before starting the workshop.

It is also recommended to engage a moderator that keeps track of time and ensures a positive mood.

The sessions must be recorded and elaborated, in order to use it for the other tumourtypes as well.

- **Warming up**
- **Moderator**
- **Recording the process**

Creating extra capacity



START DATE	August 2020
END DATE	July 2021
RESPONSIBLE PERSON	Care manager cancer centre
INVOLVED PERSONS	All dedicated teams

OBJECTIVE(S)

Extra capacity is required to be able to shuffle in tasks an create room for that. In the current workflow there is already a shortage of employees and this problem is getting bigger during the implementation of casemanagement.

In the Business Case is a call for extra formation. However, this formation is needed to perform all activities in the desired situation. During the transition phase there is extra occupancy needed to have room to familiarise with the new working methods and to support retraining trajectories.

- **Extra capacity is required**
- **Create room to familiarise with new workflows**

PREPARATION AND EXECUTION

Creating capacity can be done in two ways: hiring extra caregivers or improving the productivity.

To improve the productivity, it is highly recommended to check if everyone is able to type 'blind'. Otherwise it is needed to make a typing course mandatory.

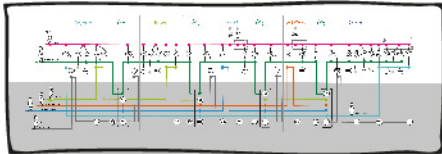
First there must be identified who will do the retraining in order to identify how many extra (external) capacity is needed. This identifying process is done by carrying out the personal meetings with al employees to determine the future plans of each employee. This will result in an overview of all employees what makes visible who will do the retraining and at what time.

Then it is needed to calculate how many extra capacity due to the retraining hours is needed, besides the 6,55 FTE (18,94-12,39) what is required anyway.

Example:

There asked for 18,94 FTE. At the moment there is 5,25 of nurse specialists employed in the cancer

centre. This means that 13,69 FTE nurse specialists must be created. It is likely that only 70% of the nurse consulents will retrain which means a total of 5,00 FTE and 30% of the calculated 'overcapacity' of 'normal' nurses. This means that there is a need for 7,66 FTE extra nurse specialists. In addition, there will be overcapacity of nurse consulents which is estimated on 2,14 FTE $6,(7,14 \cdot 0,3)$ and 'normal' nurses which is estimated on 2,42 FTE $((7,46 - 4) \cdot 0,7)$. The assumption is that this overcapacity mainly consists of the more older employees for whom the training will not pay back. So this overcapacity can be used during the transition phase to create extra room for managing the changing processes.



Task reallocation

START DATE	July 2021
END DATE	2024
RESPONSIBLE PERSON	Commissioner of each dedicated team
INVOLVED PERSONS	All dedicated teams

OBJECTIVE(S)

This is one of the most important steps within the implementation. During this step, it is needed to make sure that all dedicated teams work as proposed in the (new developed) care pathways. Here it is needed that there is enough capacity of nurse specialists, because here it is needed to shift tasks from medical specialists to nurse specialists. Within the colorectal team, they already implement it within the Agile sprint implementations. During this phase, the other tumour teams will follow them. Next to this, this implementation step will ensure that the task reallocation as proposed will be implemented and kept. A pitfall is to fall back in old workflows.

- Shift tasks to nurse specialists
- Continue implementation

PREPARATION AND TOOLS

Because of the different profile of nurses and nurse specialists, this implementation step can be started at earliest when there are enough nurse specialists. This is because of a differentiation in capabilities. Otherwise some tasks can not be shifted. Make a clear plan how the tasks. It is needed that everyone within a dedicated team is trained internal and external to be able to execute all necessary tasks for integral case management.

- Extra capacity
- Enough nurse specialists
- Develop an execution plan which fits every tumour type

EXECUTION

Option 1: Apply integral case management for a specific patient group.
Option 2: Redistribute implementation of the total care pathway in phases, for example first implementing the bridge, then the follow up etc.

- Execute plan as made in the preparation phase.



Internal and external training process

START DATE	Jan 2021
END DATE	2024
RESPONSIBLE PERSON	Cancer centre?
INVOLVED PERSONS	All dedicated teams

OBJECTIVE(S)

There is chosen for integral casemanagement where nurse specialists will execute the role of the case managers. Therefore external training is needed in terms of retraining nurses into nurse specialists and offering the courses to become casemanagers. Next to this, internal training is required to perform case management as desired. For example: nurse specialists in surgery must be trained to become experts in systematic therapies as well and vice versa.

- External training: ‘opleiding tot verpleegkundig specialist’ and ‘opleiding tot casemanager’
- Internal training for expertise over different departments

PREPARATION AND TOOLS

Time must be created to allow the nursing specialists to walk along with the medical specialists from the other disciplines. The nurses must walk along with each other and that clinical lessons must be given by the medical specialists. The costs for this are in particular leave hours and training hours.

- Creating time for leave and training hours (verlet uren)

EXECUTION

Organising taster days for nurses, like co-assistants. Clinical lessons organised by current nurse specialists and medical specialists. And workshops where dedicated teams come together and learn from eachother.

- Organising taster days
- Clinical lessons
- Discussion sessions between dedicated teams



Using the image board puzzle pieces

START DATE	January 2023
END DATE	2024
RESPONSIBLE PERSON	Board of cancer centre
INVOLVED PERSONS	Cancer Centre, TU Delft

OBJECTIVE(S)

The patient study made clear that for patients, it is often hard to communicate clear and efficient with caregivers. Patients experience a lack of knowledge “In a consult, I don’t know what kind of questions I can ask”. Next to this, it is often hard for them to remember everything what is said

The puzzle pieces can be used as ‘image board’ during consults. Patients can take it home to make it easier for them explaining friends and family what is going on. Therefore, the puzzle pieces as ‘image board’ also provides opportunities to make a step forward in shared decision making.

- Puzzle pieces for better communication
- Opportunities for shared decision making

PREPARATION AND TOOLS

To make this communication and shared decision making actually possible, it is needed to elaborate the puzzle pieces.

Recommended is to hire another (IDE, DFI) graduate student early in 2023 to develop in more detail the puzzle pieces for patients in which shared decision making is integrated.

- Hire another (IDE/DFI) graduate student
- Integrate shared decision making in the care pathway

EXECUTION

To hire another graduate student it is recommended to have some budget for them. Advised is €200-€500 per month.

In January a graduation opportunity brief must be sent to TU Delft in order to promote on the website.

In March/April, the student can start his/her graduation job at the Cancer Centre in Dijklander Ziekenhuis.

- Write an graduation opportunity
- Create some budget. (advised)-

9.4 Implementation manual summarised

IMPLEMENTATION

Feasibility challenges

☒ Clear and effective communication

➤ Involved caregivers must be aware of the need of change.

➤ Caregivers must be well informed about the changes and consequences thereof.

➤ Create and respond to intrinsic motivation

➤ Guidance/coaching during implementation

☒ Building new well functioning teams

➤ Plan regarding workload/capacity

➤ Teambuilding, to form pleasant new teams to work in.

☒ Managing the reorganisation

➤ There must be transitional arrangements during the time of implementation.

➤ Offering reasonable options to caregivers to keep their job, either in a new form.

➤ Train each other interdisciplinary within DLZ

☒ Planning including microchanges

☒ Communication plan

☒ Coaching plan

The Implementation manual is one of the deliverables as established in Chapter 02. The ‘promising desired future’ is described in the new Care Pathway, the preconditions were determined in the Business Case and the Implementation manual is about the way towards the desired future.

The Implementation Manual

The Implementation Manual contains an overview with all stepping stones and milestones linked to a time slot. Every stepping stone has a number which refers to the corresponding stepping stone card. In these stepping stone cards, the objective of each stepping stone is explained, together with an execution suggestion.

Does the Implementation Manual fulfill the feasibility challenges?

The feasibility challenges as described in paragraph 7.3 and depicted on the left are met. This means that the implementation manual includes a planning (with microchanges), a communication plan and a coaching plan. There is elaborated what the Hospital needs to do in terms of achieving effective communication, building well functioning and motivated teams and there is taken into account the transition phase. In fact the period up to 2024 can be described as a transition phase.

The Implementation Manual towards better (colorectal) cancer care in Dijklander Ziekenhuis

The Implementation Manual literally describes the promising way towards better (colorectal) cancer. By using the stepping stone cards, the milestones can be achieved. All milestones together aim to transform the current cancer centre into the desired future cancer centre.

Some stepping stones describe new methods for the hospital and most of them focuss very much on cherishing employees in order to stimulate motivation for innovation from there. This is tricky because cherishing employees, (which is in line with the strategy of the hospital as described in paragraph 3.2) is not one of the strengths of the hospital/cancer centre.

124 Section V Deliverables - Implementation Manual

Section V Deliverables - Implementation Manual 125

SECTION VI CLOSURE

- Conclusion
- Contribution to new knowledge
- Limitations & recommendations
- Future research
- Personal reflection
- References

Conclusion

*Towards better (colorectal) cancer care in Dijklander Ziekenhuis,
this study identifies a promising way to implement case management.*



Better (colorectal) cancer care in Dijklander Ziekenhuis

The new care pathway is a conceptual design which makes the future vision of 'better (colorectal) cancer care' more tangible. The future vision describes a Cancer Centre that meets all standards of SONCOS and the government. Next to this, the future vision describes a Cancer Centre that is leading in cancer care. Delivering bespoke and patient-centred care including shared decision making and offering a pleasant working environment which facilitates cooperation are main focus points within the future vision. The new care pathway is designed in such a format that it gives substance to the future vision of the Cancer Centre. The modular format meets the wishes to deliver bespoke and patient-centred care while expertise is retained and the overall process is monitored. Monitoring the overall process is done by designing a new module within the care pathway: the bridge. In addition, the care pathway makes better communication towards patients possible. This is essential for shared decision making. With all these characteristics, the new Care Pathway appears to be a gold mine on the way to better (colorectal) cancer care within Dijklander Ziekenhuis.

The promising way to implement case management

The Implementation Manual literally describes the promising way towards better (colorectal) cancer. The aim of the Implementation Manual is to transform the current Cancer Centre into the desired future Cancer Centre in which the new Care Pathway is integrated. There is chosen for a phased implementation approach including pilots. In this way, there is expected a minimal disruption to the patient care and possible problems can be resolved quickly. During implementation, there are various milestones defined to divide the implementation process into manageable pieces with clear deadlines. Additionally, the milestones are subdivided into steppingstones which are elaborated in stepping stone cards in order to increase the chance of success. Some stepping stones describe new methods for the hospital and most of them focus on cherishing employees in order to stimulate motivation for innovation. There is chosen for those new methods because there is found out that cherishing employees, what actually is in line with the strategy of the hospital, is still not one of the strengths of the hospital and therefore the Cancer Centre.

Arranging the preconditions

Towards better (colorectal) cancer care within Dijklander Ziekenhuis, some preconditions are identified. Those preconditions must be met to succeed the project. Preconditions were mainly budget and formation related. Within this study, it became clear that there are extra nurse specialists needed. The Business Case provides insight into the number of specialists required in the new desired situation, compared to the old situation. Then there is made budget request to initially fund the training of nurses to nurse specialists in terms of training costs and lost time due to training. In addition, the Business Case contains a risk analysis, which makes a prediction how the project will succeed or will fail due to handling these risks or not. This report shows the components of the business case that are made as part of this graduation project. The complete version of the business case is made by the hospital.

Contribution to new knowledge

Modularity and multidimensionality of the Care Pathway

During this research, there was investigated how colon cancer patients experience their treatment process,. This is plotted against the work experiences of caregivers in order to come up with a solution to bring them together.

A number of things are already known and implemented regarding to case management in cancer care. However, this is not recorded and published in the form of care pathways. Up to the present day, mainly 1-dimensional static care pathways are used. Within this research there is presented a new format of a care pathway that is suitable for case management in cancer care. This care pathway is designed as a 3-dimensional and modular care pathway.

a separate module that is necessary to ensure that the different modules connect to each other all the time. The bridge is therefore a recurring module which perfectly fits the case managers role. Within this research there is presented how the sequencing of consultations must be and in which module what kind of consultation is needed. This is done in order to make sure that the bridge ensures all consultations that are needed, without unnecessary inefficiency (for example caused by double consultations or consults where a patient comes unprepared).

Furthermore this research shows how the needed formation can be determined and what reallocation of hours is needed to perform activities as described in a Care Pathway. In this way, deviations can be detected easily, overcapacity can be uncovered to use this where there appears to be a shortage. So this research contributes to more LEAN processes within the hospital.

The **three-dimensionality** is used to communicate on different levels. In this way, all stakeholders can work with the same care pathway what will improve communication and coordination. In this way, patients and caregivers will operate more on the same level what makes patient-centred care possible and what can contribute to the process of shared decision making.

The most striking aspect of the design of the new care pathway is the **modularity** aspect with in particular the development of 'the bridge'. The modularity means that the treatment process is split in to small pieces which are called 'modules'. In this way every individual treatment describes 1 module. In this way it is easy to offer bespoke care by selecting the different modules and stick them together to create a personalised care pathway. To make this possible, within this research **'the bridge'** has been designed. The bridge is



Limitations, recommendations & further research

To expose the ‘gold mine’ furthermore

Research sample size

Due to various reasons (the hospital environment, the target group, workload of caregivers and the time limit of this project) the sample size of the graduation project was limited to a minimum. In addition failures were made during generative sessions. However, the date obtained, was analysed in an extensive manner and agreed with results of questionnaires of IGJ. Therefore the insights of the patient research are included.

- **It is recommended to set up a research study with a larger sample size (especially among patients) to give more substance to the data.**

Validation of the new care pathway

The intention was to validate the new care pathway in a comprehensive way. This is because two types of validation are needed: a new format is designed and feedback is required to be sure that the new format will function and the content must be correct. Within this graduation project there was too late asked for a session with all involved caregivers. The idea was to construct a new care pathway with all involved caregivers in a co-creation session. However, there was no time to bring everyone together. As a result, there was chosen to do some individual sessions, but this turned out to be suboptimal.

Another mistake was made in the visualisation of the care pathway. There was started with a post-it version, which really made clear that it was a concept version of the care pathway. However,

too soon the pathway was visualised in illustrator what makes it more difficult for caregivers to give feedback.

- **To validate the format of the care pathway it is recommended to set up a research in which patients with the same diagnosis are advised in two ways, in one half, the treatment plan is proposed according to the old care pathway, and the other half the treatment plan is presented in the new care pathway format.**
- **To ensure the quality of the content and to reach consensus about protocols within each module, it is highly recommended (required) to organise sessions in which caregivers discuss the content of the modular care pathway.**

The care pathway as tool for shared decision making

The care pathway could be used as image board during consultations. Together with the proposed different sequencing of consultations, it is assumed that this promotes shared decision making. However, due to time issues, only a suggestions image board (puzzle pieces info side of the care pathway) is made.

- **As explained in the implementation manual, further research is recommended to develop the image board for cancer care in Dijklander Ziekenhuis. A suggestion has been made for a graduation project of another IDE student.**

Productivity and efficiency of employees

Within the Business Case there is calculated in terms of formation what is needed to make working according to the new care pathway possible. From this it was found out that there is more FTEs are needed for nurse specialists. Subsequently, there is proposed to enlarge the capacity by hiring new employees. Despite increasing productivity is the most desirable and sustainable solution, this possibility is not investigated. At this moment, there is assumed that caregivers are currently unable to increase their productivity because the caregivers research showed that they experienced the current workload as too high. In addition, there is assumed that changes (even if these increase efficiency) are not feasible at such a moment.

- **It is recommended to perform research to what extend the productivity can be stretched to increase the capacity.**

Colorectal cancer as case study

In this research, colorectal cancer is analysed as case study. But, in the Cancer Centre as desired and described in the future vision, all carepathways for all tumour types must change. In the implementation manual, this aspect is taken into account. However, the format of the care pathway is designed for colorectal cancer. This can cause some difficulties when during the implementation for other tumor types.

Paper care pathway or digital

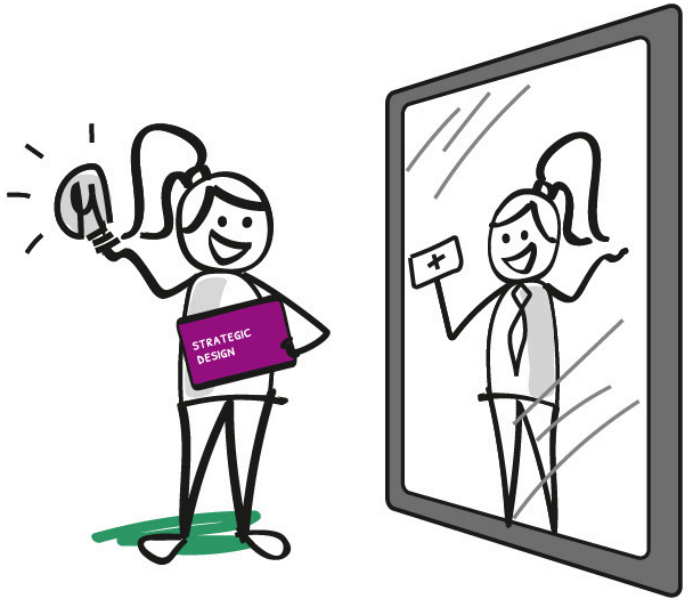
Within this research, puzzle pieces are designed which are intended for printing. This is done to make people physically acquainted with the new workflow. When the modular care pathway is entered in HiX, it can be questioned whether or not it is needed to have the physical puzzle pieces.

- **For caregivers it is advised to digitalise the care pathway (in HiX)**
- **For patients, it is advised to make a paper version to open discussions during consultations much more easier.**

The HiX computer system

The HiX computer system has been left out of scope of this project. However, to actually work with the new care pathway it is required to enter the care pathway modules in HiX and it is needed to train caregivers to work with modules within the computer system.

- **It is recommended to set up a project team that works together with the HiX programmers to ensure that the modular care pathway can be applied in the system**



It has been a great pleasure to work on this project. Not only I learned a lot from strategic design in general and the healthcare context, but this project also got to know me Jolien as a designer, Jolien as colleague and Jolien as ambitious person.

Strategic design

After my bachelor I knew for sure: the IPD master is not for me. DFI was a bit too arty for me and so the master Strategic Product Design was the 'left over'. I now dare to say honestly that I played around something the first one and a half years of my master. I went to lectures, I read the recommended books and I did my projects, all quite successful. However, I missed the the holistic picture and the real understanding about what I was doing. In this respect, this project was like magic. All pieces of the puzzle were coming together. All of a sudden the book 'Strategic Design' (Calabretta et al., 2016) was my holy grail. The same for concepts as feasibility, viability and desirability, a combination of vague and elusive words which came to life during this project and suddenly I knew exactly how to dance between these 'big three'.

Healthcare context

During this project I have learned a lot from a total different domain. When I think back to the very first meeting (11 March 2019), there has been changed a lot. At that time I was unable to follow the conversations for like 70% due to a lack of medical knowledge and jargon. This is a big contrast with the end of my project: I am now organising a meeting to talk with all these people about the future of the Cancer Centre.

Renewed acquaintance with Jolien

During my graduation project I had a renewed acquaintance with a more business Jolien that I didn't know she existed. First, I discovered my role as designer and what a designer can add to processes. I have never used so many post-its, I have never drawn so much and I never read so precise my study books as during my graduation project. By continuing reading, drawing and organising post-it sessions again and again I learned a lot about how design could be applied in a strategic way in a hospital environment. Second, I learned more about myself as colleague. At the start of this project I was a very ignorant, expectant and reluctant person. This changed more and more as I felt more comfortable in my work and at my workplace. I learned that I am very organised regarding to planning and working systematically and that I expect this from other colleagues too. I discovered that in many cases I am not afraid to approach people, which sometimes seems to go against the hierarchy rules. Eventually I got to know myself as a ambitious person which surprised me on the one hand and was very strange on the other hand. I think this is mainly because I got the feeling that I could fully understand what I was doing. This is something I have not experienced before in other study projects.

References

Austin, C. D. (1990). Case management: Myths and realities. *Families in Society*, 71(7), 398-407.

American Cancer Society. (2018). Colorectal Cancer Signs and Symptoms. <https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/detection-diagnosis-staging/signs-and-symptoms.html>

André, B., & Sjøvold, E. (2017). What characterizes the work culture at a hospital unit that successfully implements change—a correlation study. *BMC health services research*, 17(1), 486.

Bakker, S. (2018). Rake vragen. Groningen: Het Noorderlicht

Bessemers, M. & Kortmann, Y. (2019, June 11). De medisch specialist en casemanagement. Oncologisch casemanagement in vogelvlucht. Symposium organised by Jeroen Bosch Ziekenhuis, Den Bosch

Blaauwgeers, H., Van Breugel, E., Van Dongen, A., Opstal, S., Poortman, P., Schols, S & Steur, C. (2019). Themacentrum oncologie (zorg)integratieplan. Dijklander Ziekenhuis, Hoorn

Brouwer, M. (2019, June 11). Casemanagement in het Borstcentrum JBZ. Oncologisch casemanagement in vogelvlucht. Symposium organised by Jeroen Bosch Ziekenhuis, Den Bosch

Bruins, B. (2019, February 20th). Aanbieding eindrapport onderzoek De financiële effecten van taakherschikking [letter from parliamen]

Board of innovation. (2019). Free innovation tools. Retrieved May 24, 2019, from <https://www.boardofinnovation.com/tools/>

Bureau HHM. (2011). Handreiking kostprijsberekening versie 5.0. Retrieved October 14, 2019, from <http://www.invoorzorg.nl/achtergrondinformatie-ostprijsberekening.html>

Caietti, N. (2018). Successful project execution. Retrieved September 6, 2019, from <https://www.projectmanager.com/blog/project-execution>

Calabretta et al. (2016). Strategic Design. Amsterdam: BIS Publishers.

Charvat, J. (2003). Project management methodologies: selecting, implementing, and supporting methodologies and processes for projects. John Wiley & Sons.

Choi, S., Holmberg, I., Löwstedt, J., & Brommels, M. (2011). Executive management in radical change—The case of the Karolinska University Hospital merger. *Scandinavian Journal of Management*, 27(1), 11-23.

Chreim, S., Williams, B. E. (Bernie), & Collier, K. E. (2012). Radical change in healthcare organization. *Journal of Health Organization and Management*, 26(2), 215–236.

Cringles, M. C. (2002). Developing an integrated care pathway to manage cancer pain across primary, secondary and tertiary care. *International Journal of Palliative Nursing*, 8(5), 247-255.

Cijfers over kanker. (2019). Nederlandse kankerregistratie [dataset].

De Bleser, L., Depreitere, R., WAELE, K. D., Vanhaecht, K., Vlayen, J., & Sermeus, W. (2006). Defining pathways. *Journal of nursing management*, 14(7), 553-563.

Dijklander Ziekenhuis. (2019). Over ons. Retrieved May 30, 2019, from <https://www.dijklander.nl/over-ons>

Docdoc. (2018). What is Oncology Consultation: Overviw, Benefits, and Expected Results. Retrieved June 12, 2019, from <https://www.docdoc.com.sg/info/procedure/oncology-consultation/>

ERAS. (2019, March). ERAS protocol. [document]

Federatie Medisch Specialisten. (2014). The diagnosis and Management of Colorectal Cancer. Retrieved July 4, 2019, from https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/colorectaal_carcinoom/tnm5.html#algemeen

Feijt, H. (2016). Kwalitatief onderzoek, interviews verwerken. Retrieved July 19, 2019, from <https://onderzoekscoaching.nl/cms/tips-voor-studenten-die-onderzoek-gaan-doen-of-tentamen-willen-halen-nr-10/>

Fennel, M. L., Prabhu Das, I., Clauser, S., Petrelli, N., & Salner, A. (2010). The Organization of Multidisciplinary Care Teams: Modeling Internal and External Influences on Cancer Care Quality. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*.

Geukes, M. (2010). De Rol van Casemanager (Thesis). Fontys Hogeschool, Tilburg

Geukes, M. (2019, June 11). Idee en uitproberen. Inleiding oncologisch casemanagement. Oncologisch casemanagement in vogelvlucht. Symposium organised by Jeroen Bosch Ziekenhuis, Den Bosch

Greenglass, E. R., Burke, R. J., & Moore, K. A. (2003). Reactions to increased workload: Effects on professional efficacy of nurses. *Applied psychology*, 52(4), 580-597.

Hardavella, G., Aamli-Gaagnat, A., Frille, A., Saad, N., Niculescu, A., & Powell, P. (2017). Top tips to deal with challenging situations: doctor–patient interactions. *Breathe*, 13(2), 129-135.

Hall, J. (2001). A qualitative survey of staff responses to an integrated care pathway pilot study in a mental healthcare setting. *NT Research*, 6(3), 696–705. <https://doi.org/10.1177/136140960100600309>

Holzhauser, C., Weijerman, P.C., Smits, G.A.H.J. et al. *Tijdschr Urol* (2017) 7: 78. <https://doi.org/10.1007/s13629-016-0138-z>

ICT&Health. (2019). Westfriesgasthuis, waterlandziekenhuis officieel verder als dijklander. Retrieved May 31, 2019, from <https://www.icthealth.nl/nieuws/westfriesgasthuis-waterlandziekenhuis-officieel-verder-als-dijklander/>

Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). (2009). Zorgketen voor kankerpatiënten moet verbeteren. Den Haag

Intaglia, J. (1980). Operationalizing a case management system: A multi-level approach. In *Caw management: State of the art. Proceedings of the National Case Management Conference*. Indianapolis, IN.

Integraal Kankercentrum Nederland a. (2019). Incidentie kanker totaal [Dataset]. Retrieved May 16, 2019, from https://www.cijfersoverkanker.nl/selecties/Incidentie_kanker_totaal/img5cdd29509ff3e

Integraal Kankercentrum Nederland b. (2017). Format transmuraal zorgpad colorectaal carcinoom. Retrieved May 17, 2019, from <https://shop.iknl.nl/shop/zorgpad-colorectaalcarcinoom/110209>

Integraal Kankercentrum Nederland c. (2014). Kankerzorg in beeld. Retrieved May 16, 2019, from [https://shop.iknl.nl/shop/kankerzorg-in-beeld-\(2014\)/54914](https://shop.iknl.nl/shop/kankerzorg-in-beeld-(2014)/54914)

Kanker.nl (2019). Stadiumindeling bij Borstakanker. Retrieved July 4, 2019, from <https://www.kanker.nl/artikelen/stadiumindeling-bij-borstkanker>

Kiers, B. (2019a, June 03). Karolinska struikelend op weg naar verwacht succes. Retrieved June 12, 2019, from <https://www.zorgvisie.nl/melvin-samsom-karolinska-was-kampioen-in-het-oude-model/>

Kiers, B. (2019b, April 25). Melvin Samson: ‘Karolinska was kampioen in het oude model’. Retrieved June 12, 2019, from <https://www.zorgvisie.nl/melvin-samsom-karolinska-was-kampioen-in-het-oude-model/>

Kiers, B. (2018, April 25). Melvin Samson verlaat Karolinska ziekenhuis. Retrieved June 12, 2019, <https://www.zorgvisie.nl/melvin-samsom-verlaat-karolinska-ziekenhuis/>

Kiers, B. (2019c, May 03). Reinier de Graaf schaft vakgroepen af. Retrieved June 12, 2019, from <https://www.zorgvisie.nl/reinier-de-graaf-schaft-vakgroepen-af/>

KWF Kankerbestrijding. (2014). Dikkedarm- en endeldarmkanker. (2e druk 2015). Amsterdam: Auteur.

Levit, L., Balogh, E., Nass, S., & Ganz, P. A. (2013). Patient-centered communication and shared decision making. In *Delivering high-quality cancer care: Charting a new course for a system in crisis*. National Academies Press (US).

Maag lever darm stichting. (2019). Behandelingen bij darmkanker. Retrieved June 25, 2019, from <https://www.mlds.nl/kanker/darmkanker/darmkanker-en-dan/>

Mauriks, L. (2019, June 11). De secretaresse als de spin in het web. Oncologisch casemanagement in vogelvlucht. Symposium organised by Jeroen Bosch Ziekenhuis, Den Bosch

Nederlandse Federatie van Kankerpatiënten. (2018). Goede kankerzorg is meer dan een medische behandeling. Retrieved May 20, 2019, from <https://nfk.nl/resultaten/goede-kankerzorg-is-meer-dan-een-medische-behandeling>

Nesbitt, K. V. (2004, July). Getting to more abstract places using the metro map metaphor. In *Proceedings. Eighth International Conference on Information Visualisation, 2004. IV 2004.* (pp. 488-493). IEEE.

Oosterholt, R., Simonse, L., Boess, S., & Vehmeijer, S. (2017). Designing a care pathway model—A case study of the outpatient total hip arthroplasty care pathway. *International journal of integrated care*, 17(1).

Perkin, N. (2017). Building Momentum for change: The progress principle. Retrieved September 6, 2019 from <https://agilebusinessmanifesto.com/agilebusiness/building-momentum-for-change-the-progress-principle/>

Plattner, H., Meinel, C., & Leifer, L. (Eds.). (2010). Design thinking: understand–improve–apply. Springer Science & Business Media.

Prosci. (n.D.). What is Change Management and How Does it Work? Retrieved 29 July 2019, from <https://www.prosci.com/resources/articles/the-what-why-and-how-of-change-management>

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2013, May 23). Wat is darmkanker? Retrieved May 17, 2019, from <https://www.rivm.nl/bevolkingsonderzoek-darmkanker/wat-is-darmkanker>

Simonse, L., Geerse, C., Van Slobbe, C. & Van Triet, E. (2019). The design of a Care Pathway for preventive blood pressure monitoring. Strategic Design. Industrial Design Engineering Delft University of Technology, Delft

Schrijvers, G. (2009). Business case aanpak wordt gebruikelijk bij elk nieuw zorgpad. Retrieved September 6, 2019 from <https://www.medicalfacts.nl/2009/02/16/business-case-aanpak-wordt-gebruikelijk-bij-elk-nieuw-zorgpad/>

Sahlman, W. A. (1997). How to write a great business plan. *Harvard business review*, 75(4), 98-109.

SONCOS. (2019). Multidisciplinaire normering oncologische zorg in Nederland. Stichting Oncologische Samenwerking: Normeringsrapport 7

Speroff, T., Nwosu, S., Greevy, R., Weinger, M. B., Talbot, T. R., Wall, R. J., ... & Englebright, J. (2010).

Oncoline. (2019). Follow-up colorectaal carcinoom. Retrieved June 25, 2019, from https://www.oncoline.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&id=37131&richtlijn_id=933

Organisational culture: variation across hospitals and connection to patient safety climate. *BMJ Quality & Safety*, 19(6), 592-596.

Sanders, E. B. N., & Stappers, P. J. (2016). *Convivial Toolbox* (Rev. ed.). Amsterdam: BIS Publishers.

Stappers & Sleeswijk Visser, 2013 (uit de reader van C&C)Sleeswijk

Visser, F. Stappers, P. Lugt, R van der. Sanders, E. (2005) Contextmapping: experiences from practice. CoDesign Vol. 1, No. 2, June 2005, 121.

Stichting Dijklander Ziekenhuis. (2019). Jaarrekening 2019. Retrieved June 3, 2019, from <https://www.wlzwfgjaarverslag.nl/2017/wp-content/uploads/2019/02/Gewaarmedkte-jaarrekening-2017-Dijklander-Ziekenhuis-20190115.pdf>

Tournioj, E. (2019). Chirurg. Retrieved June 13, 2019, from: <https://www.dijklander.nl/zorg/specialisten-medewerkers/dhr-dr-e-tournioj>

Tufte, E. (n.d.) London Underground Map. Retrieved June 26, 2019, from <http://www.edwardtufte.com/bboard>

Van der Put, I. (2015). De Inrichting van het proces casemanagement in de gezondheidszorg in Nederland (Thesis).

Executive Master of Business Administration. Avansplus, Breda

Volksgezondheidszorg. (2018). Locaties ziekenhuizen 2018. Retrieved May 30, 2019, from: <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/ziekenhuiszorg/cijfers-context/aanbod#node-aantal-instellingen-voor-medisch-specialistische-zorg>

V&VN Oncologie. (2010). Visiedocument Casemanagement in de Oncologische Keten. Retrieved May 21, 2019, from http://www.oncologieverpleging.nl/beheer/cms_document/document_download.php?cs=ebe552cd2842b18d7719512c4aa64c55&id=69

V&VN. (2019). Beroepsprofiel Verpleegkundig Specialist Retrieved September 30, 2019, from https://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/Ouder%20dan%202010/4_profiel%20verpleegkundig%20specialist_def.pdf

West, E. (2001). Management matters: the link between hospital organisation and quality of patient care. BMJ Quality & Safety, 10(1), 40-48.

Van den Berg. (2018). POP gesprek. Retrieved October, 11, 2019, from <http://vandenbergrtraining.nl/faqs/pop-gesprek/>

Van der Heijden, K. (2019, June 11). Bedrijfsmatige aspecten van specialisme-overstijgend casemanagement. Oncologisch casemanagement in vogelvlucht. Symposium organised by Jeroen Bosch Ziekenhuis, Den Bosch

Van der Wardt.. (2019). [Designthinkingworkshop] Design Thinking in de Zorg: 3 Zorgtrends die om design thinking roepen. Retrieved October 14, 2019, from <https://designthinkingworkshop.nl/design-thinking-in-de-zorg/>

Vertesi, J. (2005). Mind the Gap: The Tube Map as London's User Interface. In position paper, Conf. Human Factors in Computing Systems (CHI 05) workshop on Engaging the City.

Walsh, J., Harrison, J. D., Young, J. M., Butow, P. N., Solomon, M. J., & Masya, L. (2010). What are the current barriers to effective cancer care coordination? A qualitative study. BMC Health Services Research, 10(1), 132.

Yoon, S. S., & Tanabe, K. K. (1998). Multidisciplinary management of metastatic colorectal cancer. Surgical oncology, 7(3-4), 197-207.

Yongsun, B. (2012). Design through metaphor. Retrieved June 26, 2019, from https://aaltodoc.aalto.fi/bitstream/handle/123456789/11366/optika_id_728_bae_sun_2012.pdf?sequence=1&isAllowed=y

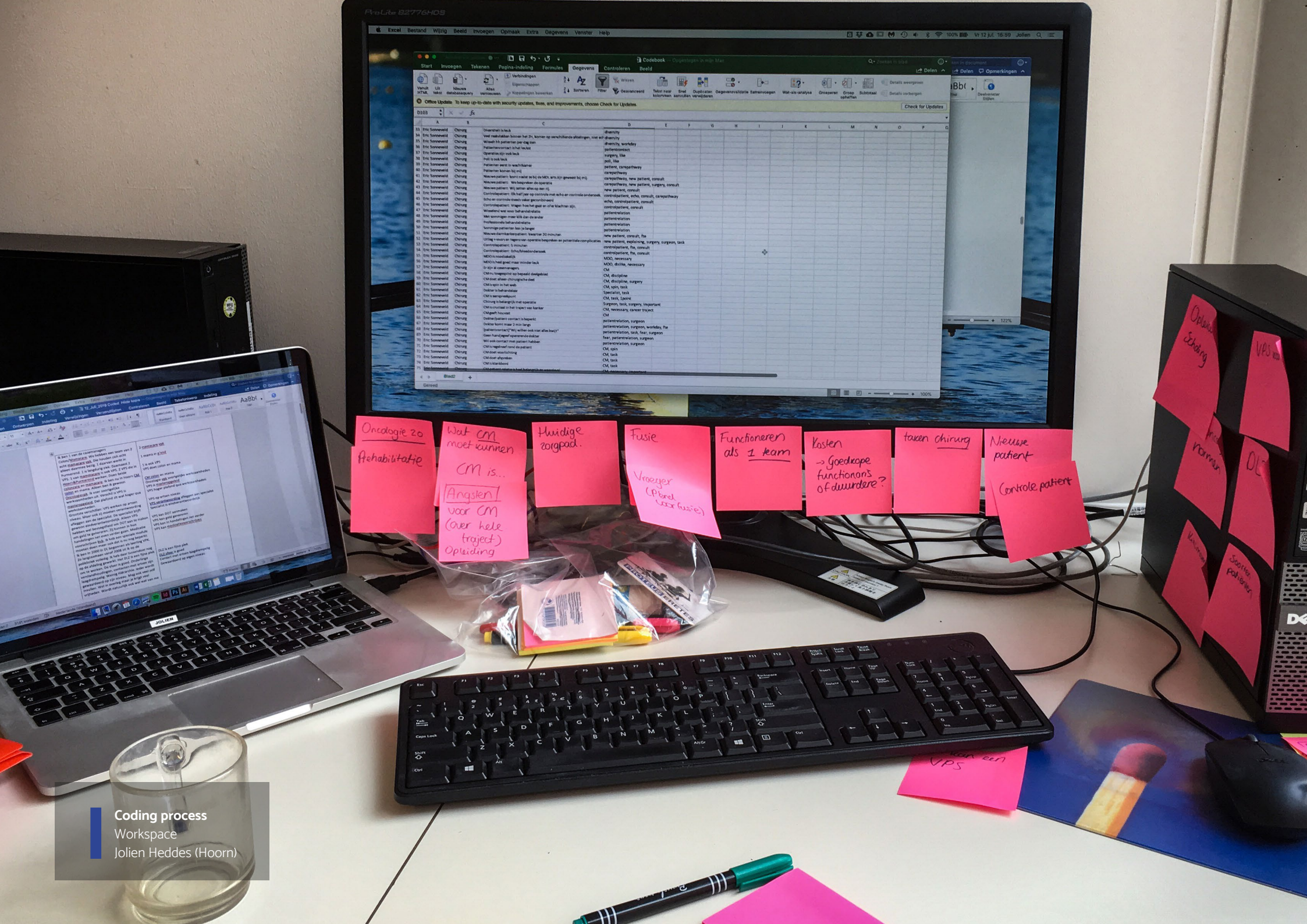
APPENDICES

Appendix A: Caregiver's research

Appendix B: Patients booklets

Appendix C: Designing a new Care Pathway

Appendix D: The Business Case



Coding process
Workspace
Jolien Heddes (Hoorn)

Appendices

A

CAREGIVER’S INTERVIEWS

- A.1: Interview Guide
- A.2-A.9: Interview transcripts
- A.10: Informal session
- A.11: Analysing the interviews
- A.12: Codebook
- A.13: Codes

A.1 Interview guide

For nurses and specialists

Set the stage:

Introduce myself: Jolien Heddes, TU Delft, SPD, Themacentrum Oncologie

Purpose of this interview is to have an open conversation by using questions and tools to better understand your job.

The desired outcome is to collect concrete experiences from employees in Dijklander Ziekenhuis, in order to develop meaningful solutions. There are no wrong answers: I'm interested in your experience. I don't want to give too much context now in order to have a more open conversation, but I will give you more information afterwards.

Opening questions:

- What's your name?
- Where do you work? (Department/location)
- How long do you work for Dijklander Ziekenhuis?
- What do you like about Dijklander Ziekenhuis?
- What do you dislike about Dijklander Ziekenhuis?

Subtopic 1: Day life at work

Opening question: Walk me through a normal day at work?

- Introducing the timeline tool
- How do you start your day?
- What are the tasks on daily basis?
- How many patients do you take care of?
- How many different patients do you take care of?

- What do you like the most in this workday? (sticker)
- What do you dislike in this workday? (sticker)

Subtopic 2: Colorectal cancer treatment process

Opening question: What is your opinion about the colorectal cancer treatment in DLZ ?

- How is it organised? What are the different steps, when do you come in to play?
- What do you miss when you want to help cancer patients?
- What is DLZ good / bad at?
- How can we simplify the chain?

Subtopic 3: Phenomenon casemanagement

Opening question: Did you hear about casemanagement?

- What is your definition from casemanagement?
- Discuss Dijklander: When you talk about casemanagement, how does it feel to you?
- What really counts
- Major preoccupations, worries, aspirations - What do you hear about casemanagement?
- From colleagues, management, unit head etc
- What do they say about it?
- What kind of problems do you foresee?
- Fears
- Frustrations o Obstacles
- What kind of advantages do you foresee? o Wants/needs
- Measures of success

Closing:

Explain more context if needed

Do you have anything to add? (record still playing)

Thanks for your time!

Een dag als verpleegkundig specialist

Naam: _____

Locatie: Hoorn / Purmerend



Wat heb je gehoord?

Wat heb je gezien? (gevoelen, voorstellen, etc.)

Welke problemen voorzie je?

Wat heb je gedaan?

Wat zijn je gedachten & gevoelens?

Wat heb je gezien? (gevoelen, voorstellen, etc.)

Welke voordelen zie je?

Wat heb je gedaan?



A.2 Interview 1

Verpleegkundig Consulent Chirurgie

Ik ben 1 van de casemanagers Colon/Mamacare. We hebben een team van 2 echt mamacare vpk. Die houden zich echt alleen daarmee bezig. 1 daarvan werkt in Purmerend. 1 is langdurig ziek. Daarnaast 2 VPS. 1 van mammacare is ook VPS. 2 VPS die in Hoorn&Purmerend werken. Doen beide coloncure en mamacare. Ik ben nu in Hoorn CM colon en mama. Alleen ben ik gewoon Oncologievpk. Ik voer soortgelijke werkzaamheden uit. Verschil is VPS is masteropgeleid. Dat plafond zit wat hoger qua werkzaamheden.

Grootste verschillen: VPS werken op artsen niveau. Maar ook zij moeten verantwoording afleggen aan de specialist. De specialist blijft gewoon eindverantwoordelijk. Alleen VPS hebben wel bevoegdheid om DOT aan te maken om geld te genereren. Zij kunnen in hun handelingen net even verder gaan. Medicatie voorschrijven bvb. Ik heb een speciale module moeten doen maar ook dat is nu nog beperkt.

Ik ben in 2000 in DL begonnen als leerling VPK. Zo langzaamaan vanaf 2008 zit ik op de polikliniek volledig. Ik heb daar tussendoor nog op de afdeling gewerkt. Het DLZ is een fijne plek om te werken. De sfeer is goed. Onderlinge verstandhoudingen, contacten met artsen zijn laagdrempelig. Weinig Hiërarchie. Ieder wordt gewaardeerd op zijn niveau. Mag ook veel zelf invullen. Wel in overleg maar je krijgt veel vrijheden. Wordt natuurlijk ook wel wat van me

verwacht op bepaalde vlakken. De administratieve rompslomp vind ik echt minder leuk. Wij doen bijvoorbeeld ook de registraties, landelijke registraties waar we aan mee doen. Dat wordt allemaal door ons ingevuld, daar hebben we veel tijd voor nodig. Dat doen we op colorectaal gebied, mama, long. Daar gaat heel veel tijd in zitten. We bereiden de MDO's voor. We werken dat uit. De laatste tijd voel ik me steeds meer secretaresse dan oncologievpk. Ik hoop dat daar ook verandering in komt dat daar wat meer secretariele ondersteuning voor komt.

Elke dag is anders. Ik heb weer andere rasters dan mn collega. Zoals vandaag heb ik een administratieve dag. Maar die staat alweer voor de helft ingepland met voorbereiden voor MDO's, mensen die bellen, mensen die ik uitslagen moet bellen. Het wordt heel vaak overschreven. Ik heb in principe 1 dag in de week administratie. Maar daar kom ik meestal niet aan toe. Dat heeft dan te maken met: Patiëntenzorg gaat voor alles en daarnaast heb je heel veel dingen. Telefoontjes die ad hoc komen. Mensen die ad hoc langskomen. Gemiddelde dag is er niet.

Ik neem wel een donderdag. Dan heb ik 's morgens 2x infogesprek van 1 uur. Dat zijn mensen die te horen hebben gekregen dat ze kanker hebben. Hebben hun behandelplan gehoord en komen bij ons om daar uitleg over te krijgen en of ze bijvoorbeeld mee willen doen aan wetenschappelijk onderzoek. Vragen

beantwoorden en voorbereiding voor de opname. Daar heb je dus een uur per persoon. Dan heb je mensen die ad hoc komen. Maar ook geplande bellers om uitslagen te geven. Dan voorbereiding MDO. Dat is om 12:15. 's Middags vaak mama controles. Dat zijn de mensen die de eerste paar jaar komen ze naar de chirurg. Maar als de chirurg het goed vindt dat ze bij ons op controle komen dan komen ze tot 5 jaar naar de operatie bij ons voor borstonderzoek, mammografie en controle. Dat duurt ongeveer 15 min per controle. (staat ervoor). Daarnaast hebben we nog registratie dat gaat continu tussendoor. We hebben tussendoor ook nog sneldiagnostieken. Mensen die via de huisarts binnen zijn gekomen met afwijking in de borst of mensen die via bevolkingsonderzoek zijn door te verwijzen. Die komen dan hier op de röntgen ad hoc langs om dan een afspraak bij de chirurg te maken. 'vervolg plannen'. Daar ben je ook al snel 15 a 20 min mee bezig om die mensen gerust te stellen. Die mensen zijn niet ingepland en komen ad hoc langs.

De ene dag zie je maar een paar patienten de andere dag veel meer. [laat agenda zien]. Je begint altijd met een vrij redelijke agenda en dan eindigt het altijd zo. Je ziet gewoon dat het volloopt. Ik moet ook nog bij dat HIX gedoe aanwezig zijn. Dus dat is een beetje hoe zo'n agenda eruit ziet. Ik werk de ene week 3 dagen en de andere week 4 dagen. Die registratie heb ik vanaf begin 2018 weinig of niks aan gedaan omdat ik daar geen tijd voor heb. Dat moet dus nu allemaal nog geregeld

worden. Dat gaat om 160/180 mensen die moeten worden geregistreerd moeten worden waar je toch wel 20/25 min per persoon mee bezig bent. Dan heb ik het alleen nog maar over de darmoperaties.

Het leukste om te doen is natuurlijk patientencontact want dat is waar ik hier voor zit. De rest is randverschijnsel. Maar de laatste tijd krijgen die randverschijnselen wel een beetje de overhand. Dat vind ik wel heel jammer. We zitten natuurlijk nu wel krap door zwangerschap en ziekte maar dan merk je dat je aan dingen niet toe komt.

MDO's voorbereiden enzo vind ik echt stom werk. Maar er zijn er inmiddels 3 die voorbereid moeten worden dus je bent daar wel gedurende de hele week mee bezig.

Darmkanker zorgpad: Wij komen al vrij vlot op hun pad. Mensen komen met klachten bij huisarts ofwel verwezen door bevolkingsonderzoek. Huisarts plant dan darmonderzoek bij MDL. Als er dan gedacht wordt aan kwaadaardigheid, en bipten af wil nemen. (Dit duurt dan zo'n 5 dagen om daar uitslag van te hebben). Maar als hij al richting kwaadaardig denkt dan komen mensen bij ons en dan krijgen die mensen binnen een werkdag een belafpraak om dan voor de week erna een afspraak bij de chirurg te plannen. (dat is de werkafpraak, in werkelijkheid loopt dat soms anders). Dus vanaf

dat moment is die patient bij ons al in beeld. Dan bellen wij: Je hebt onderzoek gehad, er wordt gedacht aan kwaadaardigheid. De MDL arts heeft dan ook al het 1 en ander vertelt. Maar mensen zitten dan vaak vol vragen en willen meer weten. Dus dan bellen wij of er nog vragen zijn en de afspraak voor de chirurg door te geven. Tussendoor wordt dan onderzoek gedaan van de lever en de longen en daar hebben we 5 werkdagen voor nodig. Als ze dan bij de chirurg komen week erna weten ze ook of ze kanker hebben en of ze behandeld moeten worden. Als er kwaadaardigheid uitkomt of behandelplan uitkomt. Dan zorgt de chirurg dat ze in MDO besproken worden. Zit ook nog verschil is. Als wij de belafpraak hebben en zien dat het een operatie gaat worden waarschijnlijk dan zetten wij ze ook gelijk op de MDO. Daar worden ze dan besproken. Bij de chirurg wordt dan ook een afspraak gemaakt om om tafel te zitten met 1 van de casemanagers om die ingreep nog eens door te nemen. De opname wordt verder geregeld: Met de anesthesist wordt afspraak gemaakt. Dat allemaal tijdens dat eerste onderzoek.

Mis je nog dingen in de contactmomenten? Nee in principe loopt het goed. Het kan natuurlijk altijd verbeterd worden. En dan zit je toch wel beetje met die verschillende disciplines waar je mee te maken hebt. MDL werkt anders dan wij. En zo langzaam aan (paar jaar mee bezig) begint dat in te dalen bij die MDL artsen dat wij hier zitten. Dus ze maken steeds meer gebruik van ons als

dingen gepland moeten worden. Of als mensen gebeld moeten worden. Die werken anders omdat het een andere afdeling is. Eerder was het zo dat als mensen in het ziekenhuis kwamen voor darmonderzoek en bij MDL artsen waren geweest kregen ze eerst uitslag van de patholoog bij de MDL arts dus dan waren ze al een week verder, dan kregen ze eens een verwijzing naar chirurg dus dan was je gauw 4 weken verder voordat je een heel plan had zegmaar. Nu doen we dat binnen een week door samen te werken. Dus dat zorgpad zit wel strak in mekaar. We zouden het liefste nog pathologie iets eerder willen maar een week is al heel netjes. Om binnen 5 dagen helder te hebben om verder te gaan. Deze snelheid moet van SONCOS, die geeft aan dat mensen een behandeling gestart moeten zijn binnen 35 dagen na het biopt. Helemaal voor mensen die geopereerd moeten worden, daar heb je ook nog een planningstijd voor nodig. Vandaar dat wij als wij een telefonische afspraak hebben en we zien dat het in de dikke darm zit dan plannen wij alvast een operatie in. Dus we lopen al vooruit. Dan kunnen ze dat al plannen. Voor de endeldarm is dat minder strak. Daar zijn meerdere wegen te bewandelen. Dikke darm kun je namelijk niet bestralen omdat het teveel beweegt dus zijn er meerdere behandelplannen.

[pakt eras map] en wijst daar op het plaatje aan de dikke darm. Dikke darm beweegt. Endeldarm ligt vast. Er zijn verschillende trajecten.

Wij doen veel voorbereiding. Voorwerk noem ik het altijd maar. En de patiënt spreken als daar behoefte aan is bij de patiënt. Er zijn patiënten die vaak bellen/langskomen, anderen vinden het prima en wachten het af. Net waar de patiënt behoefte aan heeft.

Empathy map: Ik zit in de werkgroep. Betrokken bij de opzet zegmaar. We hebben verschillende overleggen gehad waar iedereen aanwezig kon zijn. Opzetgroep was toen in begin gewoon spiegelgesprekken hebbben we toen over gehad. Hoe kunnen we het aanpakken, hoe sta je ertegenover, dat is bij iedereen gedaan. Daarna verschillende bij iedereen geïnformeerd, dat hebben ze heel netjes gedaan. We hebben allemaal mee mogen denken daarin. Maar uiteindelijk gaat er erop neerkomen dat het 1 traject wordt per casemanager. Op zich is adat een prima plan. Alleen je zou wel geschoold moeten worden. Ik heb de ballen verstand van chemotherapy. Weet er iets van maar niet om daar nu mensen in te begeleiden. dus daar zou ik in geschoold moeten worden. Ik zie er niet tegenop. Het is ook weer een uitdaging natuurlijk. Het zijn kansen die je aangereikt krijgt. Ik denk dat het zeker te doen is maar zal wel goed begeleid moeten worden. Maar dat geldt net zo goed andersom.

Hoe zie je die scholing voor je? Nja er zit natuurlijk wel een heel theoretisch

deel achter zoals ik het nu zie. Je zou echt een verdieping moeten hebben van de middelen die gegeven worden. Er zal een traject gekozen moeten worden van voor wie wil je CM zijn. Colon of mamma? DAT VIND IK SPANNEND! Hoe gaat dat uitkomen, zijn er nog voorkeuren bij mensen, ik denk wel dat we daar uit komen maar als je daarvoor kiest maar als je daarvoor kiest vind ik dat ook wel definitief dus daar moet je goed bij stil staan. Nu doen we gewoon van alles een beetje. Dat gaat op zich goed. Maar 2 trajecten helemaal dat is gewoon echt te veel. Dan gaan we in de toekomst als CM echt van binnenkomst tot ontslag begeleiden en dat heeft natuurlijk wel impact op van alles.

Nu zit de veelzijdigheid vertikaal en dat wordt horizontaal: Ik zie daar niet tegenop, vind ik wel een uitdaging, ook daar kun je weer verdieping in zoeken. Je moet er toch zelf wat van maken. Ik vind het op zich een prima plan.

Welke obstakels zie je? Voor jullie als verpleegkundigen? Waar ik een beetje mee worstel is toch, ze zeggen wel niet dat ze daar niet bezig gaan, maar dat is opleidingsniveau. Ik weet dat ze uiteindelijk naar master opgeleide mensen willen. Er wordt nu wel gezegd dat je je als oncologievpk geen zorgen moet maken, je wordt zomaar niet ontslagen. Maar aan de andere kant wordt er ook wel gezegd (dat is mijn verwachting) dat de vraag gaat komen:

“Wil je de opleiding doen ja/nee” en als je die niet gaat doen dat je dan klaar bent zegmaar. En dat is wel waar ik dan erg tegenop zie. Ik wil het niet mee laten wegen want ik vind het wel leuk dit plan en wil me er ook volledig voor inzetten. Maar dát stukje, wanneer komt dat moment? Want ik weet dat het gaat komen, dat vind ik wel het meest uitdagend.

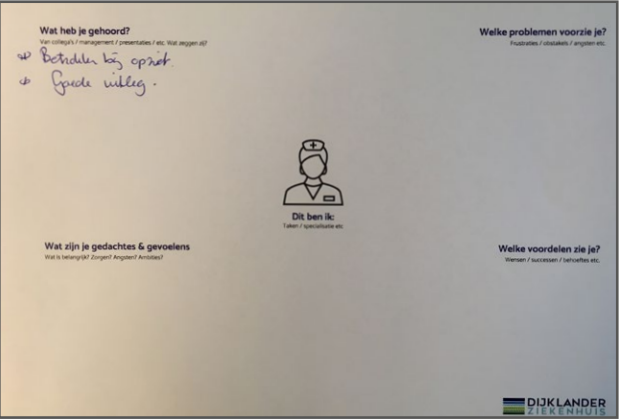
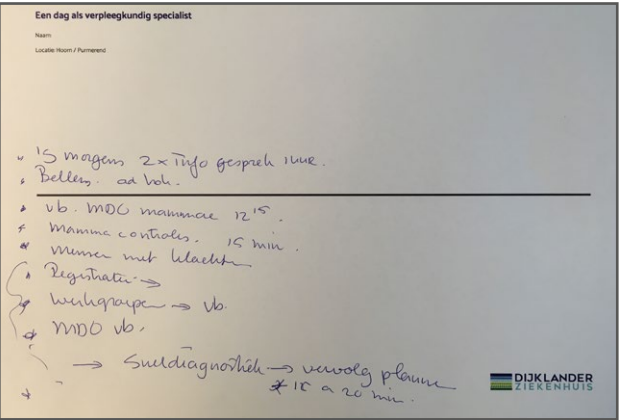
Zou je die opleiding willen doen? Tot nu toe heb ik deze niet kunnen doen door MBO opleiding. Dus nu ben ik met HBO'V bezig om straks iig een keuze te hebben. Dat is gewoon afwachten hoe dat gaat lopen. Ik weet niet of ik het ga doen. Ben straks 58 als ik HBO'v heb. Weet niet of ik dan nog een master ga doen, misschien ook wel. Dat is nog steeds de vraag. Ik heb nu wel voor mezelf. Dan spreek ik voor mezelf: Ga eerst dit afronden, ben ik nog 1,5 jaar mee bezig. Dan zie ik wel weer verder.

Nieuwe werknemers worden niet meer anders aangenomen dan HBO-V. En je moet dan VPS opgeleid zijn of de opleiding VPS behalen. Dat is wel een must dat je HBO'v hebt, is belangrijk. We hebben nu CM preoperatief traject besproken. Daarna komen mensen op afgesproken tijdstippen volgens protocol. We krijgen toch wel veel bellers enzo met mensen met vragen. Daar vullen wij onze dagen mee. Het wordt anders. Ik vraag me af of het meer gaat worden, dat weet ik echt niet, maar het wordt wel anders. Dat weet ik zeker, dat is prima, dat is alleen maar mooi. Meer

of minder administratie daarbij? Net hoe je het gaat inkleden. Met MDO's enzo. Is dat dan nog ons pakkie aan? Dan heeft iedereen een deel daarin. Nu ligt het chirurgische stukje bij ons en daar zijn ook de MDO's dus bereiden wij ze voor. Dus als dat straks anders wordt heb je maar 1 MDO en ieder zn eigen patienten die in het MDO voorbereid moeten worden. Maar hoe dat precies eruit gaat zien heb ik geen idee van? Zijn ook van die taken die wij er zo gaandeweg bijgekregen hebben. Dat zal straks weer een nieuwe plek moeten krijgen. Zelfde geldt voor registraties, zal ook verdeeld moeten worden. Wie gaat dat dan doe?

Is het ook nodig dat jullie die registraties gaan doen? We hebben toendertijd wel gezegd dat het iemand moet zijn die beetje medisch onderlegt is. Dus er is toen niet gekozen voor secretaresses omdat zij geen achtergrond daarin hebben. We hebben wel IKNL. Die regelen daar de borstkanker voor ons. We zijn er ook mee bezig geweest om dat voor de overige registraties te doen maar daar vragen ze in mijn beleving echt belachelijk veel geld voor maar daar moeten wel over na gaan denken om dat aan IKNL over te dragen. Zou zonde zijn als je straks VPS bent met veel kennis en kunde en dan doe je registraties. Tis toen zo gekomen omdat we de start hebben meegemaakt en dan rol je erin en dan is het iets en moet je door. Maar het is wel een hele grote belasting waarvan ik denk: Dat moet ergens anders heen.

Zelfde voor de MDO's. Aanmelden en wie erin komt en wie niet is wel iets wat wij doen maar al dat secretariele info erin zetten kan ook iemand anders doen. Moet die dan bij traject betrokken zijn? Nee daar moet gewoon secretaresse bij zitten die dat meteen intikt. Nu doen we nog op papier, schrijven het op, we hebben geen laptop en middelen. Dus schrijven het op en voeren het dan achteraf in. Iedere patient heeft dan ook nog een aparte inhoud.



A.3 Interview 2

Chirurg

Chirurg Oncoloog: Werken met 16 chirurgen inmiddels na de fusie. Differentiëren van de 16 hebben we 5/6 chirurg-oncologen. Vooral oncologische chirurgie: Mama, darmkanker, huidkanker. De 3 grote groepen. Daarnaast ook wat andere dingen maar dat is wel de hoofdmoot. We doen de hoofd chirurgische behandeling van kanker. Qua operaties veel buikoperaties. Stukken darm verwijderen. Bij borstkanker: Borstamputaties. Qua oncologie de hoofdmoot van mijn werk.

Wij werken full time 4 dagen. Vaste compensatie voor diensten. Voor iedereen wisselt dat natuurlijk. Voor mij concreet: 2 dagdelen per week poli. Nieuwe of controle patiënten. Opereren 3 dagdelen per week. Nog wat andere medische taken, decaan enzo.

Dagdeel opereren: Darmoperatie duurt 2/2,5 uur dus heel dagdeel. Borstkanker doen we er 3 per dagdeel. Zoiets.

I werk nu 10/11 jaar voor DLZ. Ja is nog steeds leuk. Mooiste vak van de wereld. Ik denk dat het wel echt een leuk ziekenhuis is. Kom uit Groningen/ Haren ben hier terecht gekomen. Toen met de fusie is er even wat gedoe maar in de basis is het wel een prettig ziekenhuis. Dat zie je wel met veel regionale ziekenhuizen. Daar hangt een andere sfeer dan academisch. Dit ziekenhuis heeft wel een open sfeer en qua zorg ben je redelijk bevlogen. Tis moeilijk om echt een stempel te drukken of het echt heel anders is maar goed als ik hier nu zo 10 jaar rondloop vind ik de sfeer wel prettig. Verschil met zo'n ziekenhuis en

academisch waar iets gespecialiseerdere zorg geleverd wordt wat ook heel mooi heel goed is, want is heel nauw. Het kan dat je daar echt alleen maar 1 soort operatie doet.

Minder leuk in DLZ: Nu met de fusie met alle veranderingen is lastig. Je wist wat je had en nu met alle veranderingen merk je dat dat onrust geeft. Iedereen wil veranderen maar niemand wil veranderd worden! Wat je wel merkt is dat het belangrijk is om die stip aan de horizon te houden: Waarom deden we dit ook alweer? Waarom gingen we ook alweer fuseren? Omdat dat gewoon toekomstbestendig is. Wat je ook wel merkt dat je in zo'n fusie traject, dat die sfeer en cultuur onder druk staat en dat het tijdelijk wat minder prettig kan zijn. Het wordt ook wel drukker hier. Het gaat erom dat je de drukte over de locaties verdeelt. Purmerend is 's avonds 's nachts en in het weekend OK dicht. Dus alles wat daar komt komt nu allemaal hier naartoe. Vooral de acute belasting hier is wel toegenomen. Is hier zeker drukker geworden.

Hoe ziet je dag eruit? (Een gemiddelde dag)
We starten de dag met zn allen. Met de overdracht. Om 8u alle chirurgen arts assistenten, coassistenten. Kom eens langs zou ik zeggen. Worden alle patiënten van de avond/nacht overgedragen. Duurt 10min kwartiertje. In principe hebben we dat eind van de dag ook. Visite: Verpleegafdeling langs de patiënten lopen. MDO: Heb je in de oncologie veel. Met iedereen die erbij betrokken is. Hier worden wisselend stuk of 5/6 patiënten besproken. Het wisselt heel erg

per dag.
Dit zijn bijvoorbeeld onze weekschema's (Laat weekschema zien)
Wat maakt het werk voor mij leuk? Dat is toch nog wel de diversiteit. Ook als ik wat meer chirurgen hoor. Die doen juist al die verschillende dingen. In een ziekenhuis hebben wij ook veel raakvlakken. Met acute dingen, EH, afdeling, OK. We komen ook op verschillende afdelingen. Dermatoloog heeft dat bijvoorbeeld niet die heeft echt een standplaats.

In zon dag hoeveel patiënten zie je dan in totaal?
Dat wisselt. [vult in op tijdlijn].
Wat is het leukste op een dag?
Jaa.... Ik denk uiteindelijk toch wel het
patiëntencontact. Maar operaties ook. Maar ik vind
de poli ook heel leuk.
Een polibezoek:

Patiënten hebben een afspraak. Die komen dan waar jij zit daar in de wachtkamer. Dan komen ze bij mij binnen. Ofwel als nieuwe patient. BV via bevolkingsonderzoek. Komen ze via MDL arts die heeft endoscopie gedaan en darmkanker vastgesteld. En onderzoek om te kijken hoe uitgebreid dat aanwezig is en dan komen ze bij mij om uiteindelijk de operatie te bespreken. Dan worden ze door naar de chirurg verwezen. Dat allemaal op een rij zetten. Dingen navragen. Dat is een nieuwe patiënt.

Dan heb je controle patiënten die 3 jaar terug geopereerd zijn bv. Komen elk half jaar lang met bv echo en controle onderzoek. Wordt steeds meer gecombineerd in 1 bezoek. Vragen hoe het

gaat en of er specifieke klachten zijn.

Kent u alle patiënten + geschiedenis?

In principe ken je controle patiënten beter dan nieuwe. Wisselt wel in behandelrelatie. Met 1 meer klik dan de ander maar daar mag de patient natuurlijk niets van merken je moet gewoon een professionele behandelrelatie opbouwen. Maar de een ken je natuurlijk langer dan de ander.

Een polibezzoek: Nieuwe patient duurt wel kwartier 20 minuten. Iemand met darmkanker voordat je daar beetje alles uitgelegd hebt en voors en tegens van een operatie hebt bespreken en potentiële complicaties en wat ze van zon operatie kunnen verwachten. Maar controle patiënten: echo/bloedonderzoek relatief kort: 5 min. Gaat alles goed? Ben je vrij snel mee klaar. Minder leuk?

MDO's noodzakelijk kwaad. Heel goed om patiënten te bespreken. Maar vind ik ietsje minder leuk dan bv poli en ok.

Wat is jouw mening over zorgpad?

Wat jij gaat doen is natuurlijk een verandering van CM in kaart brengen maar we hebben natuurlijk wel al casemanagers. Die doen nu natuurlijk ook al heel veel werk als CM maar dat is nu toegespitst op een bepaald deelgebied. Die doen dan alleen chirurgische deel. CM zijn natuurlijk wel spin in het web. Wij als dokters zijn natuurlijk behandelaars. Maar CM als aanspreekpunt is bijna nog wel crucialer is. Rol van een chirurg is hele belangrijke met operatie bv. Maar als je kijkt naar het hele traject van kanker dan is natuurlijk

zo'n casemanager cruciaal. Die geeft dan meer houvast. Contact tussen patient en dokter is beperkter dan bv met casemanager of vpk op een afdeling. Die is hele dag met zon patient bezig. Ik kom dan 2 min langs met 'hoe gaat het. Veranderingen in taken?

Dat is natuurlijk een beetje de spagaat. Wij willen ook niet alles kwijt. Ene dokter zal het prettig vinden dat er heel veel door de CM gedaan wordt. Ik vind wel dat als ik een patiënt behandel dat ik niet een handjegeef-opererende dokter zijn. Ik wil ook wel gewoon contact met patiënt hebben en daar zit tijdsinvestering ook in. Maar los van dat denk ik wel dat CM dat die natuurlijk de regelneef rond die patient zijn. Naast voorlichting ook afspreken, regelen, ook wel klankbord zijn voor patiënt. CM-patiënt relatie een hele belangrijk. Kan voor patient heel waardevol zijn als dat professioneel goed gebeurt dat patienten het gevoel hebben: Er zit een prettig mens tegenover me waarmee ik alles kan bespreken.

Empathy map:
Wat komt erin jou naar boven als je het hebt over casemanagement.

Wij zijn natuurlijk wel al heel erg gewend aan het casemanagement, met alle respect wat jij nu doe. We gaan niet het casemanagement opnieuw uitvinden. Alleen het moet wel langer doorgetrokken worden. Ik denk dat als het CM doorloopt dat de kwaliteit toe zou moeten nemen met wel als gevaar: Nu zoals CM nu zijn zijn ze heel goed op het chirurgische deel. Maar als ze ook chemo moeten doen zullen ze daar minder expertise in hebben maar doordat ze breder worden is het gevaar dat de kennis en kunde op het zelfde niveau niet meer zo is.

Hoe kunnen we dat bijleren?

Dat zal bij te leren zijn maar tijd vergen. Dat is de uitdaging: Hoe ga je ze daarin scholen, met elkaar meelopen enzo, dat soort dingen.

Kostenaspect: Nu lopen er heel veel soorten

functionarissen rond. VPS, internisten enzo. De ambitie moe.

Gevaar: Dat bepaalde mensen die nu rondlopen afhaken.

Stel dat CM dele van een poligesprek overneem?

Dan wordt CM takenpakket heel veelzijdig?

Ik denk wel dat ons werk wel kan verschalen als wij veel gaan overdragen aan de CM. Als zij bv ook controles gaan doen enzo. (Nu doen ze dat bv al met borstkanker). Als er dan problemen zijn dan komen wij langs. Dat zie ik wel als gevaar: Bv de thorax chirurg, die doen helemaal geen polis meer. Dat is natuurlijk de andere kant van het spectrum. Zo ver gaat het bij ons niet komen.

Wanneer je dat deel er niet meer bij hebt „ waar veel van ons toch wel blij van worden.

Er moet een belans komen van wie doet wat?

Maar dat is een zoektocht.

Bv. Foto's maken.
En als je het hebt over de kosten wie je waar
indeelt. Dan moeten Dan moeten wij als chirurgen
toch meer richten op complexe zaken waar onze
expertise gevraagd wordt. Bv borstkanker. Als
iemand anders dat ook kan, een goedkopere
functionaris. Dan moet dat misschien toch de
voorkeur krijgen.

Nu is de CM ook al verweven in Chirurgie? Hoe is dat nu georganiseerd?

Ik zie straks iemand met darmkanker die komt via de MDL arts bij mij. Daar is de CM al eerder bij betrokken geweest op het moment dat de MDL arts op endoscopie afdeling een tumor ziet. Dan wordt CM gebeld en die gaat al dingen regelen, die heeft al contact met de patient dan. Dan komen ze als eerste bij mij op de poli dan ga ik ze vertellen wat we gaan doen als operatie. Dan krijgen ze een afspraak bij de CM (relatief snel) die het hele traject rond de operatie gaat bespreken. Daarna opereren wij die patient. Dan liggen ze een paar dagen op de afdeling. Hou je ze in de gaten. Misschien komt de CM dan ook

langs, zou misschien ook nog verijd kunnen worden. Als ze dan uit het ziekenhuis zijn komen ze een week erna terug bij mij voor de uitslag van het weefsel onderzoek. Met soms consequenties voor wel/geen chemo en dan verwijzen we ze naar andere behandelaars, bestraling dat soort dingen. Dan hebben ze daarna ook nog weer een afspraak met chirurgische CM om in de fase na de operatie cholesterol te checken, hoe het gaat en uitgebreider stilstaan bij wat ze bezighouden. Gevoelens enzo komen bij ons niet aan bod daar wel. Bij ons meer het zakelijke dingen: Herstel na operatie, complicaties, uitslag weefsel onderzoek enz.

Dus ik denk dat: Voor jou is het zo'n andere wereld: Volgens mij moet je gewoon een dagje mee moet lopen met mensen. Dan krijg je een veel beter beeld. Ook met CM: Wat zij met die patiënten doen enzo.

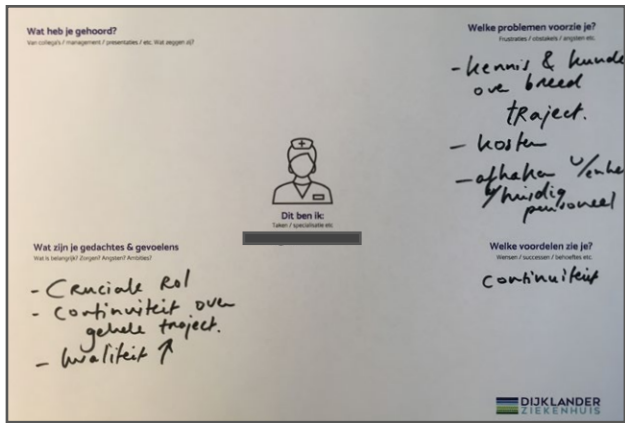
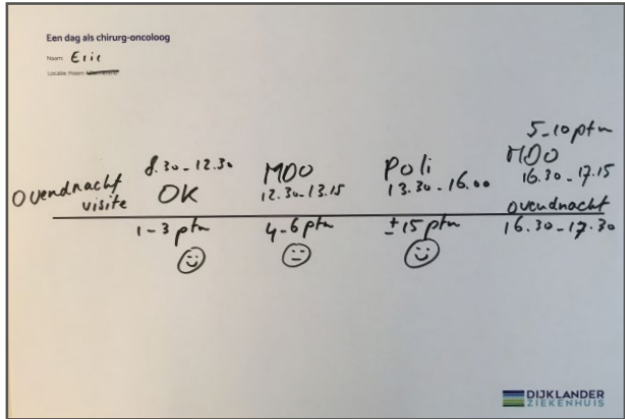
Hoe anders gaan we het nou doen? Dat is hier wel de uitdaging: Het wordt wel anders maar er staat wel een deel. Maar hoe ga je dat net doortrekken op de goede manier dat iedereen zich er happy bij voelt. Dat moet iedereen wel een beetje meekrijgen. Dat is wel een gevaar. De een zal eerder verder willen dan de ander. De een wil sneller zn blik verbreden dan de ander. Sommigen voelen zich juist heel comfortabel. Wat heel voorstelbaar is maar je moet wel de hele club meekrijgen.

Ja want die CM gaan uiteindelijk de andere afdelingen op.

Ja en de teams worden groter.

Wij kunnen nu met [vpk en vps]

lezen en schrijven omdat je daar dagelijks mee samenwerkt. Maar zij gaan dan ook samenwerken met internist-oncologen en dat zijn toch andere types dan chirurgen. Binnen die deelgebieden hangt ook een eigen cultuur en dan gaan zij een soort bruggen vormen om die groepen bij elkaar te krijgen.



A.4 Interview 3

Verpleegkundig Specialist (Interne)

Ik werk hier als VPS voor de internisten. Zitten ook VPS bij chirurgenkant. Is net waar je je in gespecialiseerd hebt binnen oncologie. Ik werk bij internist-oncologen. Ik zie met name vrouwen met borstkanker die chemo volgen zowel voor als na operatie. Hormonale therapie. En ik zie mensen met darmkanker die ook chemo krijgen en begeleid ze rondom chemo: Alles voorlichting, bloeuitslagen beoordelen, van alles beoordelen en uitschrijven. Dat iemand zijn kuren gewoon goed kan volgen. Ik heb hier de opleiding gedaan voor de A. 2005-2007 opleiding tot VPS dus nu draai ik spreekuren.

Wat ik heel erg waardeer in deze functie is dat ik bepaalde mate van zelfstandigheid heb, contact wat ik kan opbouwen met de patient, meeloop in proces van de patient. Dat ik in ieder geval, patient die hier binnenkomt die hier binnenkomt met al zn verdriet en zn angst, dat je wel de stap bent tussen internist en de dagbehandeling. Patient heeft met heel veel disciplines te maken. Chirurt, bestralingsarts, internist, soms best ingewikkeld om te overzien. Ik probeer ze daarin te ondersteunen. Ik zeg altijd maar: Patient die hier binnen komt, probleem is er al. Ik kan dat probleem niet veranderen. Ik kan alleen zorgen dat iemand met alle gemak erdoorheen gaat. [moet ik denken aan de belastingdienst, bijna wel]. Tis natuurlijk een complex ziektebeeld. Tis natuurlijk prettig als patient gevoel heeft dat hij bij iemand terecht kan. Dat maakt het overzichtelijk. Ik weet vaak precies waar een patient in het

traject zit. Ik voel met met internist oncologen heel erg als team. We doen het samen. Ze zitten hier naast me, dus als er iets is... Dat vind ik wel interessant aan mijn werk, dat ik iemand kan ondersteunen.

Minderleuke dingen heb ik eigenlijk bijna niet. Voel me als een vis in het water. Ik heb niet het gevoel wat er minder leuk is. Minder leuk... misschien dat internisten meer secretariele ondersteuning hebben. Wij moeten heel veel zelf doen. Polimedewerkers mogen wel zaken doen voor internisten maar niet voor VPS. Zou wel erg lekker zijn als daar meer ruimte voor is. Maar nee... gaat uiteindelijk om samenwerking. Maar als die samenwerking heel goed draait, laagdrempelig gaande is. Op deze locatie is het niet zo heel groot. Is het heel makkelijk om elkaar te vinden. Ik kan eigenlijk niet zoveel verzinnen. Ik voel me hier heerlijk.

Ik begin meestal om 7:30. Mail. Poli voorbereiden. Dan dagstart. Dagcentrum. Overleg internist. Verschilt per keer he. Gem. 4-8 patienten. Aanvragen kuur. Na doen we ergens pauze. Hebben we bijna niet. Dan in de middag. Nieuwe patienten zie ik dan vaak. Voorlichting, planning, controles, even kijken. MDO, is niet elke middag hoor 1x in de week op dinsdagmiddag gecombineerd met Hoorn, videoconferencing. Kliniekbezoeken. Allemaal tussendoor. Tussendoor ook telefonische consulten. We hebben het hier ramdruk met telefoontjes.

Hebben ze in Hoorn volgens mij anders geregeld. Hier krijgen ze een boekje mee, en dan omcirkel ik mij, met mn telefoonnummer, als de patient bij mij loopt. Dus patient kan dan gewoon bellen op de dagen dat ik werk. Dus er is de hele dag telefonische bereikbaarheid. Soms doen ze ook telefonisch spreekuur dat ze alleen dan kunnen bellen. Dat is ingewikkeld. Aan de ene kant vind ik het ingewikkeld als je vast zit aan een spreekuur. Nadeel is dat wij heel veel gestoord worden tijdens gesprekken. Telefoontjes klinken simpel. Maar achter elk telefoontje zit een actie. Herhaalreceptje denk ik: Ooo gelukkig. Meestal moet je echt behoorlijk doorvragen. Wat is nu het probleem? Koorts? Moet SEH? Internist overleggen? Ja moet zich melden, na SEH bellen... ben je een half uur bezig. Als je mijn agenda beetje ziet. Heb ik 's middags vaak nieuwe patienten. Ik zet ook vaak administratie in mijn poli dat ik daaraan moet denken. Ik heb een half uur voor een controlepatient. Voor de nieuwe een uur. Voordeel is is dat ik wel een beetje ruimte heb om aan te passen wat die patient wil. voor die patienten. Ik probeer mee te bewegen met wat op dat moment nodig is. Ik wordt tussendoor vaak gebeld. Ook als er een patient hier zit. Komt telefoontje tussendoor en dan vraag ik 'is het goed als ik even terugbel?' dat is vaak ook geen probleem hoor. Ik klik hem ook wel eens weg hoor als iemand aan het huilen is, dan denk ik Nu even niet. Kliniekbezoeken... Protocollen, wij moeten dus geen secretariele ondersteuning. Dus als ik nu MRI moet aanvragen.

Of markering bij radiologie, moet je het hier ordenen. Bel ik zelf met Radiologie, wordt niet voor mij gedaan. Patient gaat bij internist weg en bij de bali wordt alles uitgewerkt. Op zich vind ik dat niet zo'n probleem maar dat kost wel meer tijd. Bedoel briefjes weetje, alles moet ik zelf uit de printer halen. Niets wordt voor mij gehaald. Ik ben niet zielig hoor, is wel een feit. Telefoontjes zijn het minst leuk. Wat soms t probleem is bij telefoontjes om dat beter te ordenen. Dat je denkt dat je even iets gaat uitwerken. Gaat telefoon weer, gaat ie wel 3x, probeer je $\frac{3}{4}$ keer probeer je iets te organiseren en dan wordt je steeds weer gestoord. Telefoontjes zijn niet vervelend maar steeds storen is ingewikkeld. Zie je dan wel eens dingen over hoofd? Nee ik schrijf alles op, nee dat gebeurt me niet. Ik vink pas af pas groen als alles geregeld is. Ik vind alles wel interessant, afwisseling ook wel prima zo. Ik krijg ook telefoontjes vanuit dagcentrum, welke kuren patienten krijgen.

Als je darmkanker zorgpad hebt waar kom jij dan in voor? Ik zie ze pas als ze bij chirurg en chirurgietraject gehad hebben, komen uitslagen van patholoog, die geeft aan wat uitslagen zijn, als die aangeeft 'aanvullend chemotherapie' dan worden ze doorverwezen naar internist en dan komen ze bij mij. Dan blijven ze ook bij internist en mij. Als iemand dan aanvullend chemo heeft afgerond dan gaan ze follow up controles in. Ook volgens zorgpad, elke 3 maanden controle, ene keer bij internist andere keer bij chirurg. Dus dat blijft dan draaien. Dan zie ik ze niet meer, dan

neemt in mijn geval de internist weer over. Ik weet niet hoe Hilde dat doet. Ik doe in principe bijna geen follow up controles. Ik heb mijn handen vol aan begeleiden van chemotherapie dus de follow up doet de internist. Dat zijn keuzes. Met die infoavond over CM was het doel dat iemand het hele traject gaat meelopen. Dus kom je ook uit op follow up. Ik vind het superinteressant, wat ik wel heel complex vind [diepe zucht] is dat je vraagt van mensen, stel ik doe alleen borstkanker, dat ik ook chirurgie doe, en interne, en follow up. Maar dat geldt ook voor die die op chirurgie werkt, die moet ook chemo leren, alles valt te leren. Maar dat is niet makkelijk. Is echt heel complex. Ik zit er al jaren in terwijl ik nog steeds met vragen loop. Dus er wordt wel wat gevraagd om er 1 iemand van te maken. Maar goed alles kan. Wij werken hier al jaren, dat we 1 iemand voor chirurgie hebben en 1 voor intern. Wij zitten hier op 1 gang he, we zitten bij elkaar, chirurgie zit hier bijvoorbeeld ook. Wij hebben heel makkelijk dat [vps 1 vps2 vps3], de mamma's als die naar internist doorgestuurd worden, dat weet ik al meteen, zit ook bij MDO's. Dus ik weet precies wie er komen, ik regel met hun mee dat die patient snel bij internist komt. Ik zie het probleem niet zo dat we van chirurgie CM naar interne CM gaan. Dan hou je ieder op zn eigen vakgebied. Dat schijnt te moeten veranderen. Ik vind t opzich okee. Sta overal voor open. Waar ik wel tegenop zie, niet tegen het chirurgie gedeelte, dat vind ik wel interessant. Is te overzien, kuren ook. Maar die follow up, dat vind ik... zijn gruwelijk veel patienten. Als ik voor mezelf

mag gaan staan, denk ik dat ik daar veel moeite mee ga krijgen. Al die follow up controles. Niets ten nadele van de follow up, maar is natuurlijk veel minder interessant. Is heel vaak Hoe gaat het? Heb last van overgangsklachten, wat moeten we daarmee? Ik weet niet, denk dat het mij heel erg zal afstompen. Ik denk dat ik een heel interessant deel van mijn werk ga verliezen. En ik vraag me af of het gaat lukken qua aantallen en bezetting. Het zijn natuurlijk, eigenlijk zou je de aantallen eens moeten bekijken. Over wat voor aantal hebben we het. Als je naar darm/borstkanker gaat kijken. Mensen komen allemaal 5 tot 10 jaar zijn ze hier onder controle. Eerste 3 jaar komen ze elke 3 maanden, daarna elk half jaar. Het zijn grote aantallen. Dus ik ben beetje bang dat je hele middagen ochtenden alleen maar follow up patienten ziet. Internisten zeggen wel dat ze het prettig vinden als dat overgenomen wordt. Dat zijn keuzes die we kunnen maken. Maar als je zegt ik wil echt iemand van begin tot eind. Dat betekent dus dat je de follow up er ook bij gaat doen. En ben ook benieuwd. Ik werk 4 dagen van 9 uur. Ik heb het h rtstikke druk, met alleen, grootste deel zie ik alleen de mama's en dan doe ik alleen de kuren nog maar. En alles kan veranderen maar als je zegt: we willen elke patient zien maar dan moet je ook zorgen dat er personeel is die dat hele traject kan doen, dat red je echt niet in je oppie. Ik ben nu de enige van de internisten kant. We hebben er wel meer. Marieke doet urologie, Mary doet nu opleiding doet hema. Elise en Marrie doen met name mensen met uitzaaiingen. Ik

doe ook mensen met uitzaaiingen omdat dat bij hun er allemaal niet bij past. Jose doet long. Dus we hebben allemaal zo beetje ons eigenlijk ons specialisme. Wat eigenlijk. . De medisch specialist heeft ook een specialisme he. Er wordt nu van ons gevraagd dat wij het hele traject moeten doen. Follow up controlesZorgen om invullen functie.

Kijk het nadeel van 1 iemand is dat de patient het er ook maar mee moet doen he. Ik ben tot nu toe bij de meetings aanwezig geweest dus dat is niet zo ingewikkeld. Het moet volgens SONCOS. Is het lastige he. Aan de ene kant denk ik 'prima' Sta overal voor open! Kom maar op' maar toch is het ook: Soncos legt dit ons allemaal op. Op papier staat het allemaal prachtig. Als ik het ook lees denk ik TOP dit moet je echt zo doen. Maar dat het soms moeilijk te realiseren is en wat maakt nu dat dit zo goed is? Is dit ook werkelijk zo goed? Dat we 1 persoon het hele traject moet gaat doen. Wat is er mis om meerdere personen te hebben als de communicatie maar goed is. Wat is de achterliggende probleem. Naja communicatie problemen, snap wel hoe dat gaat. In heel veel ZH, zie je nu wel veranderen, maar heel veel ZH ligt het ergens van elkaar vandaan. Dus je zie elkaar ook niet, dus is die communicatie veel ingewikkelder. Doordat wij hier, wij zitten hier bij elkaar, dat is supervoordeel. Doordat wij ook niet zo groot zijn heb je veel makkelijker overzicht. Als je groter ZH bent is dat veel ingewikkelder. Hoe vind je elkaar, daar gaat het, dat soort cruciale momenten, van ene specialisme naar andere, daar

kan het mis gaan. Daaar vallen ze natuurlijk over. Dat snap ik wel. De vraag is. Moet je dan kijken naar het werkt hoe het gestructureerd is hoe het goed moet lopen. Of moet je gaan van dan doen we 1 CM. Weetje naja, de tijd zal het leren. En alles is te leren. Ik kan alles over chirurgie leren en andersom. Het gekke is dat je vaak als pleeg, in loop van de jaren voel je voor jezelf aan wat bij je psat. De een houd heel erg van chirurgie, ander van interne kant. Wordt nu van ons gevraagd om daar in te gaan veranderen. Als er dan maar goed beoordeeld wordt. Qua aantallen. Formatie, is dit allemaal te doen? Wat doe je als ik ziek wordt/ vakantie? Je kan wel leuk zeggen 1 persoon. Maar je moet evengoed goede rugspraak hebben. Je zult altijd periodes hebben dat iemand moet waargenomen worden. Goed borgen.

Nja wat ik ook graag wil. Ik ben wel een trut hoor. Weet je waar ik heel erg moe van wordt: Dat er voor ons gedacht wordt he, soncos bepaalt. En vanuit oncologie wat nu Dijklander georganiseerd wordt, het themacentrum. Dat er veel vanuit artsen gedacht wordt. En dan denken ze vanuit hun uit. Die hebben geen idee wat het allemaal inhoudt, maar het gaat ons aan. Nu zaten we natuurlijk wel op die meeting. En ik geloof iedereen staat er gerust wel voor open. Waar ik bang voor ben. Welke functies ga je daarvoor gebruiken. Moet iedereen bv verplicht VPS zijn of zeg je een oncologievpk mag dit ook doen? Maar die mag geen zelfstandig spreekuur draaien? Dus ik mag verwachten dat iedereen VPS wil je dit

goed kunnen laten slagen. En waar ik ook beetje moeite mee heb. [tsee haha erg] Iedereen heeft het maar over Casemanagement.

Wat ik lastig vind is dat: ik heb 2 jaar bikkelhard aan die opleiding gewerkt. Ben VPS en iedereen heeft het er nu over dat je CM bent. Nou ik vertik het. Vind ik echt heel vervelend. CM is onderdeel van mn functie n ik wordt nu gebombardeerd tot CM. Zo voelt het voor mij. Ik mag zelfstandig spreekuur draaien, mag medicatie uitschrijven. Mag lichamelijk onderzoek doen, beeldvorming aanvragen, bemoeien met overleggen, zaken ontwikkelen. Houd me bezig met kwaliteitsontwikkeling. CM patient begeleiden is een onderdeel van. Het wordt nu, zit miss meer in mij hoor. Op een gegeven moment zag ik hier visitekaartjes voorbij komen, ‘casemanager’ dat ga ik echt niet doen. Ik vertik het echt [lachen] er komt gewoon op mijn kaartje VPS te staan. Ik vind het echt pure onderwaardering als we zo genoemd gaan worden, vind ik echt heel erg jammer. Medisch specialist wil ook gewoon oncoloog genoemd worden. Dat wil ik ook. CM is onderdeel van mn functie. Of dat nu op het hele traject is of een deel, dat maakt me niet uit. Maar ik vind dat we wel dat we gewaardeerd moeten worden daar in. Het spannende is juist wat ik zie gebeuren, is ehhe: Wat wordt er van de CM dan he, voor functie eis van verwacht. En als dat géén VPS is. Dat zie ik nu gebeuren onder chirurgie. Die hebben visitekaartjes. Daar zitten een aantal VPS is en aantal oncologievpk, en dat maakt mij niet

uit ik vind ze allemaal even lief. Maar dat ze dus consensus hebben bereikt, dan zetten we maar op het kaartje ‘cm’ anders is het zo verwarrend. duhh.. maakt toch niet uit. Dus die VPS laten het maar gebeuren dat op hun kaartje CM komt te staan. Vind ik echt zo’n rare gedachten... kan ik echt niet bij... maargoed... ik ben misschien de enige?

Bij VPS denk ik aan iemand die ergens in gespecialiseerd is, erg toegespitst op iets terwijl CM juist heel breed is. Nee zo moet je het niet zien. Als VPS wordt je breed opgeleid. Je wordt niet in oncologie of chirurgie opgeleid. Tis gewoon brede opleiding dat je leert innoveren in wat in jouw specialisme gebeurt. Je hebt ook VPS cardiologie, kinder, SEH. Ieder specialiseert zich op eigen vakgebied. VPS is juist heel breed. Gespecialiseerd in vpk zijn. Ja je zit gewoon op master niveau. Een CM is eigenlijk iemand, wat dus onderdeel van onze functie is. Maar al zou je sec alleen elke vpk mag cm zijn in dit geheel, kun je voor kiezen. Het gaat erom dat CM bereikbaar is, aanspreekpunt heeft zodat die patient gehoord wordt, telefoon opgenomen, dat ie in actie kan komen. Daar kun je ook voor kiezen dat die vpk, van mijn part secretaresse. Dat iemand telefoon opneemt, dan triage maakt zegmaar: Deze moet naar internist, deze naar VPS. Maar je kan ook voor kiezen dat je CM hebt die wel breder is ingezet en wel met patient echt meeloopt zegmaar, dan is wel handig dat als je dat toch doet, dat die ook een spreekuur mag gaan draaien, zelfstandig. Ja.. Ja... Zoals Hilde en

Mariet zijn geen VPS. Mariet wel oude maar telt niet meer. Hilde ook niet. Meiden draaien wel aardig zelfstandig spreekuur hoor. Wij mogen ook lichamelijk onderzoek doet en ook interpreteren. En wij mogen ook dbc’s openen. Wordt nog niet zo gedaan. Maar zijn we wel mee bezig, gaat wel komen dat er gewoon geld aan VPS verdient gaat worden. Dus ik ben benieuwd als je dit onderzoek hebt gedaan. Welke keuze er dan gemaakt wordt, waarvoor gekozen wordt. Ik geloof dat in JBZ dat iedereen verplicht VPS moet zijn. Dat vind ik wel interessant. Kost natuurlijk geld, alles kost geld. Maar dan doe je het wel supergoed denk ik en zit je wel op hoog niveau. Dat is natuurlijk verdrietig voor degenen die geen VPS zijn, maja zo is het in het leven. Maar dat is dus wat dus uit jouw stuk een beetje moet rollen... welke kwaliteitseisen verwachten wij van degene die ook de rol van CM gaat invullen. En als er gezegd wordt: Oo dat mag ook oncovpk doen. Prima... Maar dan hebben ze aan VPS wel een probleem. Wij zitten hoger ingeschaald en dan gaan ze ons er wel voor gebruiken.

[constatering: geïnterviewde vps interne doet al bijna alleen maar mamma carcinoom en alleen chemo en takenpakket is al heel druk, maar als er iets bij komt, moet er ergens iets af] Naja dat is op zich geen punt, maar dan moet er iemand anders erbij. Kijk nu... als je nu kijkt: Ik werk nu met vps 1 en vps 2. Vps 1 werkt ook 4 dagen. Die doet hele chirurgie gedeelte: Werk te 4 dagen aan: MDO’s alles voorbereiden. Samen doen

wij het hele traject. Zo moet je het zien, daar hebben we samen 4 dagen voor nodig. Al zou je het splitsen he. Zou ik 2 dagen van Vps1 doen en zij 2 dagen van mij. Zou je dat kunnen doen... maar ik hoop dat dat gaat lukken, want je moet geschoold worden, en als de follow up er nog bij komt, dan red je het niet. Met deze FTE’s. Wat je natuurlijk wel krijgt is dat die follow ups gaan weg bij internist dus dan moeten ze daarvan ‘gewoon’ een extra... Ja dat mag jij gaan bedenken. Ja dat zijn allemaal denk ik wel oplosbare problemen. Er moet ergens een keuze gemaakt worden: Waar kiezen we voor. Wat is het meest efficiënte, meest kostenbestendig. En eh.. daar kom je denk ik wel uit. En wat ik net zei: Welke onderliggende functie ligt er onder die de CM gaat bekleding. We zien steeds meer dat overal VPS komen, ook in Hoorn. Daar hebben al een paar op chirurgie. 2 denk ik. Vps 3 werkt op de interne kant. In Hoorn is het sowieso, daar is het anders ingedeeld. Hier is het zo, ook omdat wat kleiner en we zitten bij elkaar. Elke patient die hier binnenkomt, die nieuw is. die wordt door een van ons gezien. Linksom of rechtsom. Er gaat niemand de deur uit, voordat ie door ons gezien is en hij weet wie hij kan bellen laagdrempelig enzo. In Hoorn is dat niet zo. Ze proberen het wel, daar wordt nog heel veel door internist zelf gedaan. Als ik vpk en vps zo hoor... ik heb het van hun hoor... dat hun ook zeggen, soms zien we een patient pas bij 4^e kuur of 6^e kuur. Die stappen niet van begin af aan in. Ze hebben daar een constructie bedacht als Internist zegt: okee die mevr moet kuren volgen. Dan wordt er

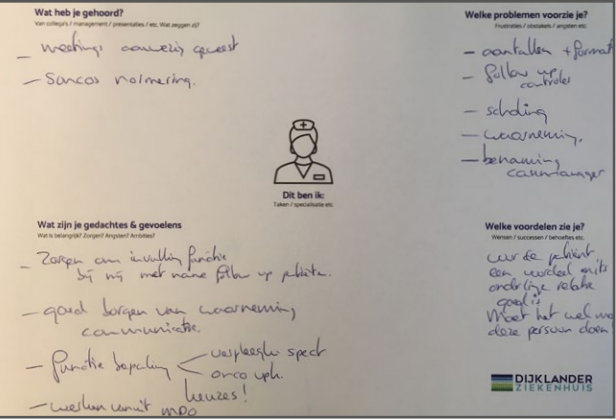
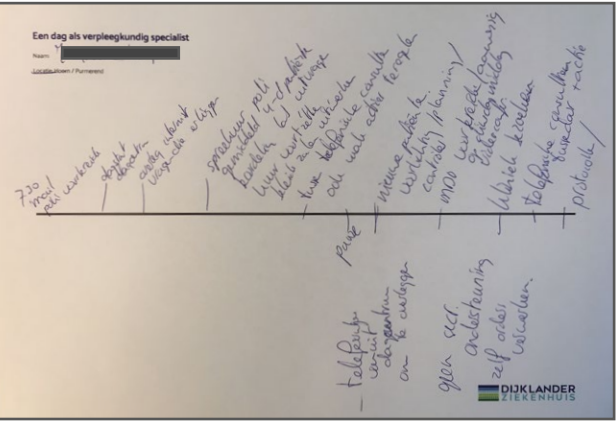
planning geregeld op het dagcentrum waar de kuren daadwerkelijk geregeld worden. Die nemen dat helemaal over, maar die zijn niet op die manier telefonisch bereikbaar als CM. Gewoon groep mensen. Daar wordt voorlichting gegeven, planning gemaakt en kuren gegeven. Dat wordt teruggekoppelt aan internist, die moet kuur uitschrijven. VPS zit af en toe eens tussendoor. Om patient af en toe eens te zien. Niet een hele vaste basis in het proces. Geen vast moment in het zorgpad. Nee. Maargoed dat mag jij uitzoeken wat het meest haalbare en goeie is. Als je het hebt over CM en wat SONCOS van ons eist dat elke patient 1 aanspreekpunt moet hebben. Na dan moet je ook zorgen, als dat zo is, dat iemand van het begin af aan bekend is bij patient zodat ie weet wie dat kan bellen. Wij doen hier bij chirurgie en intern gesplitst. Maar als hier iemand intern begint begint met kuren dan zit ik er al meteen in. Ik denk dat we hier wel als soncos punt hier draaien alleen over 2 mensen hier verdeelt.

Tis interessant hoor, we zijn 2 ZH we werken wel redelijk het zelfde, volgens de richtlijnen en allemaal aan het MDO. Maar qua uitvoering is het nog wel verschillend. We hebben hier veel meer VPS als in Hoorn, de internisten doen daar zelf nog veel meer. Aan begeleiding aan mensen met chemotherapie. Wij hadden hier al 15 VPS toen Hoorn er nog geen 1 had. Maar nu begint het daar... hebben ze er ook al heel wat. Ook hemathologie.

[bespreken vpsio, totaalpakket opleiden] Uiteindelijk moet je natuurlijk naar scholing kijken, tijdsinvestering en geld. Daar gaat natuurlijk alles om. Kijk VPS kun je natuurlijk overal inzetten, daar hoeft je je niet zon zorgen om te maken. Maar gaat om persoon zelf die daaraan moet wennen. Maar daar moeten keuzes in gemaakt worden. Tis nog best ingewikkeld hoor om het te overzien. Kanker is gewoon heel ingewikkeld ziektebeeld. Het is moeilijk om in een vat te gieten. Je hebt wel leuke richtlijnen maar onderweg gebeurt er altijd wel iets. Klinische opname, koorts, mensen willen stoppen, uitstel vanwege bloed. Geen dag hetzelfde hier. Werk hier al zoveel jaar, maar toch is het altijd nog verrassend. Dus dat maakt het ook wel heel ingewikkeld dat de SONCOS dit wel leuk bedenkt. Op papier staat het ook wel mooi. Maar in praktijk is het toch wel heel lastig. In het JBZ zeiden ze dat ook: Het kost wel jaren, om het allemaal goed te krijgen. Om daar beetje vorm aan te geven. SONCOS is wel gewoon uit oncologie... Jawel maar het gaat natuurlijk allemaal om getallen en cijfers. En vanuit patientenverenigingen komt. Daat veel patienten klagen dat ze geen goed aanspreekpunt hebbe, dat ze moeten zwemmen. Dat is ook niet wat je wil. Maar dat zegt nog niet dat je 1 persoon moet hebben. Maar als je ervoor kiest om niet 1 persoon te hebben. Maar te verdelen. Dan draait het om goede communicatie. Dat is wel heel kwetsbaar punt: ook dat roepen we heel makkelijk: Dat

moet je gewoon met elkaar bespreken. Gewoon communiceren. Maar ook dat is ingewikkeld, maar wij hebben er hier wel aardig ervaring is. [Zijn daar MDO’s niet voor?] Maar weetje MDO daar wordt patient besproken, maar als ik naar Hoorn kijk. Mariet en Carina van interne zitten daar nooit bij. Ik zie ze niet zitten iig. Kan natuurlijk zien wie er zijn. VPS zei: Ja dat is op mn vrije dag, ga daar niet elke keer voor terug komen. Daar heb je natuurlijk allemaal mee te maken. [dat is natuurlijk ook stukje communicatie]... Jaaa want als ik daarbij zit. Ik weet al wie er eerst gaat kuren, je hebt natuurlijk vrouwen die komen binnen, tumor, dan blijkt beter eerst kuren dan opereren. Ik hoor het al op MDO, dus ik check dan al van wanneer komt Internist. Koppel ik mezelf er meteen aan en hup gaan. Dus ik ondervang al die mensen al op het MDO. Dus daar zit absoluut wel in. Maar dan moet je wel de formatie hebben dat zo’n iemand altijd naar MDO toe kan. Dat kost natuurlijk uuuuren. Ja. Soms zit je hele dinsdagmiddag uren. We zitten dinsdag ochtend ook al half uur, tot een uur. Dat is prima als je zegt ik wil 1 CM maar dan moet die wel beschikbaarheid hebben om naar MDO te komen. Maar dat moet te doen zijn.

Ik ben benieuwd!! Jij hebt de hele dag om hieraan te werken tot het je oren uitkomt?? Tot wanneer? Wanneer ben je klaar?



A.5 Interview 4

Verpleegkundige Interne

Heel NL is zoekende, niks is ideaal, er zijn zoveel wegen ernaartoe. Weet je wat het is: Je hoort het ideaal, klinkt ideaal, maar wat grappig is. Ik zit in het LOOF (Landelijk Oncologie Verpleegkundigen) Daar sprak ik iemand van urologie in JBZ en daar werkt het helemaal niet. Voor borstkanker en GE loopt het prachtig, maar je moet wel alles geregeld hebben. Tis allemaal prachtig als er een goeie situatie is. Ik denk ook dat onze randvoorwaarden daarom bijgesteld moeten worden. We werken hier continu met tekort mensen, dus als je straks zegt: Je bent daar CM van maar je bent met de helft van wat je nodig hebt, dan is het leuk bedacht maar dan heb je geen tijd voor die patienten. En dat is in Den Bosch prachtig: Daar hebben ze 1 iemand die alle registraties regelt en al die randvoorwaarden en dat moet hier dan ook komen. En zij hebben ook 1 unithoofd, want als je onder 2 bazen werkt dat gaat niet. Dan moeten ze dat geld maar in een pot storten ofzo. Je moet 1 baas hebben want de een wil dit de ander dat. Je moet gewoon 1 baas hebben anders lukt het niet. Dus dat is ook zeker een randvoorwaarden. Alles heeft voors en tegens.

Ik ben er heel juichend over want voor de patient is het heel mooi als die 1 aanspreekpunt hebben. Bedenk maar als je niks weet van auto's en je komt in een garage en er is 1 iemand die je overal bij kan helpen: Geweldig! Dat is toch wat alle mensen willen, maar dan moet ie wel weten

van zowel de motor als de banden. Dat is mijn angst nog een beetje, als ik zie wat ik weet van de chemo, wordt een drama als iemand dat van chirurgie dat moet gaan doen, maar dat is omgekeerd ook. Ik heb helemaal makkelijk kletsen ik zit 35 jaar op die poli, ik weet gewoon helemaal alles van chemo, zo simpel is het; ik denk heel vaak 'oo dat had die toen en dat is het zelfde als die toen etc' chemo is een heel raar gebied. Mensen kunnen rare afwijkingen hebben, je kunt mensen soms maanden niet zien, je moet heel veel begeleiding geven. Bij ons heb je nu [vpsio] nieuwe VPS in opleiding in 1^o jaar. Jouw conclusie moet straks zijn dat zij zowel hier wordt opgeleid als voor chirurgie. Dan is die meteen goed opgeleid. In vacatures moet dat bijvoorbeeld staan. Dan heb je gelijk iemand die allround is. Als je al 30 jaar ergens zit en je moet erbij doen is het wat anders, ik denk dat dat onderschat wordt. Dat is mooi om dat in kaart te brengen.

Ik heb ook spiegelgesprekken gehad. Moet ik heel erg om lachen, wordt voor en tegen je gebruikt. We hebben 2 patienten geïnterviewd. Ik vond het leuk om te horen en ik heb er 3 vragen uitgehaald (Wat vond u het naaste moment, wat vond u een verbeterpunt, en wat vind u van Casemanagement zou je dat willen). en die vragen stel ik ook aan patienten. Grappig is wij denken dat patienten dit willen maar dat sommige patiënten het wel overzichtelijk vinden zo. Maar alle patienten vinden het prima als het er maar 1 is, misschien

is dat wel makkelijker, maar het allerbelangrijkste is, is dat diegene kundig is. Chirurgische mensen zijn toch meer huphup snijden en door. Jullie als interne gaan wel meer op emotie in. Beide wil je wel houden -> Bij chirurgie doorwerken en bij chemo psychosociaal aspect meenemen. Ik heb er al 8 gevraagd. Patienten zoeken hun deskundigheid. Heel belangrijk is dat diegene die het gaat doen ook alles kan. Kundig is. Verder is mooi dat het met VPS wordt gedaan. Mensen worden daar heel bang van, maar ik denk dat je niet alleen met VPS kunt werken rond kunt komen. Ik vraag me af of je altijd en overal de VPS voor moet inzetten, dat is natuurlijk de duurste kracht. Verschil tussen ons en JBZ. Bij chemo bv. Wij zorgen dat alles gereed is en die mensen stoppen alleen die kuren erin. Beetje lullig om zo te zeggen want ze hebben er heel veel kennis voor nodig. Bij JBZ is dat anders, daar ziet VPS of dokter de patienten minder. Wij zien ze bijvoorbeeld iedere week en zij 1x in de 3 weken en dan kijkt de VPK van het dagcentrum of er wijzigingen zijn. Met de bezetting die wij op het dagcentrum hebben is dat totaal niet haalbaar. Je moet altijd voor de patient een kuur krijgt of ze bloed het aankan en je moet weten of de patient geen bijzonderheden heeft zoals tintelingen in de vingers, dan moet de kuur niet gegeven worden of in een lagere dosering. Altijd moet je dat voor de behandeling bepalen. Bij ons wordt dat altijd door de dokter of 1 van ons [VPS] gedaan. In JBZ laten ze dat ook VPK's van dagcentrum dat

doen, dat is natuurlijk een goedkopere kracht, en als er dan wat is bellen ze de VPS of dokter. In JBZ hebben ze 40 behandelingen per dag met 6 VPK's, hier 35 met 4 VPK's, dus dat is volstrekt niet haalbaar. Dus dan denk ik dat je ook nog een tussen iets zou kunnen hebben 1 VPS van begin tot het eind, dat lijkt mij heel goed dat je 1 centraal aanspreekpunt hebt, maar dat je op je deelgebieden wel meerdere mensen ziet, want mensen zien op een dagcentrum ook niet altijd dezelfde vpk. Dus 1 coördinerende, die je bij de chirurg ziet en 2x per behandeltraject, en dat je die telkens terugblijft zien, maar dat je daar verder andere hebt. Dus dat je iemand hebt die die bruggen bouwt, dan ben je ook minder kwetsbaar, als die ene geen tijd heeft kan die andere het wel even overnemen. Nu zien wij de patienten zeker 12x van de 16x. [vps]Zoals het nu verdeeld is; Wij zijn nu met 2n 2en, werken 24 uur voor 4 medisch oncologen. VPS in opleiding (vpsio) er nu bij die zit 12 uur erbij in. Dat betekent dat wij 60 uur werken voor 2 dokters. Dat kan natuurlijk niet, ga je niet redden dus wij zien ook deel van de patiënten niet. Dus als je dat ook nog gaat verdelen over chirurgie, en intern wordt dat wel een dingetje. Je krijgt natuurlijk wel mensen van chirurgie en intern erbij. Ik vind het wel heel goed dat er iemand komt, deze kan ik spreken, dit is haar nummer, is zij niet bereikbaar wordt je automatisch doorgestuurd naar iemand anders. Collega VPS. En dat je op je werkvelden nog je andere mensen houdt. Ik zie dat heel erg zitten.

[boekje bespreken] Met welke mensen uit DLZ heb je gesproken. Driekwart van de patienten weet mn god niet hoe de chirurg heet enzo.

Bij ons hebben ze trouwens een soort CM, elke patient bieden wij een bezoek van de wijk oncologievpk aan. Als ze het helemaal niet meer weten kunnen ze die bellen en die weet precies bij wie ze moeten bellen. Wij checken ook de psychosociale context. Hoe is de thuissituatie. Ik hoef daar niks van te vinden, ik hoef het niet leuk te vinden ik moet me alleen maar verplaatsen in hun hoofd, wat verwachten zij van mij? Ik moet wel de antwoorden krijgen hoe het met ze gaat. Daar moeten we op inzetten. Ik vind dat ik het leukste beroep van de wereld heb. Ik zie dan zo 8 tot 10 mensen en ik heb echt compleet verschillende gesprekken.

Ik begin 's ochtends met voorbereiding om 8:45. Ikzelf kom om 7:00 ik houd niet van haasten en ik heb een patient voor de poli uit. Van 8:45 tot 9:00 hebben we altijd een dagstart met artsen, bali en wij om te kijken hoe het met onze bezetting. Over bali en afdeling, wie heeft het druk wie niet, wie moeten we ontzien enzo. 9u start de poli. In principe tot 12 uur gepland maar dat loopt altijd uit dus dan loopt het door. Dan is de lunch. Soms een bespreking dan dan hebben we geen lunch. Soms eten we later. Ik ben altijd tot 15u nog wel bezig om de poli uit te werken. Dan moet je nog bellers doen, de wijk contacten, radiotherapie bellen. Poli uitwerken is bijv bellen over lab, telefonische

afspraken. Telefonische afspraken. Die staan altijd leuk gepland van 11:45 tot 12:00 maar daar kom je niet aan toe dus die moeten 's middags. En je administratie gewoon. Artsen worden in alles ondersteund. Maar er zijn te weinig mensen aan de bali. Dus wij moeten alles zelf doen. Wij hebben 5 minuten later. De bedoeling is dat wij dan tijd hebben voor psychosociale zorg. Dat gaat allemaal op aan lab regelen, kuur aanvragen, recepten aangaan, dus dat gaat allemaal op. Psychosociale zorg doe je evengoed, dan loopt het maar uit. Is wel een dingetje. 's Middags heb je mail, vergadering en overleg, heel veel soorten: Tumorwerkgroepen, oncologiecommissie van alles. 2x in de week wel een overleg. Ook nog MDO's daar gaat Karina mijn collega naartoe. Zij heeft daar meer inbreng in.

Mijn rol, ik ben geen behandelaar. En dan heb je protocollen. Daar ben ik nu mee bezig. Dat is vooral nu even een klus, die moeten nu beoordeeld worden. Dat is nu heel veel werk maar dat is straks klaar. Met een maand, dan komt er weer wat anders. 's Middags is altijd dat soort dingen, administratieve dingen. We doen ook wel eens voorlichting 's middags, dat duurt 40 minuten. Of patienten waar ik geen arts bij nodig heb.

Hoeveel patienten gemiddeld op de poli? In principe hebben we vaste plaatsen. De eerste doe ik altijd voor de poli uit. En dan dagstart. Dan in principe 3 patienten. Maar een nieuwe altijd

dubbele tijd. 20 minuten per patient. Nieuwe 40 minuten. In principe zien we er dan 8 patienten per dag. De bali doet de inplanning. Als je weet dat iemand 12 kuren doet plannen ze die zo veel mogelijk gelijk in anders past dat er niet meer in. Dus voor morgen en komende week is dat wel vast al. In principe proberen we tot 12 uur te plannen. Dat is anders als bij chirurgie waar iemand ad hoc komt. Hier is dat soms bij de bali wel even stress als er een nieuwe komt.

[VPS] doet wel de overleg met de artsen. Dus dat is wel anders. In Purmerend werken ze ook heel anders. Als je Karina ziet dan is dat ongeveer hetzelfde. Die heeft altijd heel veel memo's, dingen waar ze even wat mee regelen wil. Heel veel recepten en hormonale mensen. Die hormonale mensen moet ze na 6 weken weer bellen. Dat kost alle Jezus veel tijd, je kan ze beter zien. Er staat in principe 5 minuten voor maar duurt altijd langer. Duurt altijd gruwelijk lang, je kunt ze beter zien.

Empathy map: Ik heb van CM alle vormen gezien, de gefaseerde zoals we nu doen. JBZ en Maxima doen het op dezelfde manier. In MCA (Noord-West) daar hebben ze functiecasemanager. Longvps vond het in eerste instantie helemaal niets. Want die functiecasemanager deed alle leuke dingen, contact met de patient. Dus ik denk dat het wel iemand moet zijn met inhoud. Die ook meewerkt.

Dus ik denk dat VS wel de beste is. Ik wil wel 1 CM, maar ook met skills, die moet ook alles kunnen dan. Niet dat we ineens elkaar moeten vervangen, ik vpk chirurgie en zij mij. Dan wordt het helemaal niets. Daar wordt de patient niet beter van. Ik had nu een patient en wist het niet helemaal en toen riep ik even Hilde erbij, dat werkt dan wel, die weet het wel beter. Dat is waarvan ik denk: Mooi dat je het overkoepelend hebt, maar je moet ook de deskundigheid op de werkvloer houden. Ik zou wel de baan willen houden die ik heb. Dat je wel mensen houd zoals nu. Dat ze dan 2x naar Hilde als CM zouden gaan en dokter ziet ze 2x en andere keren zien ze mij, dan kan ik 1 van die twee vragen als er wat is. Beetje tussenoplossing, dat ze wel 1 aanspreekpunt hebben. Als je steeds meer CM gaat opleiden die dat allemaal kunnen kan dat misschien in 5 of 10 jaar maar nu in de overgangsfase. In JBZ zeiden ze dat ook: "We hebben allemaal onze oude liefde." Dus dat betekent dat als je veel van de chemo weet dat je je er toch beter voor inzet. Als je zoals Cindy, de nieuwe goed gaat opleiden, dan weet ze meteen net zo veel van beide, dan kun je ze overal voor inzetten. Bij Chirurgie zie je ze niet zoveel maar bij Chemo wel. Dus dat is vooral bij chemo misschien een idee. Mijn grootste angst is kennis tekort. Oplossing: In opleiding gelijk voor beide opleiden, miss ook bij radiotherapie. Dus bij medische oncologie, chirurgie en radiotherapie. Iedereen aanspreekbaar. Als je 1 centrale figuur hebt die alles van de patient weet, dat is gewoon lekker. Voor zowel patient als voor de zorgverlener. Voor

A.7 Interview 6

Internist-Oncoloog

heeft dan een vitaal iemand. Voorbereiden van een patient op darmkankeroperatie. Was 6% en sinds ze dat aangepakt hebben is nog maar 2%. Scheelt heel veel. Complicaties kosten veel tijd. Reoperatie, gesprekken etc. Als je veel vitalere patient kan opereren die op andere manier met zn ziekte omgaat. Dokter wordt natuurlijk blij als zo'n patient goed uit een operatie komt, beter heelt. Dat is wat je het allerliefste wilt.

Je hebt heel team nodig voor prehabilitatie traject: Voedingsdeskundige, fysio. CM Ziet dat ook, die is meer spin in het web. Die moet dan aansturen welke afspraken er gemaakt moeten worden om voor te bereiden op de operatie.

Vitaler worden, welke stappen?Gedachte is dat ze bepaald sport/trainingstraject ingaan. Actief met lichaam aan de slag Voedingstraject. Mindfulness.

Het probleem is dat je nu die normen hebt. Oncologisch gezien hoeft je niet binnen 2 weken te opereren. Tumor zit er al, uitzaaiingen ook. Is niet zo dat als je daar 6 weken mee wacht dat oncologische outcome slechter zou zijn. Die normen zijn er nu wel. Bij darmkanker heb je iets van 35 dagen. Dit is voor het mentale component. Mensen willen zo snel mogelijk geopereerd worden. Maar ik denk dat er een begrenzing moet zijn. Als er een niet zo vitaal iemand voor je zit dat je zegt 'luister we kunnen nu wel doen, maar u gaat daar... heeft wel hoog risico. Risco is hoger dan wanneer we je gaan opwerken naar een goed

moment.' Als je die normen aan wilt pakken moet je dit landelijk samen doen, kun je niet individueel doen.

Zorg voor darmkankerpatienten, is goed, maar waar kan het beter. Waar kan je naadlekkage perc. Naar beneden. Dat wil je. 6 is niet slecht maar als iemand naar 2 gaat, is wel winst. Alle IC opnames, verzekeraars alles... kost echt geld, heeft echt impact.

Maargoed zo'n CM zou zich dus ook daar op kunnen richten. Zorgen dat het logistiek klopt. Dat patient aanspreekpunt heeft. Dat patient niet zelf moet zoeken. 1 aanspreekpunt. Misschien app contact. Soort vertrouwen heeft: Ik ben in goeie handen. Niet van 'wie is nu mn behandelaar?' "heb straks chemo maar weet er nog weinig van.' Wat je merkt wel in fusie traject is het wel wat onduidelijker. Als je naar JBZ kijkt daar zie je het ideaal wel hoe ze dat nu zo hebben.

Wat ik ook denk met oncologie 2.0 zo maar zeggen, waar je je kan onderscheiden. Ik keek naar 'Heal' een Netflixfilm. Kijken! Als het gaat over wat er in samenleving gebeurt gaat deze film over kanker maar ook oorzaken en manieren om daar mee om te gaan. Wij gaan in ziekenhuis helemaal [tunnelvisie]. Maar er is nog zoveel meer. Ook wat het mentaal met je doet, de angst. Die je ook in de ogen ziet. Mensen hebben echt angst voor wat ze hebben, wat hen overkomt. Er zijn wel initiatieven, liggen vaak buiten het

ziekenhuis. In P'end heb je bv. Huis aan het water (soort dagbesteding, praten met mensen met ook kanker, hoe met angsten om te gaan). Kun je zeggen: Is geen taak van het ZH, maar tis wel, patient die voor jou zit is wel patient die daar mee bezig is. Wij doen wel beetje voelen, bloedwaarde. Er is een enorm psychosociaal deel.

Je kan niet het hele pallet van patient, daar complete aandacht voor hebben als chirurg. Maar als je als oncologisch centrum jezelf te profileren ook voor de toekomst. Dan moet je bv. Ook bezig zijn met voeding, wat krijgt ie voor voeding ook in ZH, wat voor voeding krijgen patienten na operatie, wat voor adviezen krijgt ie over lifestyle, voeding, hoe verder, hoe ga je je leven doen, ga je sporten? Ik denk dat daar zoveel omheen zit, dat je een coach krijgt om je leven een nieuwe in te richten. Ga je het omgooien? Er zit nog zoveel omheen. Ik denk dat je daar aandacht voor zou kunnen hebben. Dat je daar aandacht voor zou kunnen hebben. Dit lijkt vooral iets voor de nieuwe generatie. Darmkanker/borstkanker zijn merendeels oudere patienten vanaf 40 jaar. Kan over aantal jaar veranderen omdat daar in de samenleving meer aandacht voor is. Daar kun je als ZH naar luisteren en op profileren. Op korte termijn merk je daar niets van, lange termijn wel. Ik denk dat patienten dat ook interessant zouden vinden. Dat je patienten helpt met een nieuw leven. Die vragen zich heel erg af: "Hoe heb ik kanker gekregen? Hoe kan ik nu met mn leven verder, zonder angst, ander lichaam".

Denk dat CM een rol zou kunnen spelen in een visie. Is heeel hoop werk hoor. In een visie hoe je als ZH dat mee kan nemen. Niet goedkopen marketing 'we verkopen geen kroketten meer' maar echt concept; echt zorg. Hoe wordt je fitte kankerpatient.

Interviewer: Is Nederland. Ja ik volgens mij. Tot nu toe. Want ik heb nu al af. 2 chirurgen een paar verpleegkundigen en vpspecialisten. Maar ja de kant van interne geneeskunde die die had ik nog niet echt gehad eigenlijk en die is ook wel belangrijk. Dus ja laten we beginnen eigenlijk met een paar vragen wat is jouw taak? Eigenlijk hier precies in het ziekenhuis?

Internist-Oncoloog: Voor oncologie patienten he ? Of mijn taak in brede zin.

Interviewer: Ja misschien in brede zin in daarna specifiek.

Internist-Oncoloog: Ja ik ben oncoloog ik ben acuut geneeskundige en ik ben al blij zijn. De belangrijkste dingen die ik doe. Ik als oncoloog. En ik ben opleider. Als oncoloog heb ik 2 poli's week is een beetje minder dan andere dingen doen. Daarnaast zie ik op een algemene interne poli die ik heb ook veel oncologie. Patiënten die. Komen met een verdenking dat er iets kwaadaardigs is en die komen dan bij mij en dan probeer ik. Zo snel mogelijk diagnose te stellen en in een aantal gevallen is dat dan geen kanker maar in een aantal gevallen is dat wel kanker. Dus dat is de link tussen de huisarts en de oncologie afdeling. En, en daarnaast ehh. Doe ik dus algemene interne en daar heb ik 1 poli van, en ik doe de acute geneeskunde. En dat betekent dat ik een extra dag internistschappen doe waarbij ik het aanspreekpunt ben voor de spoedeisende hulp. En als acuut geneeskundige ben ik ook degenen in de vakgroep die de literatuur bijhoudt de

maatschappelijke ontwikkelingen en ons ook vertegenwoordigd op de spoedeisende hulp. En als opleider heb ik ehh nou. Een assistent in opleiding maar ook de assistenten die niet in opleiding zijn. Die groep die beheer ik. Voer ik de gesprekken me, devootgang van gesprekken. En zorg ik voor de structuur van de opleiding. Dat is nou ik denk dat. Het ongeveer eenderde eenderde 1 derde is eenderde is wat ik doe.

Interviewer: Oké. En als er dan over zo'n poli hebben, als je zo'n poli draait voor oncologie, hoe ziet hoe ziet dat eruit? Waarmee begin je? Internist-Oncoloog: Het is een rasterje hè, het zijn patiënten die. Ingedeeld zijn patiënten die voor controle komen, een kwartier, nieuwe patiënten is een half uur. Dan plannen ze een ochtend vol. Ik begin om 9 uur en ik stop om 12 uur en meestal is ook wat uitlopen omdat. En aantal patienten hebben veel tijd nodig.

Interviewer: Meer dan er voorgeschreven staat. Internist-Oncoloog: En soms ook niet hoor. Maar af en toe dan zit er ja zeg maar. Een? Een harde brok in zo'n poli en daar heb je dan extra tijd voor nodig. En wanneer het meteen de eerste patiënt is dan ben je de klos. Want dan de rest van het spreekuur loopt dan uit. Maar dat is wel karakteristiek voor de oncologie. En wat ik ook veel doe, dat is ook een taak voor mij. Dat is dat ik me bezighoudt met interfraneuse toegang van de patienten, dus de infusen. Problemen met infusen wanneer er een ongeluk gebeurt en ontstaat er een extra frasatie dan bellen ze mij. En de lijnen,

de lange lijnen die geplaatst moeten worden, dat doe ik samen met een aantal verpleegkundigen. Mmm. En ehh dat betekent dat er ook tijdens mijn poli regelmatig gebeld wordt wanneer dat een probleem is met zo'n infuus.

Interviewer: Ja en dan loopt het natuurlijk ook uit Internist-Oncoloog: Precies dat werkt ook verstorend.

Interviewer: Ja. Want als je dan qua patiënten, nieuwe patienten en controle patiënten. Hoeveel hoeveel nieuwe patiënten en hoeveel controle patiënten zijn er dan ongeveer? Internist-Oncoloog: Nou, per spreekuur hebben we 1 nieuwe patiënten plek. En de rest is ik kan je wel even laten zien als dat verhelderend is. Dit is vandaag, en vandaag heb ik officieel geen spreekuur maar heb ik 1 patient die uitslag van mij krijgt. En daar werkt het zo. Als je ergens een patiënt hebt staan dan plakken daar allerlei patiënten aan vast, die waar ze een vragen over stellen. Dat mag eigenlijk niet. Het gebeurt wel. Nou dit is een ehh regulier spreekuur en dan heb je. Om 9 uur begint dat. En dan zijn er verschillende codes. Dit zijn mensen die voor een kuur komen. Hier is nog een plaatsje open. Hier. Zou een nieuwe patienten moeten staan en die is ingenomen door een andere patiënt. En het is omdat ik ben met vakantie gaan maar normaliter er staat hier een nieuwe patiënt. Interviewer: Dit zijn allemaal.. Internist-Oncoloog: Dit zijn allemaal controle patienten

Interviewer: En als ze voor een kuur komen dan? Hoe werkt dat dan? Want ze komen als nieuwe patient binnen. En dan hebben ze dus een langere afspraak dat lijkt mij een diagnose bespreken en behandeling bespreken. Ja nou niet altijd hoor het is wanneer de nieuwe patient hebt. Dan. Even kijken. Dat was een extraatje. Maar hier staat zo'n nieuwe patient. Dan zie je dat er ook een hele lijst bellers is, hè ik doe heel veel telefonisch. Maar dit is zo nieuwe patiënt en wat ik met deze patiënt gedaan heb. Dat is vooral bespreken. Wat er wat er gaande is, en bij deze patiënt waren het er nog wel een aantal vragen. Die dan vervolgens meenemen en proberen op te lossen en dan een vervolgspraak. En het is niet altijd zo dat in dat half uur, daar is het ook te kort voor dat je. Dat je meteen allerlei zaken kunt doen en afhandeld. Soms wel maar meestal niet.

Interviewer: Want dat is zo'n patient. Nou ja voor. Behandeld wordt voor voor kanker zeg maar en uiteindelijk. Bij jullie terechtkomen. Hoe ziet dat dan voor hun eruit, wanneer zien ze jullie en Wat wordt er dan inhoudelijk besproken wanneer gaan ze dan weer? Internist-Oncoloog: Maar ja het is heel erg verschillend. D'r zijn patiënten waarbij het absoluut duidelijk is wat er moet gebeuren, waarbij een een behandelplan al gemaakt is in een MDO. En en dan, Moet alleen geregeld worden dat ze gaan starten met de chemotherapie. Dat kun je in 1 gesprek kun je dat vaak wel doen. En dan eindigt het gesprek in: 'van

nou dit is de kuur die we gaan geven’ dan geef je dan een globaal heb je daar de voorlichting voor. Van wat is het doel wat zijn de bijwerkingen hoe gaat dat praktisch in z’n werk? En dan krijgen ze een vervolgesprek met de verpleegkundige die dan wat meer. Ehh Details geeft wat meer de praktische. Dingen over een kuur. Van wat moet je doen. Een tablet? Weer overgeeft, of wat moet je doen wanneer je koorts krijgt? Dat soort adviezen krijgen ze dan van de verpleegkundige. En maar meestal is het zo dat je. Nog een aantal dingen moet doen. Deze patiënt bijvoorbeeld. Die had een beetje een raar behandelplan. En? We hebben een aantal vragen geformuleerd en die neem ik dan mee naar ons overleg en daar bespreek ik dan van. Wat we moeten doen. Dit was een patient die was besproken in een MDO. Maar ik snap d’r helemaal niks van. De Conclusie daarvan. Dus daarom ga ik aan Simone vragen, want die was aanwezig bij dat MDO, wat de overwegingen waren. Ik heb de chirurg al gebeld die patiënt verwezen had. Maar dat loste ook niet zoveel op. Dus ja dan moet ik op pad om het. Het plan scherp te krijgen.

Interviewer: Dan moet jij daar achteraan.

Internist-Oncoloog: Ja en dan is er vervolgens is er een afspraak waarbij ik. Die patiënt nog eens een keer weer spreek. Even kijken. Ik heb hem voor vandaag heb ik hem eringezet als memo want vorige week was Simone er niet. Dus dan kan ik vandaag Simone aanhaar jasje trekken. En morgen wat ze besproken in onze bespreking. Onderling.

Interviewer: Dat is weer een andere dan het MDO

Internist-Oncoloog: Hebben je hebt hier was

het MDO. 18/6. Daaruit komt dat de patiënt waarschijnlijk chemotherapie moet hebben. Dan wordt ie aangemeld. Dan komt ie op de triage bespreking hier. En nou die triage bespreking dan wordt de patient ingedeeld, bij mij ingedeeld. Dan zie ik hier de patiënt als nieuwe patient. En dan komt ie in de week erna. De dit was de vijfentwintigste, 2 weken tussen, is een beetje lang. Dan heb ik de patiënt gezien. Dan wordt het beleid gezamenlijk besproken en afgestemd op de bespreking van morgen. En dat is een bespreking waarbij mijn collega oncologen. Erbij zitten. Dus dat is qua. Oncologen is het breder. Qua internisten en oncologen. Maar qua disciplines is het smaller dan het MDO.

Interviewer: Ja ja. Ja ik had dat is misschien wel leuk om te zien ik ben bezig met uitwerken. [laat het metrolijn zien]. Voor chirurgie is het best wel duidelijk beschreven al in eras map bijvoorbeeld ook welke afspraken te hebben wat er gebeurt. Maar ja bij intern ik had nog niet zoveel mensen gesproken dus ik had nu een soort van schetsje gemaakt.

Internist-Oncoloog: Je hebt een soort optimale route maar. Wij hebben denk ik meer verschil in in patiënten. En wij hebben ook meer behandel modaliteiten. Ja. Ja. Soms is het is het planbaar maar met een heel aantal situaties is het heel slecht.

Interviewer: Die route of zo is ie ergens beschikbaar of? De richtlijnen of zo.

Internist-Oncoloog: D’r is niet echt een een route die toepasbaar is voor iedereen maar wat wel de normale route is dat is dat wanneer wij een

nieuwe patiënt zien. Dat ie terugkomt in onze triage bespreking waarbij we de daaropvolgende dinsdag de patiënt bespreken en. Dan onderling afstemmen wat voor beleid dat gevoerd gaat worden. Dat wel. Maar. Daar zit heel veel diversiteit in. Mama carcinoom dat is denk ik wel in een route vast te leggen colonccarcioom adjuvante behandeling is ook goed in een route vast te leggen. Chemoradioaties die zijn ook goed in een route vast te leggen.

Interviewer: Ja want ik zit nu focus ik me nu vooral op het coloncarcinoom.

Internist-Oncoloog: Ja er is een zorgpad he?Interviewer: En dat is zo’n flowchart. Ja wat mij opviel daar was dat heel duidelijk voor chirurgie, maar adjuvante behandeling is een beetje 1 zo’n vakje

Internist-Oncoloog: Ja dat is ook wel vrij duidelijk hoor want dat is de route die planbaar is maar bijvoorbeeld die patiënt die ik zopas liet zien dat is. Een patiënt met een rectumcarcinoom. Die zou eigenlijk ook in dat straatje moeten passen maar. Maar dat is een bijzondere situatie waarbij. De? Die niet het normale paadje van de van de adjuvante behandeling kan. En dan wijkt ie af. Een normaal paadje is wel te tekenen. En dan komt de patient bij ons als nieuwe patiënt, dan spreken we de patiënt. En dan gaat ie vervolgens starten met de chemotherapie. En een en afspraak bij de verpleegkundigen en die start dan met chemotherapie Dat is duidelijk. Als het gaat zoals het hoort te gaan.

Interviewer: Want voor een coloncarcinoom. Zijn er een paar standaard chemokuren?

Internist-Oncoloog: Er is 1 standaard chemotherapie. Dat is capicitobine.

Interviewer: En dat zijn pillen dan?

Internist-Oncoloog: Ja pillen, dat is de capocitabine. En dat andere is een infuus. Ik had vorige week een nieuwe patiënt die heeft diabetes en daardoor zijn de zenuwen? Kwetsbaar ooxapoten heeft bijwerking dus dan laat ik die achterwegeHè dus ik maak het op zo’n manier maak ik het op maat. Mmm. En afhankelijk van hoe uitgebreid de primaire tumor geweest is hè. Wat ze bij de operatie aangetroffen hebben. Kun je ook zeggen van nou er zijn weinig lymfeklieren aangedaan ik geef geen 8 kuren wat normaal is. Maar ik geef 4 kuren. Dus d’r zit wel wat variatie.

Interviewer: Ja en dat zien ze pas tijdens die operatie of?

Internist-Oncoloog: Ja dat is ph uitslag die je krijgt en daarin staat aan hoeveel lymfeklieren aangedaan zijn. Nu als het minder is dan 4 dan kun je. Kun je volstaan met 4 kuren anders worden het er acht.

Interviewer: Ik had nog een paar vraagjes over het CM zelf eigenlijk. Ja hoe hoe? Ja wat heb jij daarover gehoord en en en? Ja wat? Wat zijn jouw gedachten daarbij zeg maar bij CM daar was ik wel benieuwd naar.

Internist-Oncoloog: Nou ik het is natuurlijk iets wat in de oncologie al heel lang besproken wordt hè dat een patiënt 1 aanspreekpunt moet hebben. En wat wat dan een dilemma is, is dat een persoon die gedurende het hele ziekteproces het aanspreekpunt is voor de patient. dat zou ideaal zijn. Het lastige is dan dat we verpleegkundigen

hebben die chirurgisch zijn. En verpleegkundigen internistisch zijn. Wanneer je zegt van, het moet 1 en dezelfde persoon zijn en dat moet steeds hetzelfde zijn. Dan wordt ‘t overzichtelijk voor de patiënt maar die ene persoon. Is inhoudelijk minder goed onderlegd. Ja want het is of een verpleegkundigen, tenminste zal meestal nog verpleegkundigen zijn die internistische achtergrond heeft of chirurgisch achtergrond heeft. En die combinatie dat is heel lastig om dat te maken. Je kunt ook zeggen van nou ik kies ervoor dat zo iemand minder. Inhoudelijk geïnformeerd is en dan kan die beide doen. Nou dan is het meer een soort aanspreekpunt, meer een brievenbus en een doorgeefluik en de daar zit een spanningsveld tussen voor mijn idee. En wat denk ik ideaal zou zijn. Een situatie hebt waarin in de eerste lijn, dus bij de huisarts, een heel duidelijk aanspreekpunt is. En dat ze dan 1 aanspreekpunt, dat er in het ziekenhuis als ons ziekenhuis 1 aanspreekpunt is. Met een telefoonnummer die dan misschien niet. Volledige diepgang heeft op alle gebieden. En dat eerder patiënten die ook nog in een ander ziekenhuis behandeld worden bijvoorbeeld VU of Catharina ziekenhuis he colorectaal zijn er een aantal patiënten die naar catharinaziekenhuis gaan. Dat daar ook 1 aanspreekpunt is. Dus dan heb je eigenlijk. Per lijn heb je een aanspreekput. En Dat is handig, want een patient kan wanneer die thuis in de problemen is. Kan hij denken van nou ik moet het ziekenhuis bellen. Maar het kan ook zijn dat je denkt van ik moet even met de huisarts bellen. Is belangrijk dat beide opties toegankelijk zijn voor de patiënt. En dat de eehh.. Wanneer de huisartsenpraktijk gebeld wordt. Dat ze dan

niet zeggen van ‘je moet het ziekenhuis bellen’ want dan blijft de patiënt heen en weer bellen. Dat betekent wel dat je onderling bijvoorbeeld moet zorgen dat die informatieuitwisseling tussen eerste tweede lijn en eventueel derde lijn dat die echt optimaal is.

Interviewer: En hoe zie jij dat dan als het iemand is die minder diepgang heeft. Is dat dan niet weer een extra schakel? Is dat wenselijk?

Internist-Oncoloog: Ja dat kan wel. Ja maar de andere optie is dat. Hilde Koole bijvoorbeeld hè, is bij de chirurgie een vpk die heel veel van dit soort coördinatie werk doet. Als die gebeld wordt over een chemotherapie probleem dat weet ze het niet. En dan krijg je gewoon geen antwoord van haar. Daar kan het dan zijn, dat zij het aanspreekpunt is maar ik denk dat zo’n casemanager moet juist een eenduidig aanspreekpunt zijn. En dus. En die moet. De juiste persoon weten te vinden die een antwoord kan geven op specifieke vraag maar hoeft niet zelf al die antwoorden te kunnen geven.

Interviewer: Maar zou het dan ook bijvoorbeeld zo kunnen zijn dat ze dan wel bij Hilde terechtkomen dat die dan zegt, ‘je moet bij die zijn

Internist-Oncoloog: Eehh ja dat is jammer want je je wilt eigenlijk niet dat je.... Dat is het spanningsveld wat ik noemde hè het spanningsveld tussen aan de ene kant. Maximale diepgang hebben en aan de andere kant. 1 aanspreekpunt. Dat dat is gewoon moeilijk. Dat je een een zorgtraject hebt. Waar verschillende disciplines bij betrokken zijn.

Interviewer: Ja dat. Blijf je natuurlijk hè.

Internist-Oncoloog: En ik denk dat het vooral

belangrijk is. Dat we bereikbaar zijn dat is ook een reden waarom ik het klant contact centrum wat we nu hebben. Een ongelooflijke vergissing vindt. Het? Daar zitten heel veel mensen. Die niet goed bereikbaar zijn gewoon omdat het kcc overbelast wordt. Die geen diepgang hebben. Het enigste wat ze kunnen is doorschakelen naar andere. Of afhouden en dat is voor een patiënt met kanker. Is dat ongelooflijk vervelend. [Telefoongesprek] [Bij mij. Ja. Wanneer begint ze? Ja dat kan ik die dit doen maar dat ze staat op mijn lijstje denk ik voor vandaag maar als ik weet wanneer. Ze gaat starten en dat weet ik nu dan kan ik de foto inzetten voor vrijdag. Ze kan ‘s morgens eerst even langslopen foto maken en dan stappen dat het handigste. Dan. En dan zit ik ook de. Had je gekeken of ze in mijn lijstje staat voor vandaag kan zelf ook even kijken hoor. Ja. Mooi dan vergeet ik ‘t niet namelijk. Oké. Hoi.] Maar ik denk dat wanneer het het kcc wanneer dat goed bereikbaar is. Dan kan het functioneren maar je hebt daar absoluut geen geen diepgang. Dat moet denk ik zo’n een casemanager moet daar een rol in hebben. Die moet ervoor zorgen dat we wel bereikbaar zijn en dat een patiënt ook antwoorden kan krijgen.

Interviewer: En bereikbaar in de zin van?

Internist-Oncoloog: De telefoon opgenomen wordt. En dat er niet 10 wachtende voor je zijn en dat je dan na een half uur denkt van ja dit wordt ‘m niet en meneer aan na een half uur contact hebt. En dat je dan ook een antwoord krijgt.

Interviewer: Wat zijn voor jou laatste vraag de maatstaven voor succes als we praten over een case management. Wanneer zou het een succes

zijn?

Internist-Oncoloog: Wanneer je de optimale balans te vinden tussen aan de ene kant bereikbaarheid Een uniform nummer waar op een patient z’n vragen kan stellen en aan de andere kant. Voldoende diepgang voldoende knowhow van degenen die dan de telefoon opneemt. En dat is een hele lastige.

Interviewer: Die afweging moet goed uitgebalanceerd zijn.

Internist-Oncoloog: Ja en wat mij betreft dus per instelling. Eerste lijn tweede lijn eventueel derde lijn. 1 telefoonnummer voor de patiënt waar je dan iemand aan de telefoon krijgt. En die weet waarover hij het heeft. En die dan ook weet wat er dan op andere plekken gebeurt. Dus degene die in de eerste lijn de telefoon opneemt moet goed op de hoogte zijn van wat er in de tweede lijn gebeurt en andersom. De dat vraagt heel veel van communicatie onderling. Ik denk dat dat ook de grote uitdaging is van het casemanagement. Want je kunt wel iemand een taak geven, maar als dat alleen maar iemand is die de telefoon doorgeschakeld. Heb je er niks aan dan heb je een nieuw KCC gecreëerd. Dat willen we niet.

A.8 Interview 7

Internist-Oncoloog

Internist-Oncoloog: Derde scenario dat is toch mijn visie over de lijn. Je kunt je je afvragen of dat Diagnostiek wel of niet erbij zit dat vind ik een beetje lastig als je kijkt naar borstkanker bijvoorbeeld. Zijn veel mensen die gewoon goedaardig zijn 1x contacten hebben en daarna niet meer. Wat voor waarde voegt CM dan toe. om Dat geldt ook voor heel veel poliepen van darm ook maar iets waarvan je helemaal geen contact verder. Dat geen gevolg heeft dus. Het zou best mogen beginnen met de diagnose eigenlijk. Volgens mij is dat scenario 2 dus diagnostiek een beetje los dus dan zou ik hier [na diagnose] beginnen. Want dit stukje is een beetje wisselend denk ik. Voor hematologie is het wel nuttig [diagnose] voor long weet ik niet wat daar al nuttig is. Dit natuurlijk een heel duidelijk startpunt. Is het ook. We hebben nu een diagnose dus we gaan verder. Eigenlijk zou ik hier nu de dokter tegelijkertijd en dezelfde dag of dag later een vps. Ook daar in zetten voor informatie voorziening. Mag ik plakken? [de stikkertjes] Dus ik denk dat dokter en vps hier samen iets moeten doen. Patient moet overal geplakt worden. Ik denk dat dat het punt is, zit even te denken aan het spiegelgesprek... Dat was borstkankerpatient. Die had een foto en een bipt. Zag er niet goed uit dus gelijk naar mamacare. Dus bij hoge verdenking of diagnose, meestal wordt het dat eigenlijk. Dat zijn de Fases waarin patiënten het meest onzeker zijn. Dan wil je laagdrempelig kunnen terugvallen op iemand. Dat is dat per definitie een keuze. Dat moet vanaf dat moment

ook die casus kennen en ervoor zorgen dat die ook bereikbaar is. Een dag later al. Want ik kan me voorstellen. Dan denk ik voor patienten. Je krijgt het rotnieuws te horen dus veel onzekerheid in het begin. Onderzoek en diagnostiek traject. Je wilt dan makkelijk kunnen schakelen. Je krijgt zoveel informatie in één keer dat je dat nog een keer... Dus hoge verdenking of diagnose in 1. Want wat er gebeurd bij een screening, bij een darmkanker bij een poliep, die kan in één keer maligne zijn. Dan heb je meteen diagnose. Niet een proces wat je helemaal kunt scheiden. Loopt door elkaar heen. Hematologie. Stel je wordt verwezen voor een hele grote klier of zo. Dan wil je het eigenlijk vanaf dag 1 al hebben een cm. En voor long.... Soms heb je gewoon een foto van Long die heel erg verdacht is. Vanaf dat moment zien. Je moet toch een contactpersoon hebben. Meteen de casemanager. Interviewer: Dus er moet eigenlijk duidelijk zijn per tumorsoort, wanneer je doorschakelt naar een casemanager. Dat hangt nu nog in de lucht. Internist-Oncoloog: Klopt daar moet je duidelijke afspraken over maken, die eenduidig zijn. Wat je ook kunt communiceren op je website. Dat is een verwachting die je gaat maken naar patienten en andersom ook. Dus die moet je waarmaken. Internist-Oncoloog: Echt helemaal vanaf screening.... Er zitten ook heel veel mensen bij die gewoon goedaardig zijn maar niet per se de groep die vind ik die CM nodig heeft. Ik kan niet de getallen hoor maar bij borstkanker kan wel zijn dat 50 procent van alle screenings die gedaan

worden zijn benigne... dus dan is het zonde om daar heel veel kosten aan te maken met de casus die 1x keer contacten heeft en daarna nooit meer. Dat is ook niet de insteek van een CM. CM vind ik iemand die echt voor langere periode loopt. lig vanaf moment dat de diagnose bevestigd is vind ik het sowieso. Daarvoor zou het fijn zijn als er echt al een hele hoge verdenking is. Dus vanaf dat moment. Interviewer: Dus op dat moment wil je de koppen bijelkaar steken? Internist-Oncoloog: Ja en weet je wat wat mij betreft de ideale manier is om dat te doen? Door daadwerkelijk tegelijkertijd in 1 kamer te zitten. Want nu gaan ze eerst langs bij specialist, dan vps, en die heeft eigenlijk dat gesprek niet meegekregen, maar heeft natuurlijk inhoudelijk kennis en die weet dat er dus ongeveer wat er gezegd of bedoeld moet zijn. Dat merk ik ook wel eens dat hier op de afdeling. De vps kan precies vertalen wat een specialist bedoeld heeft zeg maar. En dat gaat vaak al goed maar ik denk idealiter gezien bij elkaar tegelijkertijd samen moeten zitten in 1 kamer, want dan ze hebben alle drie hetzelfde gehoord en dat geeft ook voor de followup. Internist-Oncoloog: Dat geeft ook voor de follow up heel veel steun aan elkaar. Maar dat is een beetje wat kan en moet. Nu gaat dat via het dossier met potentieel kans op misverstanden. Wat ik ook wel gemerkt heb is dat verpleegkundigen echt op een ander niveau communiceren ondanks dat je echt als dokter

daarvan bewust bent en probeert het op een ander niveau te brengen. Dat is heel moeilijk. En juist door iemand in een gesprek te hebben. Die stuurt meteen naar een beetje heen. Die er ook voor zorgen dat zo'n gesprek ook veel makkelijker naar zo'n patient toegaat dus daar ziet zichzelf een heel groot voordeel in. Dan kan er een uitkomst zijn maar dat er nog verder diagnostiek of aanvullend onderzoek is. En dat is echt een onzekere periode waarin Weer nieuwe gegevens naar voren kunnen komen. Dat is ook echt een periode waarin die cm / verpleegkundig specialist echt wel een rol speelt zegmaar in begeleiding en zorgen dat het gecoördineerd wordt enzovoort. Maar komt er een definitieve diagnose. Definitieve diagnose moet dokter vertellen. MDO zit daar nog tussen. Hier of hier. Interviewer: MDO is Eén keer per week is dat genoeg zeg maar? Internist-Oncoloog: Nee, idealiter niet. Het is gewoon niet te organiseren op een andere manier. Kost ontzettend veel capaciteit. Interviewer: Maar in JBZ doen ze het elke dag? Internist-Oncoloog: Ja maar die hebben een groter aanbod dus als je kijkt naar borstkanker, heeft het aanbod te maken. Aanbod van patiënten casussen. Kijk als wij er 100 hebben en zij 500 per jaar. Dan kun je elke dag zo'n MDO organiseren. Dat is schaalgrootte. Voor ons is voor borstkanker voor het hele ziekenhuis zo'n MDO de schaalgrootte voldoende om tenminste twee keer in de week een MDO te organiseren. Voor darmkanker. Denk het niet eerlijk gezegd

nog. Daar zijn we net te klein voor. Ik denk het niet. Maar dat is een inschatting. Weet niet de getallen. Interviewer: En hoe is dat dan? Naar mijn idee gaat het proces best wel snel? Maar als een patient dan net de dag na het MDO binnenkomt? Dan ben je te laat? Internist-Oncoloog: Ja dat is het ook, dat is hartstikke irritant. Ja soms wil ik op woensdag gaan bespreken. Dan moet ik ook nog het direct die dag alles invullen want anders kan ik überhaupt die patient niet bespreken op die dag. Interviewer: En mensen die dan niet werken op die dag van het MDO? Internist-Oncoloog: Het klopt maar ik denk dat daarom weinig oncologen zijn chirurg en internist is dan die dag vrij hebben. Dat is ook een soort vereiste natuurlijk. Kijk al ben jij echt borstkanker en borstkanker MDO is op donderdag. Dus dan als borstkankerspecialist is niet jouw vrije dag op donderdag. Interviewer: Dus als vps, de cm wordt, dan moet die daar wel bij kunnen zijn? Internist-Oncoloog: Het is de vraag maar ik denk dat dat niet per se hoeft. Het zou beetje of kunnen zijn. Ik vind ook dat vps zelfstandig een patient moet kunnen bespreken zonder dokter erbij. Als je dat goed overdraagt. Tis niet en en. Tis een of. Internist-Oncoloog: Stel dat je samen bij de diagnose ook samen zit? Internist-Oncoloog: Ja dan kun je MDO bijna overdragen aan de vps. Denk dat je dat bijna helemaal kunt overdragen aan een vps. Zeker

als het enigszins standaard is. Niet standaard is misschien een ander verhaal. Ik denk dat er hier wel echt vervangbaar zijn. [mdo]. Diagnose + Behandelplan eigenlijk, die komt dan uit MDO. Interviewer: Nu gaat dan de patiënten daarna ook nog langs de vpk [na diagnose gesprek] Internist-Oncoloog: Ja dan Krijgen ze nog voorlichting natuurlijk over de behandeling zelf dat is meestal door vpk. Per specialisme weer een beetje anders. Hier zou je goed ei over moeten leggen waar het precies start. Denk eigenlijk...Als je echt een hoge verdenking hebt moet je een cm in kunnen zetten. Ik krijg vaak al mensen met diagnose. Die komen bij mij als er al diagnose is. Maar eigenlijk als bij MDL al blijkt dat het maligne is is dan moet er al een casemanager komen. Interviewer: Een goed moment is dus echt hoge verdenking, als scopist al zegt 'dit ziet er maligne uit.' Voor colon is dat al vrij strak dacht ik? Internist-Oncoloog: Volgens mij gaat dat nu wel vrij goed ja. Alleen voor anderen is dat nog. Voor. De slokdarm, maag carcinoom is er helemaal niemand die dat doet. Die bestaat gewoon nog niet. Die moet echt wel komen en dat mag ook niet. Die groep is volledig buiten beeld momenteel. Die worden echt ontzettend ondergesneeuwd en dat geldt ook voor de ovarium carcinoom. En die hebben met heel veel Centra contact hebben dus contact met de gynaecoloog met een oncoloog internist oncoloog. Met extern bureau. Daar hoort ook echt een cm bij. Er zijn wel echt groepen die niet goed gecasemanaged worden zal ik maar zeggen. Maar

alles is verknipt nu he.. Interviewer: Ik kreeg het idee dat mensen met lage stadia darmkanker (Bevolkingsonderzoek) waarbij er vooral operatief verwijderd wordt, dat dat eigenlijk best wel strak geregeld ik had ook wat patiënten gesproken. Daar zit wel die cm in verwoven. Stuk Ja maar wel verknipt he. Een CM maar alleen van diagnose tot moment van operatie. Daarna worden ze nog één keer. Soms blijf je dan bij followup bij chirurg maar als je dan wordt behandeld voor chemo dan kom je wel echt nieuw bij de interne. Dan stopt de cm chirurgie. Dat is eigenlijk gek want vervolgens worden de mensen adjuvant behandeld worden door de chirurg en.. daar zit ook een beetje een probleem. Dus als we gaan kijken naar.. Er komt een behandelplan uit... we gaan even verder op coloncarcinoom. . Verder vind ik het lastig, kan het zijn dat het adjuvant is of niet. Dus indien geen adjuvant. Dan doet chirurg follow up. Dan is het OK door de chirurg. Lijkt me vrij simpel verder niemand iets mee te maken. En dan heb je dus twee uitkomsten. De uitslag komt er uit. Uitslag dan. Die heeft twee uitkomsten. Of follow up zeg maar of nog iets met chemotherapie. Ging zeg maar. En de vragen die er uit borrelen. Die moeten eigenlijk ook door de vps worden gedaan. De vraag is wie dit zou moeten doen,, de uitslag ? Dat stuk tussen diagnose en ook is ook voor de cm. Dus de overbrugging zeg maar. Zo moet je ze eigenlijk gewoon aldoor tekenen. Gewoon bruggen zegmaar. Doen ze de uitslag samen of doet de vps dat of? Ik denk dat dat best kan. Of

samen... ik zit even te denken. Internist-Oncoloog: Die uitslag mag voor mij ook echt een vps doen. Er wordt hier gewoon goed afgestemd met elkaar wat boodschappen is (op het MDO). En dat is wel of niet adjuvant, plat gezegd eventjes. Dus ja. Interviewer: Ja want ik heb het idee dat die, die verpleegkundig specialist, die opleiding dan. Ben je ook gewoon echt best wel. Gespecialiseerd in dit vakgebied Ja absoluut.

Interviewer: En follow up? Internist-Oncoloog: Ja dat vind ik dat vind ik echt heel thuis horen bij vps. Dat is heel erg geen taak voor medisch specialist. Vind eigenlijk dat dit naar de huisarts moet. Sommigen wel hoor. Zijn regels wanneer het nu gebeurt en wij doen en wij nemen deel aan onderzoek waar dat wordt onderzocht. Waarin dat plaatsvindt. Interviewer: Ja want het follow up is Internist-Oncoloog: Ja zie je gaat kijken naar klachten en lichamelijk onderzoek en je moet dingen kunnen aanvragen. Dat zijn dingen die vps moet kunnen. Los daarvan. Je krijgt niet de hele tijd die wisseling van die van die van van van de verschillende specialismen. Interviewer: Nu gaan ze de ene keer naar een chirurg andere keer internist.. Internist-Oncoloog: Ja dat is een beetje om gedaan. Ja dat is gewoon heel onhandig want dat gaat heel vaak ook mis want er zitten ze of soms maar 2 maanden na elkaar terwijl ze gewoon liefst na een half jaar weer bezig in plaats van na

2 maanden.

Internist-Oncoloog: Even kijken hier heb je de besluitvorming van de. Wel of niet de aanvullende chemotherapie. En zouden ze eigenlijk gewoon. Je kunt echt heel veel van dit soort lijnen maken. Voor heel veel verschillende tumoren. Je kunt niet in 1 lijn alles pakken. Ik vind dat dat het gesprek over wel of niet aanvullende chemotherapie doen dat vind ik echt iets wat de dokter moet doen zeg maar. De in dat geval de internist oncoloog. Dat gaat over chemo dus echt de internist.

Interviewer: Wanneer krijgen ze te horen van je krijgt chemo? Bij de uitslag?
Internist-Oncoloog: Ja nee... krijgen ze vooral te horen zeg maar... ja dat zou er idealiter wel. Eigenlijk moet dat dat hier besloten worden [mdo]. Maar 't probleem daarvan is en blijft, dat hier mensen zitten die die patiënt niet kennen. Op het MDO. Je moet inschatting kunnen maken of zo'n patient het aankan ja of nee. Maar het uiteindelijke besluit om wel of niet de chemotherapie te geven ligt bij de internist en de patiënt samen hè. Zijn altijd keuzes, patient mag gewoon zelf kiezen wat ie wil. Nadat ie goed voorgelicht is. Kijk dit ding sluit alleen uit wanneer het niet nodig is. Bij laag stadium zegmaar. Als ze niet in aanmerking komen voor adjuvant. Als er in de richtlijnen staat van dat moeten we doen, dan wordt je verwezen, en in principe volgt de internist dat advies op dan word je verwezen. En dan ga je samen met patient beslissen of je dat wel of niet wil.

Internist-Oncoloog: Tijdens de uitslag wordt besproken of er wel of geen klieren zijn in dit

geval. Dus als er geen klieren zijn en er is geen indicatie gegeven voor chemo. Dan rechtstreeks Followup en anders gaan ze naar de internist oncoloog dat wordt hier besproken. En ik vind dat zeg maar zeker als dat afgestemd wordt op een MBO. Ja Daar hoeft je geen medisch specialist voor te zijn om dat te vertellen.
Interviewer: En vooral als ze ook bij diagnose al meegaan.
Internist-Oncoloog: Ja maar als er dan besloten wordt chemotherapie te adviseren dan vind ik wel dat een dokter dat moet bespreken van wat zijn de voor- en nadelen en de kansen en de winst enzovoort. En ook de inschatting moet maken of dat zo'n patient dat moet kunnen en of er contra indicaties zijn. Ja maar dat kun je namelijk daar vragen en ik vind dat wel heel veel gevraagd van een Verpleegkundig specialist. Ik denk dat ik dat dat net een stap te ver is. Maar het gaat erom zeg maar wie die wie voert het gesprek 'oke dat is besloten op het MDO. Deze patient komt in aanmerking voor aanvullende chemotherapie' en dan is de vraag voor wie voert het gesprek met de patiënt. Vraag is of dat ie dat wilde ja of nee. Kan zijn in Antoni van Leeuwenhoek dat vps dat doet ik ben daar niet zo'n super specifiek voorstander van.

Interviewer: Maar als de verpleegkundig specialist wat zou jullie rol dan nog zijn?
Internist-Oncoloog: Nee nee ja bot gevraagd... de verantwoording dragen. D'r voor zorgen dat dat alle dat alle behandelingen, protocollair goed kloppen zou maar zeggen dat je dat dat is het grote dat systeem zeg maar. Dat systeem klopt

eigenlijk dat ik me daar word je een systeem denker. Want dan zie je bijna geen patient meer.

Internist-Oncoloog: Ik weet vrijwel zeker dat dat in het AvL gebeurt namelijk ik denk dat je het wel. Ik denk dat in het AvL van het MDO Dat het samen beslissen gesprek met vps gedaan wordt, serieus! Ik denk echt dat ze dat zou doen. Want volgens mij komen die mensen die adjuvant zijn inderdaad niet of nauwelijks met de medisch specialist geen aanraking. En dat kan als je er heel goed inzit... dan kan dat. Alleen ik vind dat dit gesprek over die besluitvorming. Dat vind ik wel echt iets...dat vind ik wel echt even een stap hoger weer dan toch. Dan vind ik dat je een gewoon gewoon denk ik hoor als vps zijn.

Interviewer: Nee ik denk helemaal als je nu in die overgangsfase zit waarin iedereen dus moet bijschalen...
Internist-Oncoloog: Ja dan is het teveel...Maar ik vind dit ook echt de verantwoording van de dokter. En dan kun je je anderzijds wel afvragen hè... want dan denk je weer vanuit de dokter... maar wat zouden patienten willen? Het zou mij niet verbazen al zegt die van doe mij maar vps.
Interviewer: Ja omdat die meer weet van de patient.
Internist-Oncoloog: Meer kan beoordelen of zo. Wij kunnen natuurlijk heel goed medisch technisch beoordelen. Dat doen we op het MBO. En dit is medisch technisch plus patient.
Interviewer: Of zou je ze wel weer alle 3 willen hebben? want nu gaan ze naar jullie en dan gelijk door weer naar een verpleegkundige. Stel dat je

dat tegelijk en win je daar iets mee?
Internist-Oncoloog: Ik denk niet dat we daar echt iets mee winnen. Daar kun je je ook afvragen wat hier de winst kunnen zorgen. Dat je ze alle 3 in een hok hebt zitten. (aan het begin)
Interviewer: Ja de winst zou denk ik zijn minder communicatiefouten.
Internist-Oncoloog: Als patient zijnde zou me dat zo geruststellend overkomen.. Dan ga je denken vanuit patient dat moet je niet doen maar. Ik zou het als hij vindt dat ik daarna gewoon meteen even aan de hand meegenomen wordt dat dat de dokter verteld heeft en. Ik schrijf dat zo in dossier kun je nog nalezen ik noem maar even wat of ik een foldertje mee of.
Interviewer: Ja. Ja of komt het juist heel erg. Imponerend over? Bedreigend?
Internist-Oncoloog: Ja of je doet sequentieel.. Dus dit dit gesprek vindt plaats. Tussen de arts en de patient. En op het moment dat het afgelopen is gaan ze nog even naar vps een kwartiertje zoiets.
Interviewer: Ja dat gebeurt volgens mij.
Internist-Oncoloog: Ja ik zit even te denken bij de darmkanker zou kunnen ja.
Interviewer: Dat gebeurt nu.
Internist-Oncoloog: Ik denk dat dat op zich prima is hoor dat dat misschien wel voldoende is ook. Dat je effe rustig kan babbelen. Alleen het nadeel is dat vps niet de nuances heeft gehoord en het gesprek heeft. En daar zie ik een toegevoegde waarde van hoor en dat dat zie ik hier ook al je hier ook op dit punt ook nog een keer ja. Dus dus bij het punt van het bespreken van wel of niet?
Interviewer: De verpleegkundig specialist ook het voortraject Goed kent.

Internist-Oncoloog: Even kijken hier is die casemanager tuurlijk. Die zit eigenlijk overal overheen
Interviewer: We hebben geen normaal vpk meer?
Internist-Oncoloog: Dat zie ik gewoon niet gebeuren. Omdat je moet al die dit soort dingen kunnen doen, anders dan dan gaat dat niet. Dat kan gewoon niet door vpk, anders heeft het geen toegevoegde waarde, heb je nog 2 mensen nodig want dan is op de achtergrond elke keer die dokter.
Interviewer: Maar ze krijgen natuurlijk wel met normale verpleegkundige te maken als ze uiteindelijk op de dagbehandeling komen
Internist-Oncoloog: Ja... Maar Dit is besluitvorming moet daar wel of niet case manager bij zitten. Idealiter misschien ja. Maar dan moet je inderdaad de toegevoegde waarde eventjes ervan bedenken. Wat daar echte de concrete toegevoegde waarde ervan is. Want ik denk wel dat die er is want je hebt gewoon echt hetzelfde gehoord en weet ook hoe ze patiënten heeft gereageerd.
Interviewer: Dat moeten we dan misschien met een pilot testen?

Internist-Oncoloog: Ik weet dat het in sommige ziekenhuizen wel gebeurd.
Interviewer: Voorbeeld Pilot 3 patiënten ze alle 3 neer kunnen zetten en misschien bij. 3 patiënten ook alleen de verpleegkundig specialist maar wel dat je het goed monitort. Om gewoon eens te kijken wat wat krijg je daar een andere gesprekken uit? Of zo.
Internist-Oncoloog: Ja en Wat vindt je een vps er dan van/ cm. Meer dan van hè wat vinden zij dat

zelf ook toegevoegde waarde. Of denkt ie naja kost me alleen maar half uur, had liever daarna half uur gehad. Maar misschien zeggen ze ook wel van ja het kost me nu een half uur maar ik hoef me veel minder te verdiepen in het lezen. Ja dat denk ik echt serieus en zeker als dat dezelfde is als die daar aan het begin is. Dat dat gaat voor die patient. Waar je Hier voor moet oppassen als je dit doet... is dat dokter buitenspel komt te staan.
Interviewer: Nou dat kreeg je wel in JBZ! [noemt voorbeeld] Hoe is dat hier nu? Soms ziet vps wel soms niet?Internist-Oncoloog Voorlichting over chemo wordt gegeven door vpk van de dagbehandeling nu. Ja lijkt me goed. Weet niet wat toegevoegde niet als vps dat doet. Denk wel dat het gesprek korter kan als vps dat doet, je hoeft geen kennis meer te maken enzo. Kan dus wel efficiënter als cm dat doet. Voorlichting is kamertje apart. Zeker. Niet aan bed, apart moment. Als dat geweest is dan kuur in plannen. Want anders zijn ze zo gespannen voor die kuur dat alles wat je zegt niet binnen komt. En als je dan over efficiëntie nadenkt, dan kan er miss tijdswinst geboekt worden als vps dat doet, want die heeft al info en contact met elkaar. Dat dat miss ook heel fijn is voor die patient? Kan een cm inhaken op geschiedenis van de patient. Maar tis wel een rechtoe rechtaan verhaal, kan wel op lager niveau plaatsvinden. Dus we moeten nadenken wat efficiënter is.

Interviewer Hoe is dat bij chemo? Voor operatie is er een ERAS map, bestaat dat ook voor chemo?
Internist Oncoloog: Ja wordt wel info op papier gegeven maar niet zo als de eras denk ik. Moet je

aan Marriet zo'n boekje even vragen die patient meekrijgt bij de voorlichting. Ik denk dat vps dit gesprek nu liever niet doet, tis rechtoerechtaan. Denk zelfs dat vpk van dagbehandeling het niet leuk vinden... Maar eigenlijk moet je even daar niet rekening mee houden. Even pragmatisch, kan het zoveel efficiënter, je weet al wat voor patient het is. Of die zelf al veel weet of niet. Procesmatig en vanuit patient zou je zeggen CM doet dat gesprek. Chemotherapie kan gewoon door vpk. VPS komt als kuur start, bij lab uitslag.
Interviewer Zo'n kuur hoe zit dat?
Internist-Oncoloog Tussen 4 en 8 keer dagbehandeling. Borstkanker 12/20 keer. Dan elke start een vps en dan dagbehandeling. Dan als dokter niet heel veel te doen als het goed loopt loopt het. In geval van adjuvant. Dokter schrijft alleen kuur uit. Wordt gecommuniceerd via het systeem. Dat gaat niet altijd soepel. Ik verwacht dat vpk die daar staat dat die het dossier leest wat de aandachtspunten zijn voor die kuur, misselijkheid, te snel ingelopen ofzo. Vind ik dat ze dat moeten kijken. Sommigen gooien alle pillen door elkaar heen. Dat is rol van vpk om puntjes op i te zetten. Alleen ik weet dat ze dat niet altijd lezen of uitvoeren, dat is wel echt een ding. Per kuur zijn wij internisten een kwartier bezig met een consult. Dan heb je dat allemaal gehad en dan gaan ze naar follow up. Ik vind dat als daar geen problemen zijn dat de dokter daar geen rol heeft. Is allemaal zo standaard. Hoeft in principe niet door dokter gedaan te worden.Hoeveel tijd nu aan kwijt aan follow up een follow up schema. Staat in het zorgpad...
Interviewer: Nee dat staat er niet, alleen een

blokje 'follow up volgens schema'
Internist-Oncoloog:Hmm dat geeft wel aan het zorgpad nog wel wat nodig heeft.
Dit is eigenlijk nog maar 1 ding he, alleen adjuvant, als je palliatief bent dan kom je in heel andere dingen terecht. We doen nu follow up volgens richtlijn van oncoline. 1^e jaar 2x mij 2x chirurg. 4x lab. 2^e jaar 2x per half jaar. En dat blijft zo tot einde, zo gaat dat nu. Weet niet precies waar dat staat. Ooit was dat afgesproken. Maar niet iedereen houdt zich daar aan... ook eigen collega's hoor die daar doorheen zijn gaan breken... Het staat ergens, we hadden het afgesproken.. Even kijken hoor...Ik weet dat ik het ergens opgeslagen heb...Ik weet dat ik hem ergens heb, weet even niet waar...Followup!

Dit is wat we ooit hebben afgesproken in esperanz. Zieje? Oo hier ook nog weer anders afgesproken. Dit zijn in principe afspraken vraag is hoe iedereen zich daar aan houdt. Dit is een mooi moment om dat allemaal gelijk te trekken. Kijk dit is wat uit de richtlijn komt: 1^e jaar 4x chirurgie +Int. 2^e jaar 2x Chir + Int. 3^e jaar is 2x chir. Je kunt even die studie kijken. Daar staat precies hoe je dat moet doen. Studieprotocol: www. icarestudie.nl Maar dat moet gewoon duidelijk worden: Na zoveel jaar een scopie enzo. Gewoon letterlijk tabelletje. Moet door vps gedaan worden niet door medisch specialist, dat kunnen zij per definitie veel beter. Kijk even daar, zo kunnen we het hier ook inrichten dan.
Dus dat is deze ... je hebt natuurlijk nog gematastaseerd. Maar naar metastases moeten we zeker kijken. Die komen uit followup weer

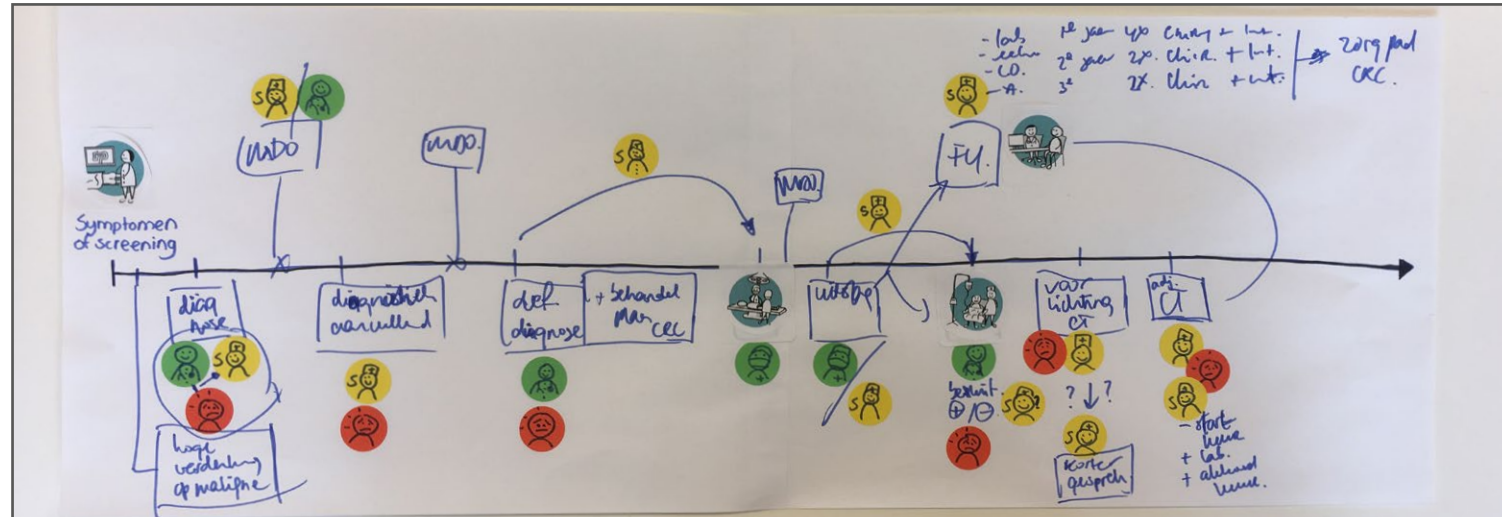
terug. Dan blijft cm bij patient bij ideale beeld. Bij metastase ander traject in, soms wel opereren, soms niet.

Interviewer: Kun je het als modules zien?

Internist Oncoloog: Ja misschien anders tekenen, heb je een papiertje? Je zou hem ook zo kunnen tekenen! [letterlijk spin in het web]. Dit is de patient, dit de cm, de ring eromheen, en dit alle stappen. Eigenlijk is dat wat er gebeurt. Ik weet niet of je daar organisatorisch wat mee kunt? Je kunt dit doen maar wel per tumor heb je er al meerdere. Dit is wel goed, cm om patient heen en met al die dingen elke keer weer raakvlakken. Moet zichzelf elke keer, in alle dossiers kunnen, op elk moment, bij alle gegevens. Je trekt het helemaal uit elkaar... Ik zit even te denken hoor.. maar hiermee geef je wel goed weer wat de rol is van een cm. En kun je ook aangeven, ene patient heeft een hele dikke vette cm nodig, volgende patient heel zelfstandig heeft daar helemaal geen behoefte aan. Dit is letterlijk de spin in het web. Dit zijn allemaal items die gebeuren. Zo kun je items eraan koppelen. Dit is feitelijk wat het is. Per ding heb je zo'n lijn naar buiten. Daarom is die CM zo f* belangrijk.

Interviewer: Even wat anders: Registraties? Voor borst doet iknl dat? Wat willen we daarmee voor andere tumorsoorten?

Internist-Oncoloog: We doen alleen verplichte registraties, DICA, niet borstkankerlintje. Goeie vraag. Dat neemt tijd. Dat is al business case apart. Als wij het goedkoper doen hier dan bij

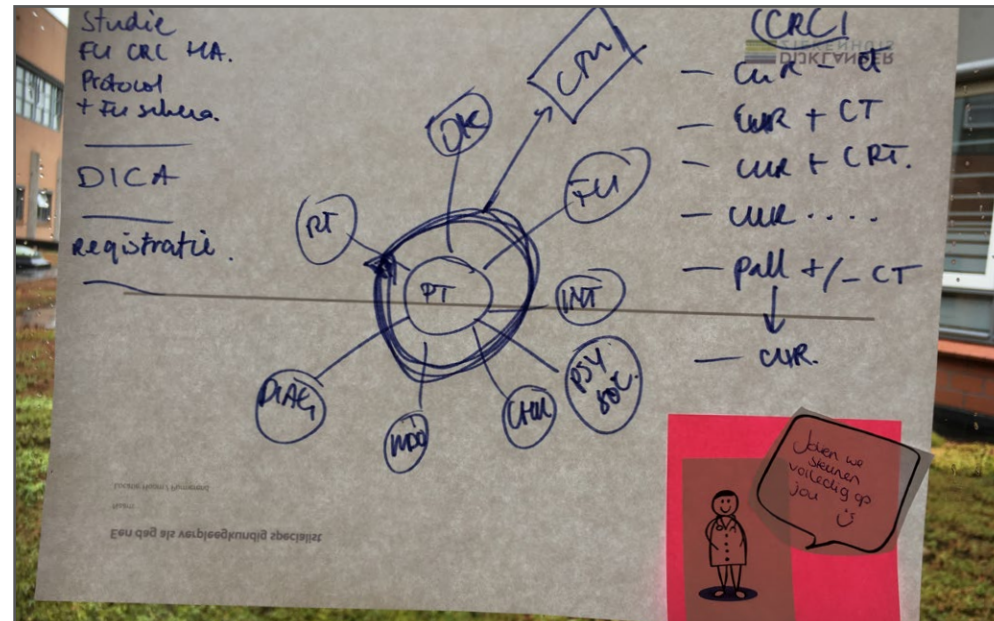


IKNL dan moet het gewoon hier. Maar je zou kunnen zeggen als cm het in zn kop heeft zitten, is het zo geregistreerd. Eigenlijk moet het automatisch geregistreerd worden, vanuit EPD/ HiX rechtstreeks gekoppeld wordt.

Interviewer: Ja dat het velden zijn die aan elkaar gelinkt moeten zijn?

Ja jij praat over velden, maar er moet toch iets zijn dat het rechtsstreeks gelinkt wordt? Ik wil niet eens dat er velden zijn, gewoon uit de vrije tekst. CM is eigenlijk bij alles op de voorgrond of achtergrond betrokken, als vraagbaak, probleemoplosser, alles eigenlijk. Omringd ook aangestuurd door CM. Die doen dat al.

Nou... Jeetje! Dan wens ik jou maar weer veel succes en wijsheid toe!



A.9 Interview 8

MDL Specialist

Ja! Ik ben bezig met een onderzoek over CM we zijn bezig om dat voor darmkanker helder te krijgen. Ik vroeg me af, stel coloscopie geweest en er is verdenking op kwaadaardigheid. Welke info krijgen ze dan al mee? Wordt er al meegedeeld 'het ziet er niet goed uit'?

Ja meestal wel ja. Meestal komen ze bij scoping, dan kun je al zien dat het darmkanker is. Niet altijd. Dus in principe als je direct ziet, nou dat is darmkanker, denk meer dan 90% van gevallen, dan horen ze direct na het uitslapen, samen met familie die komt ophalen enzo van: Nou dat ziet eruit als darmkanker. En dan wordt er een stadiëringsonderzoek aangevraagd, dan krijgen ze een belafpraak bij de colonvpk. Vaak volgende dag, en een poliafspraak bij chirurg gepland, die bespreekt dan verder de uitslagen.

Julie hebben contact met chirurgie? En via?
Nee Wij zetten consult in voor poli chirurgie
en rontgenaanvraag enzo. Mensen van
uitslaapkamer boven, en scopiecentrum boven
kun je praktische route navragen. Mailen of
bellen doen zij?

Komen ze nog terug bij jullie?
Hangt af wie de verwijzer is, als er poliepen weggehaald worden krijgen ze dat op een papier mee naar huis. Als ze vanuit het bevolkingsonderzoek zijn doorverwezen krijgen ze altijd de dokter te spreken. Geen bevolkingsonderzoek hangt het eraf wat er te

zien wat er te zien was enzo. Maar ze komen niet terug bij ons. Heel laat.

Direct na coloscopie uitslag

Tijdens coloscopie al te zien dat het darmkanker is.

Direct na uitslapen horen ze het, dan komt familie hen ophalen. “Nou dat ziet eruit als darmkanker”

Dan vraagt MDL stadiëringsonderzoek

MDL regelt belafspreek bij coloncarevpk

Belafspreek volgende dag

Afspraak inplannen bij chirurg

Afspraak inplannen doet het secretariaat scopiecentrum.

Bij poliepen een papier mee naar huis met de beschrijving.

A.10 Informal session

All employees in the coffeecorner



During the project, a small informal session was held to keep the caregivers updated and to create support.

In this session, I celebrated my birthday and had some cupcakes for the all caregivers in the Cancer Centre in Hoorn. I made some 'flags' with a small explanation of the project and I made to sheets of paper and sheets with stickers. Caregivers were asked to stick their feelings related to casemanagement on those sheets.

The information out of it was not that useful, because no other things emerged than in the interviews.. However, people were asked to participate in the process and this creates the 'We' feeling.



Interviews and supportive toolkits

In the second round, the open codes were copied to Excel. This gave the opportunity to link

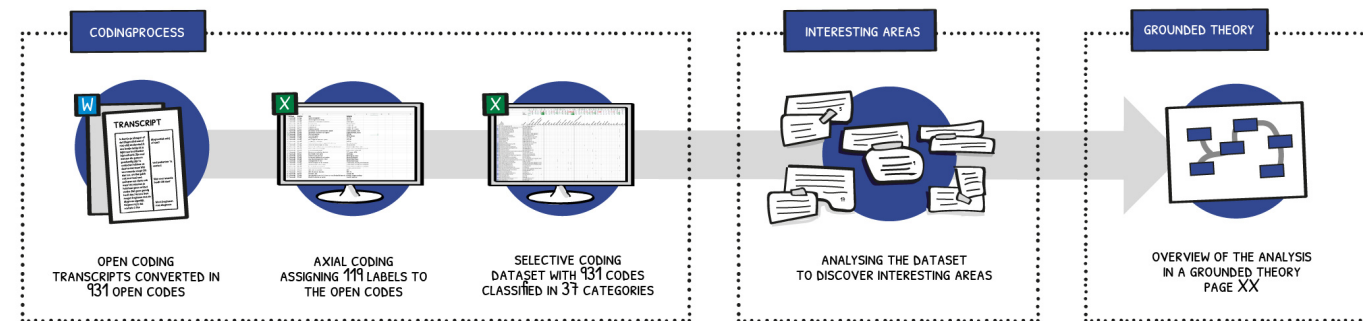


Figure XX: How the caregiver's study is analysed, from interviews and toolkits into grounded theory.

It was necessary to use several functions of Excel to make a grounded decision on **selective codes** due to the quantity of open codes and labels (931 open codes and 119 labels). First, all labels were splitted and analysed on quantity. In this way, all labels that existed less than 5 times, were filtered out. However, still 89 labels were left, therefore there was played around with the filter function to discover whether or not different labels were used to express the same. This

method revealed several lacks of labelling and in this way it was easy to supplement all codes with the correct labels. Second, there was searched for similar codes by using the filters of Excel as well. In this way, labels could be synthesised, which resulted in a **dataset** with 931 original codes classified into 37 categories.

From dataset to grounded theory

This part of the process describes the final steps towards a grounded theory.

First, there was searched for **interesting areas** with frequently matching selective codes. This was done by using filters, conditional formatting and the subtotal function in Excel. The interesting areas were analysed by filtering them together and reading the corresponding original codes. Here, the original codes, the quotes and statements were collected and quantified. The filtered quotes and statements were written down

together into interesting areas and cutted.

This gave the opportunity to organise them in a **grounded theory** as visualised on the next page.

The grounded theory

At the moment the hospital is different departments with in-depth knowledge in every department. However a communication failures between and within the departments occur. The general opinion among caregivers is that 1 contact point, a casemanager, would be ideal. Further the opinion is that the casemanager has to be a task of a nurse specialist. However, that being the case, nurses have to retrain which is experienced as an enormous barrier. Additionally to this, the expertise must shift from sub-areas to the entire process which is experienced as an obstacle as well. Caregivers are afraid of a lack of expertise within the departments.

A.12 Codebook

Setup of the codebook

[illegible]

Structure of the codebook.

The codebook is used as described before.

The 'filtering system'

A filtering system was built to playing around in the data. This filtering system is given in the figure above. Colors were used to quickly identify important correlations. When filters were applied those colors change and the more intense the color the more interesting. Then the codes were given in the first column (As showed in the example on the right). and by reading those codes, it was possible to quickly make connections that served as the basis for grounded theory.

The codes

The codes are given on the next pages.

[illegible]

Example of using the codebook. Here is filtered on 'bridge' and 'expertise':

Chirurg	3 grote tumorgroepen	General
Chirurg	Hoofdchirurgische behandeling	General
Chirurg	Buikoperaties: Stukken darm verwijderen	Belly surgery
Chirurg	Borstamputaties	Mama, surgery
Chirurg	4 werkdagen per week	workday, fte
Chirurg	2 dagdelen poli	workday, fte, poli
Chirurg	3 dagdelen opereren	workday, fte, surgery
Chirurg	Operatieduur 2-2,5 uur darmoperatie 1 dagdeel	surgery, workday, colon
Chirurg	Operatieduur borstkanker 3 per dagdeel	surgery, workday, mama
Chirurg	DLZ = leuk ziekenhuis	DLZ, like
Chirurg	Fusie is even gedoe	Merger, disike
Chirurg	Prettig ziekenhuis	DLZ, like
Chirurg	Sfeer in regionaal ziekenhuis is prettig	DLZ, like
Chirurg	Prettige sfeer zo na 10 jaar	DLZ, like
Chirurg	Academisch ziekenhuis is meer gespecialiseerde zorg.	General, expertise
Chirurg	Fusie en alle veranderingen zijn lastig	Merger, dislike
Chirurg	“Iedereen wil veranderen maar niemand wil veranderd worden”.	Quote, changes, future vision
Chirurg	Stip aan de horizon is belangrijk.	Future vision, important, requirement
Chirurg	Fusie is toekomstbestendig	Future vision, merger, like
Chirurg	Sfeer en cultuur onder druk door fusie	DLZ, merger, dislike
Chirurg	Sfeer tijdelijk minder prettig	DLZ, dislike
Chirurg	Drukker in Hoorn door fusie	Merger, busy, Hoorn
Chirurg	Purmerend is dicht avond nacht weekend	Merger, Purmerend
Chirurg	Acute belasting toegenomen in Hoorn	Merger, Hoorn, busy
Chirurg	Drukker geworden in Hoorn	Merger, Hoorn, busy
Chirurg	Overdracht dagstart om 8u ’s ochtends	Transmission, workday, communication
Chirurg	Overdracht: Duurt 10/15 minuten	Transmission, workday, communication
Chirurg	Eind van de dag ook overdracht.	Transmission, workday, communication
Chirurg	Visites: Patienten bezoeken op de afdeling	workday, patientcontact
Chirurg	MDO: veel in de oncologie	MDO
Chirurg	MDO: 5/6 patiënten bespreken	MDO, fte
Chirurg	Diversiteit is leuk	diversity, like
Chirurg	Veel raakvlakken binnen het ZH, komen op verschillende afdelingen, niet echt 1 van	diversity, surgeon, workday, like
Chirurg	Wisselt hh patiënten per dag zien	diversity, workday
Chirurg	Patientencontact is het leukst	patientcontact, like
Chirurg	Operaties zijn ook leuk	surgery, like
Chirurg	Poli is ook leuk	poli, like
Chirurg	Patiënten eerst in wachtkamer	patient, carepathway
Chirurg	Patiënten komen bij mij	carepathway, consult, ms

Chirurg	Nieuwe patient: komt nadat ze bij de MDL arts zijn geweest bij mij.	carepathway, new patient, consult, diagnostics, resultconsult
Chirurg	Nieuwe patient: We bespreken de operatie	carepathway, new patient, surgery, consult
Chirurg	Nieuwe patient: Wij zetten alles op een rij.	new patient, consult
Chirurg	Controlepatient: Elk half jaar op controle met echo en controle onderzoek.	controlpatient, followup, consult, carepathway
Chirurg	Echo en controle steeds vaker gecombineerd	followup, controlpatient, consult
Chirurg	Controlepatient: Vragen hoe het gaat en of er klachten zijn.	controlpatient, consult
Chirurg	Wisselend wat voor behandelrelatie	patientrelation
Chirurg	Met sommigen meer klik dan de ander	patientrelation
Chirurg	Professionele behandelrelatie	patientrelation
Chirurg	Sommige patiënten ken je langer	patientrelation
Chirurg	Nieuwe darmkankerpatient: kwartier 20 minuten	new patient, consult, fte, time, surgeon
Chirurg	Uitleg + voors en tegens van operatie bespreken en potentiële complicaties	new patient, surgery, surgeon, task, patientneed, ms, information
Chirurg	Controlepatient: 5 minuten	controlpatient, fte, consult
Chirurg	Controlepatient: Echo/bloedonderzoek	controlpatient, fte, consult
Chirurg	MDO is noodzakelijk	MDO, necessary
Chirurg	MDO is heel goed maar minder leuk	MDO, dislike, necessary
Chirurg	Er zijn al casemanagers	CM
Chirurg	CM nu toegespitst op bepaald deelgebied	CM, vertical
Chirurg	CM doet alleen chirurgische deel	CM, surgery, vertical
Chirurg	CM is spin in het web	CM, spin, task
Chirurg	Dokter is behandelaar	Specialist, task
Chirurg	CM is aanspreekpunt	CM, task, 1point
Chirurg	Chirurg is belangrijk met operatie	Surgeon, task, surgery, important, ms
Chirurg	CM is cruciaal in het traject van kanker	CM, necessary, cancer traject, patientsupport
Chirurg	CM geeft houvast	CM, patientsupport, emotional
Chirurg	Dokter/patient contact is beperkt	patientrelation, surgeon, ms
Chirurg	Dokter komt maar 2 min langs	patientrelation, surgeon, workday, fte, ms
Chirurg	[patientcontact]“Wij willen ook niet alles kwijt”	patientrelation, task, fear, surgeon, ms
Chirurg	Geen handjegeef opererende dokter	fear, patientrelation, surgeon, ms
Chirurg	Wil ook contact met patient hebben	patientrelation, surgeon, ms
Chirurg	CM is regelneef rond de patient	CM, spin, task, bridge
Chirurg	CM doet voorlichting	CM, task, information
Chirurg	CM doet afspreken	CM, task
Chirurg	CM is klankbord	CM, task
Chirurg	CM-patient relatie is heel belangrijk en waardevol	CM, necessary, important
Chirurg	CM moet patiënten een prettig gevoel geven waarmee ze alles kunnen bespreken	CM, task, 1point, patientneed, accessible, emotional
Chirurg	Als chirurg al gewend aan CM	CM, team, change, surgeon, ms
Chirurg	“Met alle respect wat jij nu doe. We gaan niet het casemanagement opnieuw uitvin	CM, change, surgeon, ms
Chirurg	Kwaliteit moet verbeteren met doorlopend CM	Quality, CM, future vision

Gevaar: Minder expertise door meer in de breedte te focussen	Fear, expertise, CM
Gevaar: Kennis en kunde op hetzelfde niveau veranderd	Fear, expertise, CM
Nadenken over scholen	Education, CM
Meelopen met elkaar	Education, CM, horizontal
Verschillende functionarissen.	fte, organisation
Gevaar dat er mensen afhaken	fear, CM, education, formation
CM takenpakket wordt veelzijdig	CM, task, diversity, change
Ons werk [chirurg] kan verschalen	Surgeon, task, fear, ms
CM gaat bv ook controles doen	CM, consult, workday, fte
Met problemen de specialist inschakelen	expertise, cm, ms
Thorax chirurg doet geen polis meer	poli, fear, example
Zo ver gaat het bij ons niet komen (geen poli's)	poli, fear, surgeon, ms
Werk minder leuk als poli's wegvallen	dislike, poli, surgeon, task, ms
Balans moet er komen	Future vision
Wie doet wat	Future vision, task
Waar deel je de kosten in	fte, organisation, money
Als chirurg richten op complexe zaken	surgeon, task, expertise, complexity, ms
Expertise gebruiken	expertise
Goedkopere functionaris inzetten als dat kan	fte, organisation, formation
Goedkopere functionaris inzetten toch de voorkeur	fte, organisation
Patient naar MDL arts	carepathway, mdl
Zorgpad nu: MDL arts verdenkt tumor	mdl, carepathway, diagnostics, start
Zorgpad nu: CM wordt gebeld	carepathway, CM, task, call, start
Zorgpad nu: CM regelt dingen	CM, task, carepathway
Zorgpad nu: CM contact met patient	CM, task, carepathway, consult
Zorgpad nu: Patient naar chirurg	carepathway, surgeon, ms
Zorgpad nu: Afspraak met CM (snel daarna)	carepathway, CM
Zorgpad nu: CM bespreekt traject	carepathway, CM,
Zorgpad nu: Operatie	carepathway, surgery
Zorgpad nu: Afdeling -> monitoren	carepathway, surgeon, ms
Zorgpad nu: Soms CM ook langs afdeling (kan nog verfijnd worden)	carepathway, CM, task
Zorgpad nu: Ontslag	carepathway
Zorgpad nu: Na een week naar chirurg, uitslag weefsel onderzoek.	carepathway, investigation, result
Zorgpad nu: Evt doorverwijzing	carepathway, referral
Zorgpad nu: Afspraak met CM cholesterol check, hoe het gaat en gevoelens enzo	carepathway, CM, psychosocial
Wij [chirurg] doen geen gevoelens	psychosocial, surgeon, business, ms
Chirurg meer zakelijk	psychosocial, surgeon, task, business, ms
Wordt anders maar er staat al een deel	change, future vision
Het bestaande doortrekken op een goede manier waar iedereen happy mee is	change, future vision, like

Chirurg	Iedereen moet de veranderingen meekrijgen	change, process, future vision, roadmap
Chirurg	De een wil verder dan de ander	change, process, future vision
Chirurg	De een wil meer verbreden dan de ander	change, process, future vision
Chirurg	Hele club mee krijgen	change, process, organisation, future vision
Chirurg	CM gaat uiteindelijk de andere afdelingen op	CM, spin, task
Chirurg	Teams worden groter	team, change, formation
Chirurg	“Wij kunnen nu met Hilde en Cynthia lezen en schrijven omdat je daar dagelijks me	team, like, change
Chirurg	“Binnen deelgebieden hangt een eigen cultuur en zij [CM] gaan de bruggen vorme	team, change, fear
Chirurg	ZIP plan chirurgie	Future vision
Chirurg	Alle chir. Ingrepen op 1 locatie	surgery, merge, future vision
Chirurg	Chemo en poli dichtbij huis voor patienten	systematic therapy, merge, future vision
Chirurg	Zorgen qua OK bezetting	surgery, busy, fear, future vision, merge
Chirurg	Hoorn is druk ook qua spoed	Hoorn, busy
Chirurg	Alle melanomen ne mama's hier doen	surgery, merge, future vision
Chirurg	Mensen leren kennen na fusie	merge, team, change
Chirurg	Afhankelijk van teamleden	team
Chirurg	Team leren kennen	team, change, merge
Chirurg	Automatisch leren samenwerken binnen team	team, education
Chirurg	Fusie is wennen aan het team	merge, team, change
Chirurg	VPS als CM in P'end	Purmerend, vps, cm
Chirurg	CM nu alle tumorsoorten maar wel alleen chirurgie	cm, surgery
Chirurg	Focus op chirurgische aandoeningen	CM, surgery, task
Chirurg	Minder focus op controles, chemo, aanspreekpunt	surgeon, task, ms
Chirurg	Nu 2 VPS voor onco en chirur	vps
Chirurg	Er loopt veel doorelkaar	CM, task, dislike, communication
Chirurg	1 verantwoordelijk	CM, 1point
Chirurg	Duidelijke taakomschrijving nodig	CM, task, future vision
Chirurg	Waar is CM verantwoordelijk voor	CM, task, future vision
Chirurg	Onder wie valt de CM?	CM, future vision, unit head, organisation
Chirurg	Wie is unithoofd CM?	CM, future vision, unit head, organisation
Chirurg	Nu is samenwerking chirurgie specifiek	surgery, team
Chirurg	Sommige patienten veel vragen	patientneed
Chirurg	Vroeger voorbesprekingen vps-spec.	vps, change, MDO, communication
Chirurg	Nu MDO	MDO
Chirurg	Eerst afspraak chirurg daarna IO	carepathway, surgeon, IO, ms
Chirurg	Niet dezelfde dag afspraak bij IO	carepathway, dislike
Chirurg	Vroeger meteen gekoppelde afspraak	carepathway, like, vroeger
Chirurg	Logistiek lastig regelen (gekoppelde afspraken)	obstacle, carepathway
Chirurg	MDO: plan maken	MDO

Chirurg	Chirurg = hoofdbehandelaar	surgeon, task, ms
Chirurg	Chirurg vertelt het plan, stel dat daar ook chemo en radio in zit kunnen ze daar gee	carepathway, surgeon, task, patientrelation, ms
Chirurg	Vervolgafpraak IO moet nog gemaakt worden	carepathway, IO, dislike
Chirurg	Patienten willen het direct weten	patientneed
Chirurg	Vroeger gelijk door van chirurg naar IO	carepathway, like, vroeger
Chirurg	Planningstechnisch lastig inplannen gekoppelde afspraken	carepathway, obstacle
Chirurg	4 dagen wachten tussen chirurg en IO afspraak	carepathway, dislike, surgeon, IO, ms
Chirurg	Darmoperaties allemaal in Hoorn	surgery, Hoorn
Chirurg	In P'end een darmpatient zonder CM/VPS	Purmerend, dislike, CM, vps, merge
Chirurg	Chirurg verteld diagnose en operatieplan	surgeon, task, carepathway, surgery, ms
Chirurg	Intake anesthesist en (nieuwe) chirurg in Hoorn	carepathway, surgeon, merge, ms
Chirurg	Eerste opvang doet nu chirurg in P'end	merge, carepathway, surgeon, task, dislike, ms
Chirurg	Moet hetzelfde zijn voor beide locaties	merge, future vision
Chirurg	Eerst VPS en dan was chirurg voor de laatste vragen, eindverantwoordelijk	vroeger, vps, surgeon, task, ms
Chirurg	Chirurg is te duur voor half uur 45 min	surgeon, fte, money, ms
Chirurg	VPS kan ook eerste opvang doen	vps, change, task, future vision
Chirurg	Fijn voor chirurg om patient te kennen	surgeon, like, patientrelation, ms
Chirurg	Communicatie nu via dossier	communication, patientrecord
Chirurg	Voor darmoperaties belangrijk om patient te zien op de poli	patientrelation, surgery, surgeon, task, like, ms
Chirurg	Patienten willen operateur kennen	patientneed, surgeon, ms
Chirurg	50/50 CM chirurg	task, CM, surgeon, ms
Chirurg	Patient leren kennen is belangrijk	patientrelation, important
Chirurg	Leuk is patientcontact	patientrelation, like, surgeon, ms
Chirurg	IO moet complexiteit interessant vinden	IO, task, like, ms
Chirurg	Als oncologie spec. Is samenwerken belangrijk	team, important
Chirurg	Als oncologie spec. Afhankelijk van elkaar	team
Chirurg	Mensen niet altijd bereikbaar	dislike, team, accessible
Chirurg	Afhankelijk van teamleden	team, accessible
Chirurg	Besprekingen kosten tijd	MDO, dislike, communication, time
Chirurg	Leuk vinden om patient in een team te behandelen	team, like, important, requirement
Chirurg	Als oncologie spec. Weten hoe heftig kanker is voor patienten	patientneed, important, emotional, insecure
Chirurg	Context van patient belangrijk	patient, important
Chirurg	Leefgewoontes spelen een rol	lifestyle, patient
Chirurg	Lastmeter	lifestyle, patient
Chirurg	Prehabilitatie traject	lifestyle, patient, prehabilitation
Chirurg	Vitaliteit van patient	lifestyle, patient
Chirurg	Patient voorbereiden op operatie	prehabilitation, patient
Chirurg	Complicaties en reoperaties kosten tijd	fte, surgery, time
Chirurg	Vitalere patient opereren is beter	lifestyle, patient

Chirurg	Als dokter blij als een patient goed uit operatie komt	surgeon, like, patientrelation, ms
Chirurg	Team nodig voor prehabilitatie	team, prehabilitation
Chirurg	Voedingsdeskundige, fysio	team, prehabilitation
Chirurg	CM spin in het web, aansturen en afspraken maken	CM, spin, task
Chirurg	Sport/trainingstraject	prehabilitation, patient
Chirurg	Voedingstraject	prehabilitation, patient
Chirurg	Mindfulness	prehabilitation, patient
Chirurg	Probleem zijn de normen	obstacle, prehabilitation, soncos
Chirurg	Oncologisch is binnen 2 weken niet nodig	soncos, carepathway
Chirurg	Tumor kan ook paar weken wachten	carepathway, soncos
Chirurg	Normen zeggen wel binnen 35 dagen	soncos, carepathway
Chirurg	Normen voor mentale component	soncos, carepathway, patientneed
Chirurg	Patienten willen snel tumor weg	patientneed
Chirurg	Risico voor minder vitale patient	lifestyle, patient
Chirurg	Normen moeten landelijk	soncos
Chirurg	Normen niet individueel	soncos
Chirurg	Darmkankerzorg is goed, kan beter	colon cancer care
Chirurg	Extra IC kost geld (naadlekkage)	fte, money
Chirurg	CM kan zich richten op prehabilitatie	cm, task, prehabilitation, future vision
Chirurg	CM zorgt voor kloppende logistiek	cm, task
Chirurg	CM is aanspreekpunt	cm, 1 point
Chirurg	Patient moet niet zelf zoeken	patientneed, patientsupport, future vision, requirement
Chirurg	App contact	cm task, patientrelation, accessible, communication
Chirurg	CM moet uitleg kunnen geven	cm, task, patientsupport
Chirurg	Fusie zorgt voor onduidelijkheden	merge, dislike
Chirurg	JBZ is ideaal	future vision, like, example, JBZ
Chirurg	Oncologie 2.0	future vision
Chirurg	Heal (film)	idea
Chirurg	Mentaal speelt grote rol	lifestyle, mental
Chirurg	Angst bij patienten	fear, mental, patient, patientsupport
Chirurg	Angst voor ziekte	fear, mental, patient
Chirurg	Angst voor wat hen overkomt	fear, mental, patient
Chirurg	Initiatieven buiten ZH	patient, patientsupport
Chirurg	Psychosociaal deel	psychosocial, task
Chirurg	Als oncologisch centrum profileren voor de toekomst	future vision
Chirurg	Coach voor nieuwe lifestyle	lifestyle
Chirurg	Nieuwe generatie: Nieuwe lifestyle	lifestyle, patientneed
Chirurg	Meer aandacht in samenleving voor lifestyle	lifestyle
Chirurg	Langetermijnplan	lifestyle, patient

Chirurg	Patienten helpen met nieuw leven	lifestyle, cm, task
Chirurg	“Hoe wordt je een fitte kankerpatient?”	lifestyle, patient
CM/VPK Chi	2 mamacare vpk	DLZ, vpk
CM/VPK Chi	1 mama in p’end	DLZ, vpk
CM/VPK Chi	1 is ook VPS	vps, DLZ
CM/VPK Chi	VPS doet colon en mama	vps, task
CM/VPK Chi	CM colon en mama	cm, task
CM/VPK Chi	Oncologie vpk soortgelijke werkzaamheden	vpk, task
CM/VPK Chi	VPS is masteropgeleid	vps, education
CM/VPK Chi	VPS hoger plafond qua werkzaamheden	vps, education, task, formation, fte, expertise
CM/VPK Chi	VPS op artsen niveau	vps, education, task, expertise
CM/VPK Chi	VPS verantwoording afleggen aan specialist	vps, task, specialist, responsible
CM/VPK Chi	Specialist is eindverantwoordelijk	specialist, task
CM/VPK Chi	VPS kan DOT aanmaken	vps, money, task, like
CM/VPK Chi	VPS kan geld genereren	vps, money, task, like
CM/VPK Chi	VPS kan in handelingen net verder	vps, task, like, consult
CM/VPK Chi	VPS kan medicatievoorschrijven	vps, task
CM/VPK Chi	DLZ is een fijne plek	DLZ, like
CM/VPK Chi	DLZ sfeer is goed	DLZ, like
CM/VPK Chi	Contact met artsen laagdrempelig	DLZ, like, specialist
CM/VPK Chi	Gewaardeerd op eigen niveau	DLZ, like
CM/VPK Chi	Administratieve rompslomp	dislike, administration, registration
CM/VPK Chi	Registraties kosten veel tijd	dislike, administration, registration
CM/VPK Chi	MDO voorbereiden	MDO, dislike, task, vpk, vps
CM/VPK Chi	MDO uitwerken	MDO, dislike, task, vpk, vps, administration
CM/VPK Chi	“Voel me de laatste tijd meer secretaresse dan oncologievpk”	dislike, administration, registration
CM/VPK Chi	Secretariele ondersteuning	dislike, administration, registration
CM/VPK Chi	Afwisseling	like, vpk, vps
CM/VPK Chi	Administratieve dag	administration, workday
CM/VPK Chi	Uitslagen bellen	cm, task, result, resultconsult
CM/VPK Chi	Geen tijd voor administratie	cm, fte, task, administration, registration, timeconsuming
CM/VPK Chi	Patientenzorg gaat voor	cm, task, patientrelation
CM/VPK Chi	Ad hoc telefoontjes	cm, task, carepathway, adhoc
CM/VPK Chi	Ad hoc bezoeken	cm, task, carepathway, adhoc
CM/VPK Chi	Infogesprekken van 1 uur (intake)	cm, task, carepathway, new patient
CM/VPK Chi	Hebben al behandelplan gehoord, dan naar ons (CM)	cm, carepathway
CM/VPK Chi	Meedoen aan Wetenschappelijk Onderzoek	research
CM/VPK Chi	Vragen beantwoorden, voorbereiding voor opname	cm, task, consult, question
CM/VPK Chi	Geplande bellers, uitslagen doorgeven	cm, task, call, result, resultconsult

CM/VPK Chi	Vorbereiding MDO	cm, task, MDO, administration
CM/VPK Chi	Mama controles	cm, task, consult, mama
CM/VPK Chi	Mama controle bij vpk na goedvinden chirurg	cm, task, consult, mama, followup
CM/VPK Chi	Borstonderzoek, mammografie, controle 15 min	cm, task, consult, mama
CM/VPK Chi	Registraties gaan door IKNL voor borstonderzoek	registration, administration
CM/VPK Chi	sneldiagnostieken ad hoc langs 15/20 minuten geruystellen	cm, task, consult, patientsupport, mental, diagnostics, emotional, insecure
CM/VPK Chi	Niet ingepland, ad hoc langskomen	cm, task, consult
CM/VPK Chi	HiX gedoe	cm, dislike, administration
CM/VPK Chi	3 a 4dagen per week werken	cm, fte
CM/VPK Chi	Registraties nog niets aan gedaan	cm, dislike, administration, registration, task
CM/VPK Chi	160/180 mensen nog registreren (alleen darm)	registration, administration, timeconsuming
CM/VPK Chi	20/25 min per registratie	registration, administration, timeconsuming
CM/VPK Chi	Leukste is patientencontact	like, cm, patientrelation
CM/VPK Chi	Rest is randverschijnsel	cm, task
CM/VPK Chi	Druk door zwangerschap en ziekte	cm, fte, busy, workload
CM/VPK Chi	Druk: Kom niet aan dingen toe	cm, busy, workload, fte
CM/VPK Chi	MDO voorbereiden stom	MDO, dislike, task
CM/VPK Chi	3 MDO’s per week	MDO
CM/VPK Chi	Zorgpad nu: Klachten bij huisarts	carepathway, gp, referral
CM/VPK Chi	Zorgpad nu: bevolkingsonderzoek	carepathway, diagnostics
CM/VPK Chi	Zorgpad nu: Huisarts plant darmonderzoek MDL	carepathway, mdl, gp, diagnostics
CM/VPK Chi	Zorgpad nu: Biopten afnemen	carepathway, mdl, diagnostics
CM/VPK Chi	Zorgpad nu: 5 dagen uitslag biopt	carepathway, mdl, result
CM/VPK Chi	Zorgpad nu: Gedacht kwaadaardig -> CM binnen werkdag belafspreek: Er wordt ger	carepathway, start, cm, call, task
CM/VPK Chi	Zorgpad nu: Als CM ziet operatie nodig -> gelijk op MDO	carepathway, mdo, cm, task, administration
CM/VPK Chi	Zorgpad nu: Week later bij chirurg	carepathway, surgeon, consult, ms
CM/VPK Chi	Zorgpad nu: Tussendoor extra onderzoek	carepathway, investigation, result
CM/VPK Chi	Zorgpad nu: MDO	carepathway, MDO, cm, task, administration
CM/VPK Chi	Zorgpad nu: Bij chirurg weten ze: Kanker of niet en behandelplan.	carepathway, consult, surgeon, ms, diagnosis consult
CM/VPK Chi	Zorgpad nu: Chirurg en CM om tafel om ingreep door te nemen	carepathway, cm, surgeon, task, communication, ms, diagnosis consult
CM/VPK Chi	Zorgpad nu: Opname regelen	carepathway, cm, task, surgery
CM/VPK Chi	Zorgpad nu: Anesthesist afspraak maken	cm, carepathway, spin, task
CM/VPK Chi	Zorgpad nu: Loopt in principe goed	carepathway, like
CM/VPK Chi	Verschillende disciplines betrokken	carepathway, team
CM/VPK Chi	MDL maakt steeds meer gebruik van ons	mdl, carepathway
CM/VPK Chi	MDL werkt anders	mdl, difference
CM/VPK Chi	Vroeger eerst uitslag patholoog bij MDL arts, kostte een week. Dan verwijzing chiru	carepathway, mdl, like
CM/VPK Chi	Zorgpad nu: wel strak	carepathway, like
CM/VPK Chi	Pathologie zou nog eerder mogen	carepathway, future vision

CM/VPK Chi	Normen van SONCOS	soncos	CM/VPK Chi	Twijfels over opleiding ivm leeftijd	cm, fear, education, vps
CM/VPK Chi	Norm binnen 35 dagen na biopt behandeling starten.	soncos, carepathway	CM/VPK Chi	Nieuwe werknemers alleen maar HBOV	cm, education, future vision
CM/VPK Chi	Endeldarm is minder strak	rectum	CM/VPK Chi	Preoperatief traject	prehabilitation
CM/VPK Chi	Endeldarm meer opties	rectum	CM/VPK Chi	Bellers tijdrovend	cm, fte, busy, call, workload, time consuming
CM/VPK Chi	ERAS MAP met plaatje	communication, patientsupport	CM/VPK Chi	Het wordt anders	change, future vision
CM/VPK Chi	Endeldarm ligt vast	rectum	CM/VPK Chi	MDO's wiens taak?	mdo
CM/VPK Chi	Darm beweegt	colon cancer care	CM/VPK Chi	Straks 1 MDO ieder eigen patiente	mdo
CM/VPK Chi	Patientverschillen	patient, patientneed	CM/VPK Chi	MDO is een taak die we er gaandeweg bijgekregen hebben	mdo, task, cm, dislike, timeconsuming
CM/VPK Chi	Veelbellers	patient, patientneed	CM/VPK Chi	Moet nieuwe plek krijgen	mdo, task, cm, change
CM/VPK Chi	Afwachters	patient, patientneed	CM/VPK Chi	Registraties verdelen	registration, task, change
CM/VPK Chi	Werkgroep	twg	CM/VPK Chi	Registraties moet door iemand medisch onderlegd	registration, task, education
CM/VPK Chi	Spiegelgesprekken	patient, cm, future vision, change	CM/VPK Chi	IKNL doet borstkanker	registration
CM/VPK Chi	Meedenken over CM	change, future vision, cm	CM/VPK Chi	IKNL is duur	registration, money
CM/VPK Chi	1 traject per CM	change, future vision, cm	CM/VPK Chi	VPS registraties doen is ook duur	registration, money
CM/VPK Chi	Prima plan	change, future vision, cm, like	CM/VPK Chi	Registraties grote belasting	registration, task, timeconsuming, workload, dislike
CM/VPK Chi	Scholing nodig	change, future vision, cm, education	CM/VPK Chi	MDO aanmelden	mdo, administration, task, cm
CM/VPK Chi	Ballen verstand van chemotherapie	education, cm, horizontal	CM/VPK Chi	MDO secretaresse die meteen intikt	mdo, future vision, administration, formation
CM/VPK Chi	Scholing is een uitdaging	education, cm	CM/VPK Chi	MDO nu op papier, geen laptop en achteraf intikken	mdo, future vision, change
CM/VPK Chi	Scholing is een kans	education, cm, like	VPK Onc	Heel NL op zoek naar de invulling van CM	cm, tasks, future vision
CM/VPK Chi	Goede begeleiding nodig	education, cm	VPK Onc	Soms klinkt het bij anderen ideaal	future vision
CM/VPK Chi	Theoretisch deel	education, cm	VPK Onc	JBZ werkt goed maar niet voor alle tumorsoorten	example, JBZ
CM/VPK Chi	Verdieping nodig	education, cm	VPK Onc	CM is prachtig als het goed geregeld is	CM, like
CM/VPK Chi	Kiesmoment: Colon of mama	education, cm, colon, mama	VPK Onc	Randvoorwaarden moeten bijgesteld worden	CM, change, future vision
CM/VPK Chi	Kiesmoment is spannend	education, cm, fear	VPK Onc	We werken hier met een tekort aan mensen	DLZ, dislike, busy, workload, fte
CM/VPK Chi	Kiezen is zo definitief	education, cm, fear	VPK Onc	Als er te weinig CM zijn, heb je geen tijd voor patienten	CM, busy, dislike, patientrelation, formation, workload
CM/VPK Chi	2 trajecten helemaal is teveel	cm, task, dislike, workload	VPK Onc	In JBZ doet 1 iemand alle registraties en randvoorwaarden, dat moet hier ook komen	example, JBZ, registration, administration, future vision, requirement
CM/VPK Chi	CM van binnenkomst tot ontslag	cm, task, 1point	VPK Onc	In JBZ is er 1 unithoofd.	example, JBZ, organisation, unit head
CM/VPK Chi	Nu veelzijdigheid verticaal	vroeger, vertical	VPK Onc	Onder 2 bazen werken gaat niet	organisation, unit head
CM/VPK Chi	Toekomst veelzijdigheid horizontaal	future vision, horizontal	VPK Onc	Geld in een pot storten	organisation, money
CM/VPK Chi	Uitdaging	cm	VPK Onc	Randvoorwaarde CM: Je moet een baas hebben want de een wil dit en de ander wil dat niet	organisation, unit head, future vision
CM/VPK Chi	Prima plan	cm, like	VPK Onc	Ik ben juichend over CM want het is mooi voor de patient om 1 aanspreekpunt te hebben	CM, 1point, like, patient
CM/VPK Chi	Worsteling met opleidingsniveau	cm, fear, education	VPK Onc	Autometafoor: als je niks weet van auto's en 1 iemand kan je overal mee helpen: G	metaphor, 1point, patientsupport
CM/VPK Chi	Ze willen master opgeleide mensen	cm, fear, education	VPK Onc	<i>Bedenk maar als je niks weet van auto's en je komt in een garage en er is 1 iemand die kan je helpen: G</i>	metaphor, 1point, expertise, patientsupport, insecure
CM/VPK Chi	Zorgen over ontslag als oncovpk	cm, fear, education	VPK Onc	Ik weet nu alles van chemo. Heb zo lang ervaring nu dan kun je teruggrijpen op voc	expertise, intern
CM/VPK Chi	De vraag komt: Opleiding VPS doen ja nee	cm, fear, education	VPK Onc	Sommigen zie je maanden niet	patient, intern,
CM/VPK Chi	Geen opleiding dan klaar	cm, fear, education, vps	VPK Onc	Sommigen moet je veel begeleiding geven	patient, intern, patientsupport, patientneed
CM/VPK Chi	Zie op tegen het moment	cm, fear, education, vps	VPK Onc	VPS in opleiding moet eigenlijk worden opgeleid voor chirurgie en interne	education, cm, surgery, intern
CM/VPK Chi	Wanneer komt dat moment?	cm, fear, education, vps	VPK Onc	Dubbelopleiding moet ook in vacatures staan	education, fte, task, cm, horizontal
CM/VPK Chi	Angst	cm, fear	VPK Onc	Na 30 jaar veranderen is moeilijk.	fear, dislike, task, obstacle, change

VPK Onc	Soms willen patiënten heel wat anders als dat je denkt.	patientneed
VPK Onc	Sommige patiënten vinden het wel overzichtelijk zoals het nu is.	patientneed
VPK Onc	Sommige patiënten willen 1 aanspreekpunt.	1point, patientneed
VPK Onc	Patiënten willen een kundig iemand.	patientneed, expertise
VPK Onc	Chirurgie is meer snijden en door	surgery, pragmatic
VPK Onc	Interne is meer op emotie	intern, emotional
VPK Onc	Beide belangrijk: Bij chirurgie doorwerken en bij chemo psychosociaal aspect meer	emotional, pragmatic, surgery, intern
VPK Onc	Patiënten zoeken deskundigheid.	Patientneed, expertise
VPK Onc	CM moet alles kunnen. Kundig zijn.	CM, expertise, task
VPK Onc	CM is optimaal met VPS.	CM, vps, education
VPK Onc	Mensen zijn bang voor de VPS eis.	fear, vps, education
VPK Onc	Er blijven ook gewone vpk's nodig.	vpk, future vision, organisation
VPK Onc	Niet altijd overal vps voor nodig.	fte, organisation, vps,
VPK Onc	VPS is duurste kracht.	vps, money, fte, organisation
VPK Onc	In JBZ ziet VPS de patiënten minder.	example, JBZ, vps, vps, task, patientrelation
VPK Onc	Wij zien ze 1x per 3 weken.	vps, patientrelation, carepathway
VPK Onc	VPK monitort wijzigingen.	workday, vpk, day treatment
VPK Onc	Carepathway: Voor patient een kuur krijgt checken of er bijzonderheden zijn en bl	carepathway, vpk, pretreatmentcheck
VPK Onc	Hier doet dokter of VPS deze check.	carepathway, pretreatmentcheck, functionaris, vps, IO, formation
VPK Onc	In JBZ doen dagbehandeling vpk's dat. Dat is goedkoper.	example, JBZ, pretreatmentcheck, vpk, money
VPK Onc	Als er dan wat is, dan vps of dokter laten komen.	pretreatmentcheck, money, o
VPK Onc	Hier zijn relatief weinig vpk's tov JBZ.	example, JBZ, vpk, fte, busy, workload
VPK Onc	Lijkt me ideaal als er 1 aanspreekpunt is.	1point, like
VPK Onc	Op deelgebieden wel meerdere mensen zien.	expertise, future vision, vertical
VPK Onc	1x coördinerend, bij chirurg en 2x per behandeltraject en verder terug blijft zien.	consults, carepathway
VPK Onc	Ook andere vpk's blijven zien.	vpk, organisation, expertise
VPK Onc	Dat je iemand hebt die bruggen bouwt.	organisation, CM, metaphor, horizontal
VPK Onc	Dan ben je minder kwetsbaar als die ene geen tijd meer heeft.	CM, organisation, expertise, fear, formation, accessible
VPK Onc	Wij [vps] zien nu een deel van de patiënten niet.	vps, patientrelation, carepathway
VPK Onc	Als je dat ook nog gaat verdelen over chirurgie wordt dat een dingetje.	fear, change, horizontal
VPK Onc	Goed als er iemand komt die je kunt spreken en anders automatisch doorgestuurd	CM, future vision, organisation, change, referral, accessible
VPK Onc	Op andere werkvelden wel nog vpk's houden.	vertical, vpk, expertise, future vision, formation
VPK Onc	Ik zie dat heel erg zitten.	like, cm
VPK Onc	Elke patient word wijk onco vpk aangeboden als soort CM.	cm, wijkvpk, like
VPK Onc	Wij checken psychosociale context.	psychosocial, task, intern, vpk, vps, mental
VPK Onc	Ik moet me verplaatsen in hun hoofd.	task, intern, vpk, vps, mental, patientsupport, emotional
VPK Onc	Om 7:00 in het ZH.	workday, vpk, intern
VPK Onc	Patient voor de poli uit.	workday, vpk, intern
VPK Onc	8:45 – 9:00 dagstart met artsen, bali en wij om bezetting door te spreken.	workday, vpk, intern, communication

VPK Onc	9u start poli tot 12u	workday, vpk, intern, poli
VPK Onc	Loopt altijd uit.	workday, vpk, intern, dislike
VPK Onc	Lunch, soms bespreking, dan geen lunch.	workday, vpk, intern, dislike
VPK Onc	Tot 15u bezig om poli uit te werken.	workday, vpk, intern, poli, administration
VPK Onc	Dan de bellers, de wijk, radiotherapie, poli uitwerken, over lab bellen.	workday, vpk, intern, calls, administration
VPK Onc	11:45 tot 12u telefonische afspraken gepland. Dat gaat niet dus smiddags.	workday, vpk, intern, calls, dislike
VPK Onc	Wij moeten administratie zelf doen.	vpk, intern, administration, dislike
VPK Onc	Te weinig mensen aan de balie.	busy, balie, workload, dislike, formation
VPK Onc	Wij hebben 5 min extra voor psychosociale zorg. Maar dat gaat op aan lab regelen,	psychosocial, workload, workday, busy
VPK Onc	's Middags mail, vergadering en overleggen.	administration, workday
VPK Onc	TWG overleg, oncologiecommissie etc.	workday
VPK Onc	2x in de week wel overleg.	workday
VPK Onc	MDO's dat doet Karina.	MDO
VPK Onc	Ik ben geen behandelaar.	task, intern, vpk, vps
VPK Onc	Ik doe nu protocollen beoordelen.	task, intern, vpk, vps
VPK Onc	's Middags altijd administratieve dingen.	task, intern, vpk, vps, workday, administration
VPK Onc	Soms voorlichting 's middags. (40 min).	new patient, task, intern, vpk, vps
VPK Onc	1 patient voor poli uit, dan 3 patiënten,	patient, consult, vps, workday, task, vpk, intern
VPK Onc	20 min per patient.	consult, carepathway, intern, vpk, vps, intern, task
VPK Onc	Nieuwe patient 40 min.	consult, carepathway, intern, vpk, vps, intern, task, new patient
VPK Onc	Vaak 8 patiënten per dag.	consult, carepathway, intern, vpk, vps, intern, task
VPK Onc	Vooruit plannen wanneer kuren bekend zijn.	planning, balie, carepathway
VPK Onc	Op chirurgie ad hoc, op intern niet.	ad hoc, surgery, difference, intern
VPK Onc	Soms stress aan de bali bij nieuwe patient.	new patient, stress, dislike, busy, planning
VPK Onc	Karina overlegt met artsen.	vps, task, IO
VPK Onc	In P'end werken ze anders.	Purmerend, difference
VPK Onc	Karina heeft veel memo's. Recepten en hormonale mensen.	Calls, vps, intern
VPK Onc	Hormonaal na 6 weken weer bellen.	calls, vps, intern
VPK Onc	Bellen kost alle Jezus veel tijd.	calls, timeconsuming,
VPK Onc	Bellen duurt gruwelijk lang. Je kunt patiënten beter zien.	calls, timeconsuming, future vision
VPK Onc	Nu gefaseerde CM	vertical, cm
VPK Onc	CM moet iemand zijn met inhoud.	cm, future vision, expertise
VPK Onc	VPS is wel meest geschikt voor CM.	education, cm, vps, future vision
VPK Onc	Ik wil 1CM maar met skills die alles moet kunnen.	cm, 1point, expertise
VPK Onc	Niet ineens elkaar vervangen. (chi en intern)	education, cm, horizontal
VPK Onc	Je moet ook deskundigheid op de werkvloer houden.	expertise, future vision
VPK Onc	Ik wil de baan houden die ik heb.	like, change
VPK Onc	CM opleiden in beide spectra.	cm, education, horizontal
VPK Onc	Overgangsfase.	education, future vision, roadmap

VPK Onc	Nieuwe VPS meteen goed opleiden in beide disciplines.	cm, education, horizontal
VPK Onc	Grootste angst is kennis te kort.	fear, expertise
VPK Onc	Gelijke opleiding voor alles (Medische onco, chirurg en miss ook radio).	cm, education, horizontal
VPK Onc	Iedereen moet aanspreekbaar zijn.	team, future vision, accessible
VPK Onc	1 centraal figuur is gewoon lekker	1point, like, cm
VPK Onc	Voor zowel zorgverlener als voor patient lekker als 1 iemand alles van patient weet	1point, like, cm
VPK Onc	Ook fijn voor continuïteit huisbezoek.	like, cm
VPK Onc	Ik ben gewoon deskundig op chemo.	vpk, vps, intern, expertise
VPK Onc	Chirurgie is zakelijker, wij meer soft en psychosociaal.	difference, surgery, intern, psychosocial, business
VPK Onc	Wij zijn meer bezig met het emotionele vlak.	psychosocial, task, intern, vpk, vps
VPK Onc	Wij doen palliatieve zorg.	palliative care, intern
VPK Onc	Wij doen ‘wie ben jij als patient’.	psychosocial, lifestyle, intern, task, vpk, vps
VPK Onc	In jbz spinnenweb ipv lastmeter.	lifestyle, psychosocial, example, JBZ
VPK Onc	Behandeling afstemmen op hoe patient is en leeft.	psychosocial, task, intern, carepathway
VPK Onc	Er is een hbo opleiding tot CM.	education, cm
VPK Onc	Cindy: Afkeurende blik bij opleiding chi EN intern.	education, cm, fear, dislike, horizontal
VPK Onc	CM moet patient kunnen wisselen als er echt geen klik is.	cm, future vision, patientrelation
VPS Intern	VPS voor intern en VPS voor chirurgen	vps, vertical, intern, surgery
VPS Intern	Net waarin je gespecialiseerd bent binnen oncologie	expertise
VPS Intern	Ik zie darmkanker en borstkanker met chemotherapie	vps, intern, colon, mama
VPS Intern	Ik begeleid rondom chemo	vps, task, intern, patientsupport
VPS Intern	Ik doe voorlichting, bloedsuitslagen beoordelen en uitschrijven	vps, task, intern, information
VPS Intern	Ik zorg ervoor dat iemand zn kuren goed kan volgen	vps, task, intern
VPS Intern	Opleiding voor A en opleiding tot VPS	vps, education
VPS Intern	VPS draait spreekuren	vps, task, consult
VPS Intern	Als VPS bepaalde mate van zelfstandigheid	vps, task, like, consult
VPS Intern	Meelopen met proces van patient	vps, patientrelation, carepathway, cm, bridge
VPS Intern	Stap tussen internist en dagbehandeling	vps, task, intern, bridge
VPS Intern	Patient heeft met veel disciplines te maken (chirurg, bestralingsarts, internist)	patient, horizontal, surgeon, IO, ms, bridge
VPS Intern	Voor patient ingewikkeld om te overzien	complicated, patient, patientneed, carepathway
VPS Intern	<i>Patient die hier binnen komt, probleem is er al. Ik kan dat probleem niet verander</i>	quote, patientrelation, patientsupport
VPS Intern	Prettig als patient gevoel heeft dat hij bij iemand terecht kan.	patientsupport, 1point, patientneed, accessible, requirement
VPS Intern	Als VPS precies weten waar patient in traject is.	vps, cm, patientsupport, task, requirement, cancer traject
VPS Intern	Dat maakt het overzichtelijk.	vps, cm, overview
VPS Intern	Samen met IO een team.	team, intern, IO, vps
VPS Intern	Voel me als een vis in het water.	DLZ, like, intern
VPS Intern	Internisten hebben meer secretariele ondersteuning als vps.	IO, vps, difference, administration, dislike, ms
VPS Intern	Zou lekker zijn als er secretariele ondersteuning is voor vps.	dislike, vps, administration
VPS Intern	Draait om samenwerking.	team, important

VPS Intern	P’end is niet zo groot, makkelijk om elkaar te vinden.	purmerend, communication
VPS Intern	Ik voel me hier heerlijk.	like, dlz, purmerend
VPS Intern	7:30 beginnen Poli voorbereiden	workday, vps
VPS Intern	8u dagstart, overleg internist	workday, communication, intern, vps, io
VPS Intern	4-8 patienten per dag.	workday, poli, vps
VPS Intern	Bijna geen pauze	workday, vps
VPS Intern	’s Middags vaak nieuwe patienten	workday, vps, new patient
VPS Intern	Voorlichting, planning, controles.	workday, vps, control patient, planning, consult, information
VPS Intern	1x per week MDO	workday, MDO, communication
VPS Intern	MDO is via videoconferencing.	MDO
VPS Intern	Kliniekbezoeken tussendoor.	vps, workday, patientsupport, patientrelation
VPS Intern	Telefonische consulten tussendoor.	vps, call, support, consult
VPS Intern	Ramdruk met telefoontjes.	vps, workload, busy, call
VPS Intern	Patient krijgt boekje met telefoonnummer.	patient, call, vps
VPS Intern	De hele dag telefonische bereikbaarheid.	patient, call, vps
VPS Intern	Ingewikkeld als er een tijdslot is waar mensen moeten bellen.	dislike, time, call, patientneed, complicated
VPS Intern	Achter elk telefoontje zit een actie.	vps, workload, busy, call, task
VPS Intern	Administratie	administration, vps, workload, workday
VPS Intern	30 min voor controlepatient.	controlpatient, vps, intern
VPS Intern	60 min voor nieuwe patient.	new patient, vps, consult
VPS Intern	Tussendoor telefoontjes.	vps, call, support, consult, ad hoc, time, bus, accessible
VPS Intern	Soms terugbellen. Is geen probleem.	call, like, vps
VPS Intern	Vps moet administratie ordenen	vps, administration, task
VPS Intern	Vps belt met afdelingen	vps, organisation, 1point, task
VPS Intern	Voor internist wordt alles bij de balie uitgewerkt.	IO, administration, ms
VPS Intern	Administratie kost tijd.	administration, time, workload
VPS Intern	Telefoontjes het minst leuk.	call, dislike, vps
VPS Intern	Telefoontjes storen in bezigheden.	call, dislike, vps
VPS Intern	Afwisseling in je werk is leuk	like, vps, task
VPS Intern	Telefoontjes vanuit dagcentrum over de kuren.	call, day treatment, communication
VPS Intern	Vps intern pas na chirurgietraject.	vps, intern, vertical
VPS Intern	Patholoog adviseert aanvullend chemo.	pathologist, intern, task, referral, carepathway
VPS Intern	Doorverwijzing internist.	referral, io
VPS Intern	Followup controles bij Internist en chirurg.	followup, io, surgeon, ms
VPS Intern	Vps geen followup	vps, followup
VPS Intern	Genoeg werk zonder follow up	vps, workload, followup
VPS Intern	Complex is om het hele traject te doen.	complicated, cancer traject, fear
VPS Intern	Vps moet én chi en intern leren.	vps, education, surgery, intern, fear, horizontal
VPS Intern	Alles valt te leren maar is complex.	vps, education, complicated, fear, horiozntal

VPS Intern	Zelfs na jaren ervaring nog steeds vragen	vps, education, complicated, expertise
VPS Intern	P’end klein, goede onderlinge communicatie.	purmerend, communication
VPS Intern	Weet precies wie er komen en regel met hun mee.	vps, task, cm
VPS Intern	Betwijfeld probleem van chi naar intern.	vertical, cm
VPS Intern	Chirurgie erbij leren is interessant.	education, cm
VPS Intern	Follow up is gruwelijk veel patienten.	followup, dislike, busy
VPS Intern	Moeite met followup.	followup, dislike
VPS Intern	Followup is minder interessant.	followup, dislike
VPS Intern	Followup zal afstoppen. Interessant werk verliezen.	followup, dislike, fear
VPS Intern	Followup en bezetting is een vraag.	followup, dislike, formation, fte
VPS Intern	Er moet naar de aantallen gekeken worden.	formation, change, future vision, fte
VPS Intern	Followup zijn grote aantallen.	followup, fte, formation
VPS Intern	Internisten willen followup wel kwijt [zeggen ze]	io, followup, change, ms
VPS Intern	Hartstikke druk als vps alleen intern en alleen mama	workload, vps, intern, mama
VPS Intern	Zorgen voor meer personeel.	fte, formation, future vision
VPS Intern	Dat red je niet in je uppie.	fte, formation, future vision
VPS Intern	Medisch specialist heeft ook specialisme.	specialist, expertise
VPS Intern	Van vps wordt dan een heel traject verwacht.	vps, horizontal, expertise
VPS Intern	Je moet maar een klik hebben met patient.	patientrelation, fear
VPS Intern	SONCOS zegt dat het moet [cm] Op papier mooier dan werkelijkheid.	soncos, dislike
VPS Intern	Wat is er mis met huidige situatie?	problemframing
VPS Intern	Als communicatie maar goed is.	communication, future vision, important
VPS Intern	Alles op 1 gang is al goed	communication
VPS Intern	Kleine locatie is makkelijk overzicht	communication, overview, Purmerend
VPS Intern	Groter ZH ingewikkelder meer cruciale momenten	DLZ, complicated, obstacle, merge
VPS Intern	Dan van specialisme naar specialisme kan mis gaan.	expertise, horizontal, problem, bridge, dislike, obstacle
VPS Intern	Ieder heeft zn eigen passie en dat moet nu veranderen.	expertise, like, change
VPS Intern	Als er maar goed gekeken wordt naar aantallen.	formation, change, future vision, fte
VPS Intern	Plannen voor ziektes/vakantie, fallback plan?	formation, future vision, fear
VPS Intern	Waarnemer regelen.	formation, future vision, change
VPS Intern	SONCOS bepaald.	soncos
VPS Intern	Er wordt vanuit artsen gedacht ipv vanuit patient/vpk. Die hebben geen idee wat ho	organisation, dislike, DLZ, specialist, vps, decision
VPS Intern	1 Meeting over cm was niet genoeg	change, cm, dislike
VPS Intern	Welke functionaris wordt casemanager?	formation, fte, future vision, organisation, cm, functionaris
VPS Intern	Mag oncologie vpk ook cm zijn?	formation, fte, future vision, organisation, cm, functionaris
VPS Intern	Voor goed slagen: Iedereen vps.	vps, quality, future vision, cm, functionaris, future vision
VPS Intern	Moeite met titel Casemanager.	cm, dislike
VPS Intern	CM is onderdeel van functie vps	cm, task, future vision
VPS Intern	CM patient begeleiden is onderdeel.	cm, patientsupport, task

VPS Intern	Visitekaartje met CM gaan we niet doen.	cm, dislike
VPS Intern	CM is pure onderwaardering voor vps	cm, dislike, vps
VPS Intern	CM is onderdeel van functie	cm, vps, task
VPS Intern	Waardering in vps.	vps
VPS Intern	Wat wordt er dan van CM voor functie eis verwacht.	cm, future vision, organisation, formation, functionaris
VPS Intern	Onderscheid tussen vpk en vps moet blijven.	formation, vpk, vps, difference
VPS Intern	Als vps wordt je breed opgeleid.	vps, horizontal, expertise, education
VPS Intern	Als vps leer je innoveren.	vps, education, task
VPS Intern	Als vps specialiseer je in een vakgebied.	vps, ed
VPS Intern	VPS is heel breed.	vps
VPS Intern	VPS is specialisme in vpk	vps, expertise
VPS Intern	VPS is masterniveau.	vps, education
VPS Intern	CM moet bereikbaar zijn	cm, task, future vision, accessible, requirement, future vision
VPS Intern	Cm moet aanspreekpunt zijn	cm, 1point, spin, future vision
VPS Intern	Patient moet gehoord worden (door cm)	patientneed, cm, accessible, accessible, requirement
VPS Intern	Cm moet telefoon aannemen en in actie kunnen komen	cm, ask, expertise, call, accessible
VPS Intern	Optie: telefoon aannemen kan ook triage worden met secretaresse	triage, future vision, call, accessible
VPS Intern	Secretaresse besluiten: IO of vps	call, future vision, IO, vps
VPS Intern	Optie: Cm breed inzetten en echt met patient mee laten lopen.	cm, horizontal,
VPS Intern	Vps mag dbc openen	vps, money
VPS Intern	Geld verdienen aan vps	money, vps
VPS Intern	In JBZ iedereen verplicht vps.	example, JBZ, vps
VPS Intern	Vps opleiden kost geld maar wel voor kwaliteit	vps, money, education, quality
VPS Intern	Vps opleiden zorgt voor kwaliteit	vps, quality, future vision
VPS Intern	Wel verdrietig voor die niet vps zijn.	fear, dislike, future vision
VPS Intern	Nadenken over kwaliteitseisen	quality, cm
VPS Intern	Als er voor oncovpk wordt gekozen dan hebben ze aan vps een probleem. Wij zitten	cm, organisation, formation
VPS Intern	Er moet iemand bij	formation, fte
VPS Intern	Truus en ik hebben er samen 4 dagen voor nodig.	formation, workload, intern, vps, fte
VPS Intern	Moet iemnd bijals follow up erbij komt.	followup, formation, fte, requirement, future vision
VPS Intern	Dan red je het niet met deze FTE’s	formation, fte
VPS Intern	Er moet geschoold worden	education, cm
VPS Intern	Follow up weg bij internist dus daar komt fte vrij	followup, change, fte
VPS Intern	Wat is het meest efficient	future vision, followup, fte, efficiency
VPS Intern	Wat is het meest kostenbestendig	money, future vision
VPS Intern	Wat is de onderliggende functie van CM	formation, cm, functionaris
VPS Intern	Steeds meer vps	vps, future vision
VPS Intern	Elke nieuwe patient wordt door vps gezien (p’end)	carepathway, purmerend, intern, vps
VPS Intern	In hoorn doet de internist veel zelf	hoorn, io, task, ms

VPS Intern	[hoorn] IO geeft kuur aan en dagcentrum regelt de planning en de kuren. Maar die	io, day treatment, call, dislike, patientneed, ms
VPS Intern	Dagcentrum is groep mensen.	daytreatment, vpk
VPS Intern	Voorlichting door dagcentrum.	carepathway, daytreatment, vpk, task
VPS Intern	Dan terugkoppelen aan IO	carepathway, IO, ms
VPS Intern	In hoorn VPS af en toe tussendoor. Niet als vaste basis.	vps, task, Hoorn, carepathway
VPS Intern	SONCOS eist 1 aanspreekpunt	soncos, 1point
VPS Intern	Dan moet vanaf begin bekend zijn bij de patient wij hij kan bellen.	1point, patientsupport
VPS Intern	Nu chi en intern gesplitst.	surgery, intern, vertical
VPS Intern	P’end is al wel soncos maar dan over 2 mensen.	purmerend, soncos, vertical
VPS Intern	2 locaties die redelijk volgens richtlijnen werken.	purmerend, hoorn, dlz, soncos
VPS Intern	MDO doen we	mdo
VPS Intern	Uitvoering is nog verschillend.	purmerend, hoorn, dlz, soncos, merge
VPS Intern	In p’end meer vps	purmerend, vps
VPS Intern	In hoorn meer taken voor IO	hoorn, io, task, ms
VPS Intern	Naar scholing kijken	education
VPS Intern	Tijd en geld investering.	time, money
VPS Intern	VPS kun je overal inzetten	vps, like
VPS Intern	Personen zelf moeten er aan meedoen	vps, fear, education
VPS Intern	Vpk moeten aan het idee wennen	vpk, fear, dislike
VPS Intern	Kanker ingewikkeld ziektebeeld	cancer traject, complex
VPS Intern	Leuke richtlijnen, proces altijd anders	soncos, reality, example
VPS Intern	SONCOS bedenkt op papier	soncos, reality, example
VPS Intern	Praktijk is lastig	reality
VPS Intern	JBZ: Kost jaren om goed te krijgen	example, jbz, cm
VPS Intern	SONCOS draait om getallen en cijfers en patientenverenigingen	soncos
VPS Intern	Goed aanspreekpunt hebben.	1point
VPS Intern	Draait om goede communicatie.	communication
VPS Intern	Kwetsbaar: Dat moet je gewoon bespreken	formation, fallbackplan
VPS Intern	Gewoon communiceren is vrij ingewikkeld.	communication
VPS Intern	MDO zit soms niet iederen bij	mdo, dislike, task, communication, cm, participation
VPS Intern	Carina is vrij op dag van mdo	mdo, dislike, workday, formation, fte, participation
VPS Intern	MDO geeft al overzicht en weet je wie er komt	mdo, overview, patient, planning
VPS Intern	AL horen op het mdo en dan checken wanneer ze komen.	mdo
VPS Intern	Ik vang mensen op op MDO	mdo
VPS Intern	Formatie nodig om naar MDO toe te gaan.	formation, mdo
VPS Intern	MDO kost tijd	mdo, time
VPS Intern	CM moet ook tijd hebben om naar mdo te komen.	mdo, cm, time, fte
Internist Oncol	IO, ook opleider, 2 polis per week	IO, general, ms
Internist Oncol	Verdenking kwaadaardigs, dan bij mij, dan stel ik zsm diagnose	diagnosis, carepathway

Internist Oncol	IO is soms de link tussen huisarts en oncologie afdeling	IO, bridge, GP, ms
Internist Oncol	IO, ook opleider, 2 polis per week	IO, task, ms
Internist Oncol	15 min voor controlepatienten	IO, control patient, consult, workday, FTE, time, ms
Internist Oncol	Ochtend van 9 tot 12	IO, workday, FTE, time, ms
Internist Oncol	Ochtend loopt meestal uit	IO, workday, FTE, time, workload, busy, ms
Internist Oncol	Patienten hebben soms meer tijd nodig dan er voorgeschreven staat.	patientneed, time
Internist Oncol	Soms harde brok in de poli die veel tijd kost.	patientneed, time, dislike
Internist Oncol	Wanneer eerste patient veel tijd kost loopt alles uit.	time, dislike
Internist Oncol	Meer tijd nodig is karakteristiek voor oncologie.	time, patientneed
Internist Oncol	Ik houd me bezig met de infusen.	IO, task, ms
Internist Oncol	Tijdens mijn poli ook vaak gebeld over problemen met infusen	IO, poli, call, ms
Internist Oncol	Tussendoor gebeld worden werkt verstorend.	IO, call, dislike, ms
Internist Oncol	Per spreekuur 1 nieuwe patientenplek verder ‘reguliere’ plekken (controlepatienten)	IO, Poli, new patient, ms
Internist Oncol	Spreekuur begint 9uur.	IO, poli, workday, ms
Internist Oncol	Nieuwe patient heeft een langere afspraak waar we diagnose en behandeling bespr	IO, task, consult, new patient, ms
Internist Oncol	Hier staat ook een hele lijst bellers.	IO, call, task, ms
Internist Oncol	Nieuwe patient is bespreken wat er gaande is. 30 minuten.	IO, new patient, time, FTE, ms
Internist Oncol	Vragen van patienten meenemen en oplossen in een vervolgfafspraak.	patientneed, consult, IO, question, time, ms
Internist Oncol	Half uur is te kort om zaken te doen en af te handelen.	IO, time, patientneed, consult, ms
Internist Oncol	Wanneer absoluut duidelijk is wat er moet gebeuren en een behandelplan in MDO	carepathway, MDO, communication, like, new patient, day treatment
Internist Oncol	Dan vervolgfafspraak met vpk.	carepathway, vpk
Internist Oncol	Vpk geeft praktische info en adviezen over de kuur	vpk, task, information
Internist Oncol	Nav MDO vragen formuleren en bespreken in Intern overleg	MDO, triage, intern, question, task
Internist Oncol	Snapt niks van wat er in MDO besproken was. Dus dan Simone vragen die daar a	MDO, communication, participation
Internist Oncol	Dan ook chirurg bellen die patient verwezen heb	task, IO, surgeon, call, ms
Internist Oncol	Dan op pad om het plan scherp te krijgen.	task, IO, communication, ms
Internist Oncol	Onderlinge bespreking interne oncologie is anders dan het MDO.	communication, intern, IO, task, ms
Internist Oncol	MDO is conclusie dat patient chemo moet hebben, dan wordt ie aangemeld op int	MDO, referral
Internist Oncol	Dan triage bespreking bij inern.	triage, intern
Internist Oncol	Patient wordt tijdens deze bespreking ingedeeld.	triage, patient, task, IO, ms
Internist Oncol	Beleid gezamenlijk bespreken bij onderling overleg.	triage, intern, IO, task, ms
Internist Oncol	Onderling overleg qua oncologen breder maar qua disciplines smaller.	vertical, horizontal, triage
Internist Oncol	Je hebt soort optimale route maar er is veel verschil in patienten.	carepathway
Internist Oncol	Er zijn meerdere behandelmodaliteiten.	carepathway, modules
Internist Oncol	Soms is het planbaar maar soms niet.	planning, carepathway
Internist Oncol	Er is niet echt een route die toepasbaar is voor iedereen.	carepathway
Internist Oncol	Normale route is dat patient terugkomt in triagebespreking en onderling afstemme	carepathway, triage
Internist Oncol	Mama carcinoom en colon carcinoom adjuvant zijn goed in route vast te leggen.	colon, mama, carepathway,. Adjuvant
Internist Oncol	Chemoradiaties zijn ook goed in route vast te leggen.	day treatment, carepat

Internist Oncol	Normale paadje is wel te tekenen maar als het afwijkt niet.	carepathway, vpk, visualisation
Internist Oncol	Nieuwe patient spreken we en dan starten ze met chemo door af te spreken bij vpl	carepathway, consult, IO, referral, vpk, ms, start
Internist Oncol	Voor cc 1 standaard chemotherapie (capecitabine, pillen)	carepathway, daytreatment
Internist Oncol	Soms zijn er bijwerkingen die een patient niet kan hebben, dan die chemo weglater	carepathway, daytreatment
Internist Oncol	Uitgebreid wat primaire tumour is geweest en wat ze bij operatie aantreffen.	carepathway, surgery, intern
Internist Oncol	Normaal 8 kuren.	intern, daytreatment, carepathway
Internist Oncol	PH uitslag zegt hoeveel lymfeklieren zijn aangedaan. Minder dan 4 -> vier kuren.	intern, daytreatment, carepathway
Internist Oncol	CM al lang besproken binnen oncologie.	cm, soncos
Internist Oncol	Norm wordt 1 aanspreekpunt	soncos, 1point
Internist Oncol	Dilemma is dat we nu gefragmenteerd zijn.	vertical, dislike
Internist Oncol	1 persoon over hele proces zou ideaal zijn. Overzichtelijk voor de patient maar die	1point, like, dislike, expertise, patientsupport, bridge
Internist Oncol	Het zal vpk zijn die intern of chi achtergrond heeft.	vpk, education, expertise
Internist Oncol	Combi intern chi is lastig te maken.	education, expertise, horizontal, obstacle, cm
Internist Oncol	Als CM een minder deskundig doorgeefluik is zit daar een spanningsveld. Niet idee	obstacle, expertise, cm, communication
Internist Oncol	Ideaal is een situatie waarbij er duidelijke aanspreekpunten op elke lijn zijn: Eerste l	communication, cm, future vision
Internist Oncol	Misschien telefoonnr dat niet volledige diepgang heeft op alle gebieden.	future vision, call, communication, cm
Internist Oncol	Per lijn een aanspreekpunt is erg handig.	cm, 1point, like
Internist Oncol	Alle lijnen moeten toegankelijk zijn voor de patient.	accessible, communication, patientneed, patient support
Internist Oncol	Patient moet niet heen en weer blijven bellen.	patientneed, patientsupport, dislike
Internist Oncol	Er moet goede informatieuitwisseling zijn tussen de lijnen.	communication
Internist Oncol	Iemand met minder diepgang kan wel, is wel extra schakel.	obstacle, expertise, cm, communication
Internist Oncol	Als een chi vpk gebeld wordt over chemo weet ze het niet.	vpk, surgery, cm, horizontal, obstacle, dislike
Internist Oncol	Als de patient geen antwoord krijgt heeft een cm geen functie.	obstacle, communication, CM, dislike, patientneed
Internist Oncol	CM moet eenduidig aanspreekpunt zijn die de juiste persoon weet te vinden voor	cm, 1point, expertise, question
Internist Oncol	Spanningsveld met aan de ene kant maximale diepgang en aan de andere kant 1 aa	cm, future vision, expertise, accesible
Internist Oncol	Dat is moeilijk aan een zorgtraject met verschillende betrokken disciplines.	cancer traject, complex, vertical, horizontal
Internist Oncol	Belangrijk de bereikbaarheid goed is.	accessible, patientneed, important
Internist Oncol	KCC is een ongelofelijke vergissing door heel veel mensen die niet goed bereikbaar	kcc, obstacle, dislike, accessible, expertise
Internist Oncol	KCC kan alleen doorschakelen, dat is voor kankerpatient ongelofelijk vervelend.	kcc, obstacle, dislike, accessible, expertise
Internist Oncol	KCC kan functioneren bij goede bereikbaarheid.	kcc, future vision, accessible
Internist Oncol	KCC heeft absoluut geen diepgang	kcc, expertise, dislike
Internist Oncol	CM moet wel rol in diepgang hebben	cm, expertise, future vision
Internist Oncol	Bereikbaar is telefoon opnemen, niet 10 wachtende voor je en dat je een antwoorc	accessible, expertise
Internist Oncol	CM is succes wanneer er een optimale balans wordt gevonden tussen deskundigh	cm, future vision, expertise, expertise, accesible
Internist Oncol	Voldoende diepgang en knowhow nodig van degene die telefoon opneemt.	expertise, accessible
Internist Oncol	Uniform nummer van CM.	cm, call
Internist Oncol	Per instelling een CM. Per lijn.	cm, future vision
Internist Oncol	Elke lijn moet weten wat er op de andere lijn gebeurt.	cm, communication, important
Internist Oncol	Dat vraagt heel veel van communicatie onderling.	communication

Internist Oncol	Uitdaging van CM is de communicatie.	communication
Internist Oncol	Geen nieuw KCC creëren.	kcc, dislike, future vision
MDL arts	Direct na coloscopie uitslag	carepathway, mdl, result, communication, colonoscopy, diagnostics
MDL arts	Tijdens coloscopie al te zien dat het darmkanker is.	coloscopie, mdl, result, diagnostics
MDL arts	Direct na uitslapen horen ze het, dan komt familie hen ophalen. “Nou dat ziet erui	carepathway, mdl, result, communication, colonoscopy, diagnostics
MDL arts	Dan vraagt MDL stadiëringsonderzoek	MDL, referral, diagnostics
MDL arts	MDL regelt belafspraak bij coloncarevpk	mdl, referral, call, cm, diagnostics, start
MDL arts	Belafspraak volgende dag	call, cm, start, diagnostics
MDL arts	Afspraak inplannen bij chirurg	mdl, referral, surgeon, ms, start, diagnostics
MDL arts	Afspraak inplannen doet het secretariaat scopiecentrum.	mdl, referral
MDL arts	Bij poliepen een papier mee naar huis met de beschrijving.	mdl, colonoscopy, result, diagnostics, result
MDL arts	Vanuit bevolkingsonderzoek doorverwezen altijd een dokter te spreken.	mdl, specialist, carepathway, referral, ms
MDL arts	Geen bevolkingsonderzoek hangt het af van wat er te zien was.	mdl, result, diagnostics
MDL arts	Ze komen niet meer terug bij ons.	mdl
Internist Oncol	Diagnostiek wel of niet onder CM	cm, diagnostics
Internist Oncol	CM voegt niets toe bij 1 contactmoment	cm, future vision
Internist Oncol	Bij poliepen en goedaardigheid geen CM	cm, future vision
Internist Oncol	CM begint bij diagnose	cm, future vision, diagnostics, start
Internist Oncol	Diagnostiek los van cm	diagnostics, cm, future vision
Internist Oncol	Voor hematologie diagnostiek wel cm	cm, diagnostics, future vision, start
Internist Oncol	Diagnose is duidelijk startpunt	diagnostics, start
Internist Oncol	Bij hoge verdenking of diagnose startpunt CM	cm, future vision, start
Internist Oncol	Fases waarin patient het meest onzeker is Laagdrempelig terugvallen op iemand wa	cm, accessible, patientsupport, start, cancer traject, carepathway
Internist Oncol	Diegene moet casus kennen en bereikbaar zijn.	accessible, cm, communication
Internist Oncol	Rotnieuws en veel onzekerheid aan begin.	patientneed, question, insecure, emotional
Internist Oncol	Tijdens onderzoek en diagnostiek traject makkelijk kunnen schakelen.	investigation, accessible, cm, diagnostics, like
Internist Oncol	Dus cm bij hoge verdenking of diagnose.	cm, diagnostics, start
Internist Oncol	Hematologie, grote klier, vanaf dag 1 cm	start, cm, future vision
Internist Oncol	Meteen CM als contactpersoon	cm, future vision
Internist Oncol	Per tumoorsoort moet er duidelijk zijn op welk moment je doorschakelt naar een C	future vision, cm, carepathway
Internist Oncol	Alleen screening mensen hebben geen CM nodig.	cm, future vision
Internist Oncol	CM is iemand die voor langere periode meeloopt.	cm, task, carepathway, cancer traject
Internist Oncol	CM vanaf diagnose sowieso.	cm, start, cancer traject, task
Internist Oncol	CM voor diagnose bij hoge verdenking.	cm, start, cancer traject, task
Internist Oncol	Bij diagnose vertellen koppen bij elkaar.	diagnosisconsult, vps, cm, ms, 1room
Internist Oncol	Specialist, vps en patient samen in 1 kamer voor diagnose.	1room, ms, vps, patient, future vision
Internist Oncol	1 kamer diagnose gesprek weet vps gelijk wat er besproken gezegd en bedoeld is.	1room, like, ms, vps, patient
Internist Oncol	Vps kan vertalen wat specialist bedoeld.	vps, consult, communication
Internist Oncol	Alle drie hetzelfde horen geeft duidelijkheid.	1room, like, communication

Internist Oncol	Nu communicatie via dossier met kans op misverstanden.	patientrecord, dislike, communication	Internist Oncol	Follow up is kijken naar klachten en lichamelijk onderzoek en evt dingen aanvragen	followup, task, investigation
Internist Oncol	Vpk communiceert op ander niveau met patient	communication, vps, patient	Internist Oncol	Wanneer cm/vps followup doet heb je geen wisselingen	like, cm, vps, followup
Internist Oncol	Als dokter lastig om te communiceren op patient niveau.	communication, ms, patient	Internist Oncol	Wisselingen van specialist bij followups zijn onhandig.	dislike, followup, ms
Internist Oncol	Vps in diagnosegesprek kan sturen naar patientniveau dat is een voordeel.	vps, communication, patient, like	Internist Oncol	Zorgpad is niet in 1 lijn te pakken.	carepathway, visualisation
Internist Oncol	Uitslag dan meestal verdere diagnostiek of aanvullend onderzoek.	resultconsult, diagnostics, investigation	Internist Oncol	Dokter moet wel of niet chemo gesprek doen	ms, decisionconsult, future vision
Internist Oncol	Diagnostische/onderzoekende periode is onzekere periode voor patient.	diagnostics, investigation, insecure, emotional, patient	Internist Oncol	Op MDO wel/niet chemo besloten maar de MDO mensen kennen patient niet en v	mdo, decision, dislike
Internist Oncol	In onzekere periode kan cm/vps een rol spelen, begeleiding geven en coördineren.	vps, patientsupport, emotional, patient	Internist Oncol	Uiteindelijke besluit wel/geen chemo is IO en patient samen. \	decisionconsult, patient, IO, ms
Internist Oncol	Definitieve diagnose moet dokter vertellen.	diagnostics, consult, ms, task	Internist Oncol	Patient mag kiezen nadat hij goed voorgelicht is (voor chemo ja/nee)	patient, decisionconsult, information
Internist Oncol	MDO is 1x per week niet genoeg	mdo, dislike	Internist Oncol	Richtlijnen geven aan wel/geen verwijzing naar IO	IO, adjuvant, carepathway
Internist Oncol	MDO vaker per week hangt af van schaalgrootte.	mdo, dlz	Internist Oncol	Samen met patient beslissen wat hij wil	decisionconsult, patient, IO, ms
Internist Oncol	Schaalgrootte DLZ niet genoeg voor meerdere MDO's.	mdo, dlz	Internist Oncol	Uitslag na operatie is of er wel of geen klieren zijn.	result, surgery
Internist Oncol	Voor borstkanker zou 2x per week MDO kunnen.	mdo, dlz, mama	Internist Oncol	Geen klieren, geen indicatie voor chemo -> Followup	followup, carepathway
Internist Oncol	Te klein voor meer MDO's voor darm	mdo, dlz, colon	Internist Oncol	Wel klieren naar IO en bespreken chemo.	IO, adjuvant, intern, carepathway, ms
Internist Oncol	Hartstikke irritant als je net te laat bent voor MDO.	mdo, dislike	Internist Oncol	Hoeft niet per se een medisch specialist uitslag na de operatie te vertellen.	resultconsult, surgery, futurevision, ms
Internist Oncol	Vereiste dat je werkt op de dag van het MDO van jouw patienten.	mdo, requirement, cm, vps, io, surgeon, cm	Internist Oncol	Na advies chemo moet wel IO bespreken met patient wat voor en nadelen en kans e	IO, decisionconsult, carepathway, ms
Internist Oncol	MDO vps of specialist.	mdo, vps, ms	Internist Oncol	IO moet inschatting maken of patient chemo aankan en of er contra indicaties zijn	IO, decision, daytreatment
Internist Oncol	Vps moet patient zelfstandig kunnen bespreken in mdo zonder dokter erbij.	vps, expertise, ms, mdo	Internist Oncol	Inschatting maken veel gevraagd van vps.	vps, cm, task, education, workload
Internist Oncol	Vps moet goed overdragen aan ander.	vps, communication, requirement	Internist Oncol	In AvL doet vps wel die inschatting volgens mij	example, AvL
Internist Oncol	Of vps bij MDO of specialist bij MDO.	mdo, ms, vps, cm	Internist Oncol	Wat zou dan de rol van IO nog zijn.	IO, task, ms
Internist Oncol	Samen bij diagnose zitten kan MDO overgedragen naar vps.	1room, diagnostics, mdo, change, future vision, cm, vps, ms	Internist Oncol	Rol van IO is dan verantwoording dragen.	IO, responsible, task, ms
Internist Oncol	Bij standaard trajecten kan vps MDO doen.	cancer traject, standard, mdo, vps, cm	Internist Oncol	Als IO zorgen dat alle behandelingen protocollair goed kloppen.	IO, responsible, task, ms
Internist Oncol	Diagnose en behandelplan komen uit MDO.	diagnostics, mdo	Internist Oncol	Als IO ben je dan een systeemdenker die bijna geen patienten meer ziet.	IO, responsible, task, ms
Internist Oncol	Nu: Diagnose gesprek met specialist en dan afspraak met vpk voor voorlichting ov	diagnostics, ms, information, question, vpk, vps, cm	Internist Oncol	In AvL komen adjuvante bijna niet met medisch specialist in aanraking.	example, AvL, ms, dislike
Internist Oncol	Bij MDL verdenking maligne: CM inschakelen	mdl, cm, start, future vision	Internist Oncol	Geen IO kan als je er als vps goed inzit.	IO, cm, task, vps, carepathway, decisionconsult, future vision
Internist Oncol	Voor colon nu al strak, voor andere tumorsoorten niet.	cancer traject, carepathway	Internist Oncol	Gesprek over besluitvorming toch wel stap hoger.	decisionconsult, education, expertise
Internist Oncol	Alles is verknipt nu.	vertical, dislike	Internist Oncol	In overgangsfase waar iedereen al veel moet leren is dat besluitvormingsgesprek nc	decisionconsult, education, expertise, future vision, fear
Internist Oncol	CM voor darmkanker is nu wel aanwezig maar maar op een stuk. Van diagnose tot	cm, dislike, carepathway	Internist Oncol	Besluitvormingsgesprek verantwoording van de dokter.	ms, io, responsible, decisionconsult
Internist Oncol	Bij chemo een nieuw stuk.	vertical, carepathway	Internist Oncol	Wat willen patienten, misschien wel steeds vps.	patientneed, vps, cm, decisionconsult
Internist Oncol	Chirurg followup wanneer geen adjuvant.	followup, surgeon	Internist Oncol	Vps kan goed beoordelen. MS vooral medisch technisch, dat doen we op het mdo	vps, task, patientsupport, ms, expertise
Internist Oncol	Twee uitkomsten: Follow up of nog aanvullend.	carepathway, followup, adjuvant	Internist Oncol	Vps kan medisch technisch plus patient beoordelen.	vps, task, patientsupportm expertise
Internist Oncol	Vragen die eruit (na operatie) borrelen moeten door vps worden gedaan.	vps, cm, question, task	Internist Oncol	Alle drie weer in 1 hok bij besluitvorming?	1room, decisionconsult
Internist Oncol	CM is aldoor de overbrugging.	cm, bridge, cancer traject, carepathway, future vision	Internist Oncol	Winst van alle drie in 1 hok is minder communicatiefouten.	1room, like, communication
Internist Oncol	Uitslag na operatie kan weer samen.	result, 1room, surgery, vps, patient, ms	Internist Oncol	Alle drie in 1 hok zou voor patient miss gerustellend over komen.	1room, like, patient
Internist Oncol	Uitslag na operatie kan wellicht ook door vps.	result, surgery, vps, patient, cm	Internist Oncol	Meteen aan de hand meegenomen nadat de dokter wat verteld heeft.	cm, task, cancer traject, question, patientsupport, communication
Internist Oncol	Uitslag mag voor mij de vps doen. Op MDO wordt er goed afgestemd.	result, vps,cm, MDO, like, future vision	Internist Oncol	Alle drie in 1 hok misschien ook imponerend/bedreigend.	1room, fear, dislike, patientneed
Internist Oncol	Als vps gespecialiseerd in het vakgebied.	vps, expertise	Internist Oncol	Of sequentieel gesprek. Eerst arts en patient en dan gelijk vps en patient.	sequentially, ms, vps, patient, decisionconsult
Internist Oncol	Followup hoort thuis bij vps.	followup, vps, cm, task, future vision	Internist Oncol	Sequentieel is ook wel prima, wel voldoende	sequentially, future vision, like
Internist Oncol	Followup kan ook naar huisarts.	followup, gp, task, future vision	Internist Oncol	Nadeel van sequentieel is dat vps niet nuances heeft gehoord.	sequentially, dislike, communication, ms, vps, cm
Internist Oncol	Onderzoek over follow up gaande	study, followup	Internist Oncol	Nuances horen is wel toegevoegde waarde	communication, like, 1room

Internist Oncol Cm zit eigenlijk overal overheen.
Internist Oncol Geen normaal vpk meer.
Internist Oncol Wanneer normaal vpk dit doet heb je nog 2 mensen nodig, op achtergrond altijd d
Internist Oncol Ja dagbehandeling enzo wel normaal vpk.
Internist Oncol Besluitvorming moet idealiter cm miss bijzitten.
Internist Oncol Wat is toegevoegde waarde van cm bij besluitvorming.
Internist Oncol Je hebt hetzelfde gehoord en weet hoe patient heeft gereageerd.
Internist Oncol Pilot testen.
Internist Oncol Monitoren wat cm toegevoegde waarde vindt.
Internist Oncol Spaart het tijd om samen bij gesprek te zitten?
Internist Oncol Dan misschien minder lezen van dossier. Zeker als cm vanaf begin is.
Internist Oncol Oppassen voor dokter buitenspel.
Internist Oncol In JBZ werd wel dokter buitenspel gezet voorbeeld.
Internist Oncol Voorlichting over chemo doet nu vpk van dagbehandleing.
Internist Oncol Voorlichting door vpk is op zich prima.
Internist Oncol Voorlichting kan miss korter als vps met voorgeschiedenis het doet.
Internist Oncol Voorlichting over chemo is los van eerste kuur.
Internist Oncol Patienten zijn gespannen voor eerste chemokuur.
Internist Oncol Bij koppelen voorlichting aan eerste chemo hebben patienten geen aandacht voor
Internist Oncol Voorlichting door vps kan cm inhaken op geschiedenis.
Internist Oncol Voorlichting is rechtoe rechtaan verhaal.
Internist Oncol Voorlichting kan wel op lager niveau plaatsvinden.
Internist Oncol Er is infoboekje voor chemo, niet zo uitgebreid als de ERAS.
Internist Oncol Voorlichting door vps vindt vpk dagbehandeling miss niet leuk.
Internist Oncol Voorlichting vind vps miss ook niet leuk.
Internist Oncol Pragmatisch en efficient kan voorlichting door cm misschien goed zijn.
Internist Oncol Procesmatig en vanuit patient zou je zeggen cm doet voorlichting.
Internist Oncol VPS als kuur start, bij lab uitslag.
Internist Oncol Darmkanker 4 tot 8 keer kuur.
Internist Oncol Borstkanker 12/20 keer.
Internist Oncol Dagbehandeling doet rest van de kuur.
Internist Oncol Dokter hoeft niet veel te doen als chemo goed loopt bij adjuvant.
Internist Oncol IO schrijft alleen kuur uit.
Internist Oncol Uitgeschreven kuur wordt gecommuniceerd via systeem.
Internist Oncol IO verwacht dat vpk dagbehandeling dat dossier leest over aandagskuur.
Internist Oncol VPK dagbehandeling leest dat niet altijd en voert dat niet altijd uit.
Internist Oncol Consult IO is kwartier.
Internist Oncol Followup hoeft MS geen rol te hebben.
Internist Oncol Follow up is standaard.

cm, task, visualisation
vpk, future vision, organisation
vpk, dislike, future vision, ms
daytreatment, vpk, future vision
decisionconsult, patient, IO, ms, cm, vps, futurevision, like, 1room
like, future vision, decisionconsult, IO, patient, ms, cm, vps, question, 1room
communication, decisionconsult, 1room
pilot, future vision, roadmap
pilot, future vision, roadmap
communication, time, fte, 1room
communication, patientrecord, cm, cancer traject, horizontal
fear, ms, future vision
jbz, example, fear, ms
information, vpk, daytreatment
information, like
information, time, fte, vps, cm
information, sequentially, daytreatment, start, carepathway
start, patientneed, patientsupport, daytreatment, start
start, daytreatment, information, sequentially, future vision, carepathway
information, task, change, cm, vps, vpk, future vision
information, expertise, vpk
information, expertise, organisation, formation, vpk
information, communication
information, change, future vision, fear, dislike, cm, vps, vpk, daytreatment
information, vps, dislike, fear, future vision
efficiency, cm, future vision, vps, information, carepathway
efficiency, cm, information, future vision, patientneed, carepathway
vps, start, intern, daytreatment
daytreatment, colon
daytreatment, mama
daytreatment, vpk, carepathway
ms, task, adjuvant, carepathway, io
io, ms, task, carepathway
io, intern, daytreatment, task, carepathway, communication, patientrecord
io, daytreatment, patientrecord
vpk, daytreatment, patientrecord, dislike, task
consult, time, fte, IO, ms
followup, ms, future vision, task, cm, vps
followup, task

Internist Oncol Followup moet nog duidelijk in zorgpad.
Internist Oncol Zorgpad moet geupdate worden.
Internist Oncol Richtlijnen van followup.
Internist Oncol Iedereen (ook intern) doet followup anders.
Internist Oncol Followup schema staat niet duidelijk ergens opgeslagen wat toegankelijk is.
Internist Oncol Studie over followup:lcarestudie
Internist Oncol Followup moet gewoon duidelijk en toegankelijk.
Internist Oncol Followup moet door vps niet door medisch specialist.
Internist Oncol VPS kan followup per definitie veel beter.
Internist Oncol Er zijn nog heel veel andere trajecten.
Internist Oncol Alle trajecten bestaan uit modules.
Internist Oncol Je kunt behandelingen samenvatten als spin in het web tekening.
Internist Oncol CM zit echt om patient heen.
Internist Oncol CM heeft met alle dingen raakvakken.
Internist Oncol CM moet in alle dossiers kunnen op elk moment.
Internist Oncol Goeie weergave van een CM (spinnenweb tekening)
Internist Oncol Ene patient heeft dikke vette cm nodig.
Internist Oncol Andere patient zelfstandig, bijna geen behoefte aan cm.
Internist Oncol CM letterlijk spin in het web.
Internist Oncol Zo kun je allemaal lijnen naar buiten eraan koppelen.
Internist Oncol We doen alleen verplichte registratie DICA.
Internist Oncol Registraties nemen tijd.
Internist Oncol Als ZH registratie goedkoper kan doen dan bij IKNL moet dat hier.
Internist Oncol Als cm het traject in zn hoofd heeft is het zo geregistreerd.
Internist Oncol Eigenlijk moet registratie automatisch.
Internist Oncol Registraties niet eens velden, gewoon vrije tekst.
Internist Oncol CM bij alles op de voorgrond of achtergrond betrokken.
Internist Oncol CM als vraagbaak, probleemoplosser alles.
Internist Oncol Omring aansturen door CM>

followup, carepathway, future vision
followup, carepathway, future vision
followup
followup, dislike, intern, dlz
followup, dlz, dislike, organisation
study, followup
followup, carepathway, future vision, accessible
followup, change, future vision, io, ms, cm, vps
vps, followup, expertise, quality
cancer traject, carepathway
cancer traject, modules
modules, spin, visualisation
cm, spin, visualisation, patientsupport, task
cm, spin, visualisation, patientsupport, task
cm, spin, visualisation, patientrecord, task
visualisation, like, cm, spin
patientneed, cm, patientsupport
patientneed, cm, patientsupport
cm, spin, visualisation, future vision
modules, spin, visualisation, future vision
registrations, dlz
registrations, time, fte
dlz, time, fte, money, registrations
cm, registrations, like, efficiency
registration, future vision
registration, future vision
cm, task, visualisation, future vision
cm, task, future vision
cm, task



Appendices

B

PATIENT RESEARCH

B.1: The Booklet

B.2-B.6: Completed booklets

B.7: Executing patients study

B.8: Organising patients insights

B.1 The booklet

The empty booklet

[illegible]

Over mijn behandelproces

Hier is een tijdlijn weergegeven. Vul deze in met grote letters met uw behandelproces. Bijvoorbeeld het eerste opname, de datum dat u onder behandeling bent, de operatie etc.

Geef ook aan wie hierbij betrokken waren. Bijvoorbeeld artsen, verpleegkundigen, familie of anderen.

Betrokkenen	Wat	Wanneer
huisarts	Eerste symptomen	6/2012
mult-arts	diagnose	20/6/12
gesprek mlt-arts	diagnose	4/7
afgepraat	CT-buik + PET-buik	5/7
chirurg + verpleegkundige	operatie	11/7
chirurg	uitzaaiingen lever	13/7
chirurg + verpleegkundige	pet-scan	20/7
oncoloog	nieuws gesprek	27/7
verpleegkundige	gesprek palliatieve behandeling	27/7
specialist oncologie	1ste chemo	28/7
verpleegkundige	leuker	28/7
verpleegkundige	2de chemo	21/8
verpleegkundige	3de chemo	11/9
oncoloog	pet-scan	24/9
oncoloog	positieve respons op de chemo's	24/9
verpleegkundige	4de chemo	17/10
verpleegkundige	5de chemo	13/11
verpleegkundige	6de chemo	11/12
Steeds tussen de chemo's lab + consult oncologisch verpleegkundige		
huur 4 en 6 zijn uitgesteld wegens niet goede lab uitslagen of niet opnemen		
oncoloog	pet-scan	27/12
oncoloog	uitslag	31/12
chirurg	positieve respons chemo uitzaaiingen lever en lymfe niet meer zichtbaar en operatie mogelijk	
chirurg	operatie + opname	24/1
chirurg	mri lever	6/3
verpleegkundige	uitslag mri	20/3
chirurg + verpleegkundige	nog uitzaaiing lever	
chirurg + verpleegkundige	uitleg operatie lever	14/4
interventie radiologie	uitleg MDTA = microwaarde ablatie	15/4
interventie radiologie + radioloog + verpleegkundige	behandeling uitzaaiingen lever middels MDTA	13/5
verpleegkundige	opname en afname	

Nauwelijs bereikbaar

Contacts waren prima!
bellen

uit follow-up zal blijven
hoe het verder blijft gaan.

Ik heb steeds moeten wachten op onderzoek en dan uitslag en dan weer een onderzoek, weer wachten op de uitslag dan weer vervolg onderzoek en wachten op de uitslag.

B.3 Patient 2

Over mijn behandelproces

Hier is een tijdlijn weergegeven. Vul deze in met grote momenten uit uw behandelproces. Bijvoorbeeld het eerste onderzoek dat u onderging, dag van de diagnose, de operatie etc.

Geef ook aan wie hierbij betrokken waren. Bijvoorbeeld artsen, verpleegkundigen, familie of anderen

Wanneer 10 Augustus 2018 22/23 Aug 6 Sept 2 Oct 2 Oct 2 Oct 2 Oct

Wat beucht gehad Eerste symptomen Afspreek moment voor onderzoek Onderzoek vrijwel direct openbree dat was de vang Map mee hoe ze met overgingen waar alles invullen

Betrokkenen VPK? MDL VPK Kreeg ik een lijst mee dat ik niet goed was Anesthesist Dokter VPK wanneer operatie was Er is een nieuwe dokter die ik niet kende

Heel goed verzorgd. Was heel goed bij. Uitslag kamer heel rustig. Je zie wel meer mensen Dr Bolmers ren in maar de rest niet. Je zien er veel.

Dag 2

11 Oct ZH Operatie 24 Oct Controle bloedproeven 14 dagen later Uitslag over uitslagingen waren onopgemerkt. Het was heel goed was. Controle Echo bloedproeven om de 3 maanden Januari

Heel goed verzorgd. Was heel goed bij. Uitslag kamer heel rustig. Je zie wel meer mensen Dr Bolmers ren in maar de rest niet. Je zien er veel.

Over positieve en negatieve momenten

Geef met smileys op de vorige bladzijde bij elk moment aan of u het positief of negatief ervaarde en vul daarna onderstaande vragen in.

Meest positieve moment: Dat uitslag goed was. Waarom ervaarde u dat als meest positieve moment?

Hoe voelde u zich toen? opgelucht.

Hoe hebben mensen/producten/services en/of de omgeving dit moment beïnvloed? Ze hebben het goed gedaan. Na de operatie gerustgesteld. Goed = Goed.

Meest negatieve moment: Uitslag dat je minder heb. Waarom ervaarde u dat als meest negatieve moment?

Hoe voelde u zich toen? Boos. Waarom ik. Al zoveel zorgen. Dit er bij was veel.

Hoe hebben mensen/producten/services en/of de omgeving dit moment beïnvloed? Geen mens neemt + over. Laat een heel gezond oud worden.

Dag 3

Over mijn behandelproces

Uw tijdlijn bestaat uit veel verschillende momenten met verschillende betrokkenen.

Dit zijn alle betrokkenen: Dr. Bolmers. Als u ze allemaal een plaatsje moet geven, waar zouden deze betrokkenen dan staan?

Eigenlijke was het er gewoon tussendoor. "En hoe is het met u?" Medewerking was goed. Mocht een dag langer blijven. Ze sturen je gerust met weg.

Met wie heeft/had u het meeste contact tijdens uw behandeling?

Naam: Funtie: Chirurg. Betrokken omdat: Die heeft me opereerd. Naam: Funtie: Zusters allemaal. Betrokken omdat: Waren goed. Maar ging te snel maar ik reedde me eigen Mn eigen pillen beneden gehaald. Brieft me. Naam: Funtie: Betrokken omdat:

Met wie zou je vaker contact willen hebben? Waarom? Nee en assistent was goed.

Dag 4

Mijn ideale ziekenhuis/behandeling

Als u de baas zou zijn van het Dijklander Ziekenhuis wat zou u dan veranderen in/aan/om het ziekenhuis om uw ervaring positiever te maken? U mag hier natuurlijk ook bij tekenen!

Geen idee. Die meiden werken hard. -> meer geld voor hen, de zuster. Ze benve allemaal even goed. + ging goed zoals het moest. Ik mis + stukkie darm ook niet denk ik.

Dag 5

Over mijn behandelproces

Hier is een tijdlijn weergegeven. Vul deze in met grote momenten uit uw behandelproces. Bijvoorbeeld het eerste onderzoek dat u onderging, dag van de diagnose, de operatie etc.

Geef ook aan wie hierbij betrokken waren. Bijvoorbeeld artsen, verpleegkundigen, familie of anderen

Wanneer 2014

Wat

Betrokkenen

Stoelgang klopte niet
Eerste symptomen

14 dagen

14 dagen

2/3 dagen

10 dagen

Operatie

Stoelgang
Troplopen
dan naar huis

Wanneer 2014

Wat

Betrokkenen

Stoelgang klopte niet
Eerste symptomen

14 dagen

14 dagen

2/3 dagen

10 dagen

Operatie

Stoelgang
Troplopen
dan naar huis

Wanneer 2014

Wat

Betrokkenen

Stoelgang klopte niet
Eerste symptomen

14 dagen

14 dagen

2/3 dagen

10 dagen

Operatie

Stoelgang
Troplopen
dan naar huis

Geef met smileys op de vorige bladzijde bij elk moment aan of u het positief of negatief ervaarde en vul daarna onderstaande vragen in.	
Meest positieve moment: Geen stomie. Goed eten Goed drinken. Hoe voelde u zich toen? Dat zou een goede zijn.	Waarom ervaarde u dat als meest positieve moment? Dat scheelde goede 3 soorten groenten. Hoe hebben mensen/producten/services en/of de omgeving dit moment beïnvloed? Zag in ZH was gewoon top die en die kweekten.
Meest negatieve moment: Jemast op bepaalde manier liggen. Dat was niet vertekt. Hoe voelde u zich toen? Ik kon me overgeven.	Waarom ervaarde u dat als meest negatieve moment? Zwaare rug dus dat was moeilijk. Dat was een dingetje. Hoe hebben mensen/producten/services en/of de omgeving dit moment beïnvloed? Pyntstiller en dat was hof.

Uw tijdlijn bestaat uit veel verschillende momenten met verschillende betrokkenen.

Dit zijn alle betrokkenen:

- Dr. De Waard → *goede uitgang*
- Huissarts → *Nu niet betrokken*
- Natuurgeneeskundige
- Zuster ~~de~~ Ruijter
- Zuster de laeuw
- Dokter in Almere
- Schockers die altijd meegingen
- *lekker naar*
- *familie dat is lekker want*
- *wordt zo goed verteld. Sandra*
- *schrijft alles op.*

Met wie heeft/had u het meeste contact tijdens uw behandeling?

Naam:
Funtie: *Zusters*

Naam:
Funtie: *Donker*

Naam:
Funtie:

Betrokken omdat:

Die noteren alles. De zie je het meest.

Bij dat hij je zo goed geholpen had

Lieve opmerkingen behulpzaam

Met wie zou je vaker contact willen hebben? Waarom?

Zou ik niet weten. Volgende week weer naar

Welk moment in de tijdlijn had de grootste impact op u?
En hoe ziet uw behandelproces er verder uit?

Dit moment had de grootste impact op mij:
Hield rekening met darmkanker.

Omdat?

blij dat er niks ontdekt.
maer wel bang voor
stoma.

In de toekomst zal ik nog naar het ziekenhuis
komen voor deze redenen:

- We zwaaiw belken
- Bloed afwachten
- Ontlasting weer opgestuurd
beoor de hond met
pauze
energie is nog wat
laag

Als u de baas zou zijn van het Dijklander Ziekenhuis wat zou u dan veranderen in/aan/om het
ziekenhuis om uw ervaring positiever te maken?
U mag hier natuurlijk ook bij tekenen!

Ik kan geen minpuntje ontdekken.
Telefoon moet je lang wachten.

Qua medicijnen loopt alles door elkaar, dat is
moeilijk.
Ziekenhuis weet al vanaf 13 juni dat HA over
medicijnen.

Ja zo'n aanspreekpunt is handig dan weet iemand
alles van je.

B.5 Patient 4

Over mijn behandelproces

Hier is een tijdlijn weergegeven. Vul deze in met grote momenten uit uw behandelproces. Bijvoorbeeld het eerste onderzoek dat u onderging, dag van de diagnose, de operatie etc.

Geef ook aan wie hierbij betrokken waren. Bijvoorbeeld artsen, verpleegkundigen, familie of anderen

7 Maart - Huisarts - Ben 71 gebruik geen pillen Brief naar onderzoeker ingeschreven voor hart en vaat ziekte. PH waarde iets te hoog

Wanneer 6-4-2018. Coloscopie - Hier kwam uit endeldarm

3 In overleg eerst 5 bestralingen. Na 1e bestraling opgezet

3 bestraling niet door. 2.7 liter vocht afgetapt. Na 7 weken afgeknikt werd en is door haar ondertekend. Na bestraling

Wat 1e symptomen

Betrokkenen Mijn vrouw en helegerin. goede opvang in ziekenhuis Hoorn. Dr. [redacted] met uitleg en bespreking van stoma e.d.

Dag 2

ch. Was patiënt de. Leter ruim tumor in blaas (goedaardig 9 jaar) (al jaren). Toch afspraak gemaakt voor darm onderzoek.

kanker met uitzaaiing naar lever. Patiënt D. de Waard.

Wt blaas, 2 bestraling urine verlies, aangegeven bij bestralingse

gaf bestralingssarko pas door dat door vergrote prostaat phos

leveroperatie - Daarna endeldarm operatie met teunis

Nu

Over positieve en negatieve momenten

Geef met smileys op de vorige bladzijde bij elk moment aan of u het positief of negatief ervaarde en vul daarna onderstaande vragen in.

Meest positieve moment: Afgespraak de de Waard

Waarom ervaarde u dat als meest positieve moment? Cent blaas van 158 naar 14

Hoe voelde u zich toen? Prima.

Hoe hebben mensen/producten/services en/of de omgeving dit moment beïnvloed?

Dag 3

Meest negatieve moment: Meer uitzaaiingen op de lever en doorverwijzing naar de VU.

Waarom ervaarde u dat als meest negatieve moment?

Hoe voelde u zich toen?

Hoe hebben mensen/producten/services en/of de omgeving dit moment beïnvloed?

Mijn ideale ziekenhuis/behandeling

Welk moment in de tijdlijn had de grootste impact op u? En hoe ziet uw behandelproces er verder uit?

Dit moment had de grootste impact op mij: Constatering van kanker

In de toekomst zal ik nog naar het ziekenhuis komen voor deze redenen: Onzeker

Omdat? Het feit er ligt en je moet door.

Ben geopereerd in Hoorn en in de VU. Aldam

Dag 4

Met wie heeft/had u het meeste contact tijdens uw behandeling?

Naam: [redacted] Funtie: Chirurg Hoorn Betrokken omdat: Hele behandeling

Naam: [redacted] Funtie: Betrokken omdat:

Naam: [redacted] Funtie: Chirurg VU. Betrokken omdat: 2e Lever operatie

Met wie zou je vaker contact willen hebben? Waarom?

Mijn ideale ziekenhuis/behandeling

Als u de baas zou zijn van het Dijklander Ziekenhuis wat zou u dan veranderen in/aan/om het ziekenhuis om uw ervaring positiever te maken? U mag hier natuurlijk ook bij tekenen!

Hoorn heb ik heel positief ondervonden. Help en vriendelijkheid van iedereen. Directeur

Vu ook positief, grootschaliger, maar ook vriendelijk afspraken afwachtend.

Dag 5

B.6 Patient 5

Over mijn behandelproces

Hier is een tijdlijn weergegeven. Vul deze in met grote momenten uit uw behandelproces. Bijvoorbeeld het eerste onderzoek dat u onderging, dag van de diagnose, de operatie etc.

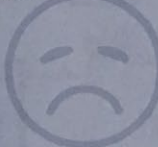
Geef ook aan wie hierbij betrokken waren. Bijvoorbeeld artsen, verpleegkundigen, familie of anderen

Wanneer: 7-1-2019, 9-1-2019, 11-1-2019, 18-1-2019, 22-1-2019, 24-1-19, 28-1-19

Wat: *Eerste symptomen*
 knobbeldild best, mammografie, gesprek chirurg, marker plaatsen + MRI, afspraak radiotherapie VU, oncolog, 1ste chemo

Betrokkenen: huisarts, afd. radiologie, dr. Govaert, afd. radiologie, VU, dr. vd Heiligenberg, dagbehandeling

Emoties: (Red sad face), (Green happy face), (Yellow sad face), (Red sad face)

Over positieve en negatieve momenten		Over positieve en negatieve momenten	
Geef met smileys op de vorige bladzijde bij elk moment aan of u het positief of negatiefervaarde en vul daarna onderstaande vragen in.		Geef met smileys op de vorige bladzijde bij elk moment aan of u het positief of negatiefervaarde en vul daarna onderstaande vragen in.	
Meest positieve moment: Het moment dat de oncoloog aangaf dat de borstkanker niet meer te voelen was	Waarom ervaarde u dat als meest positieve moment? Dit moment gaf aan dat de kemo niet voor niks was	Meest negatieve moment: Het moment dat de van de oncoloog hoorden dat de kemo een zeer kwaadaardige soort is	Waarom ervaarde u dat als meest negatieve moment? Zie antwoord links
Hoe voelde u zich toen? Heel blij en positief gestemd		Hoe voelde u zich toen? Aangeslagen, ik had het gevoel dat het een kwestie van aftellen was	
Hoe hebben mensen/producten/services en/of de omgeving dit moment beïnvloed? Mensen reageerden met mij/ons, heel enthousiast		Hoe hebben mensen/producten/services en/of de omgeving dit moment beïnvloed? geschrokken	

Over mijn behandelproces

Uw tijdlijn bestaat uit veel verschillende momenten met verschillende betrokkenen.

Dit zijn alle betrokkenen:

- huisarts
- radiooloog
- chirurg
- oncoloog
- dagbehandeling
- oncologisch verpleeg
- knoelg
- SEH
- radiologisch centrum VU

Als u ze allemaal een plaatsje moet geven, waar zouden deze betrokkenen dan staan?

Dag 4

Met wie heeft/had u het meeste contact tijdens uw behandeling?

Naam: [REDACTED]
Functie: *Heelzorgbege*

Naam: [REDACTED]
Functie: *oncologisch verpleegkundige*

Naam: [REDACTED]
Functie: [REDACTED]

Betrokken omdat:

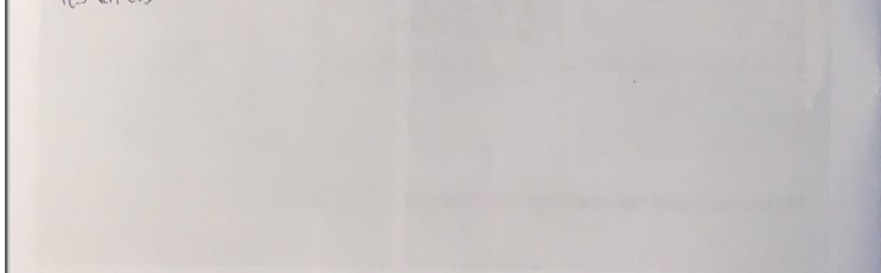
De behandelend arts is.

Betrokken omdat:

*Bepalingen bloedclausen
vel/niet chemo*

Betrokken omdat:

Met wie zou je vaker contact willen hebben? Waarom?

Mijn ideale ziekenhuis/behandeling	Mijn ideale ziekenhuis/behandeling Dag 5
Welk moment in de tijdlijn had de grootste impact op u? En hoe ziet uw behandelproces er verder uit?	Als u de baas zou zijn van het Dijklander Ziekenhuis wat zou u dan veranderen in/aan/om het ziekenhuis om uw ervaring positiever te maken? U mag hier natuurlijk ook bij tekenen!
Dit moment had de grootste impact op mij: <i>Ziekenhuispraktijk</i>	In de toekomst zal ik nog naar het ziekenhuis komen voor deze redenen: <i>Voor elke reden die noodzakelijk is</i>
Omdat? <i>RS virus</i>	<i>N.V.T</i>
	

B.7 Executing the Patients study

Generative sessions and analysing

In order to transform the data out of interviews, booklets and generative session into useful knowledge an analysing process was needed. The useful knowledge is depicted in a patient journey and a patient support matrix. This paragraph describes the steps taken from data to information to knowledge. This is needed to bridge from research to design according to Sanders & Stappers (2012).

Booklets, interviews and generative session

The participants were asked to fill in the booklets. This was done in a way that can be seen as both positive and negative: To really gain respect and willingness of the participants to put effort in this kind of research, the booklets were handed out face to face. However, this was misunderstood by one participant which leads to a combined interview and filling in the booklet at the same time. Then the errors accumulated and so it happened that finally the interviewr and the interviewee filled in the booklet together. Despite the made mistakes, most of the information was useful in further research.

The booklets opened interesting starting points for interview questions. With one participant there was no opportunity to meet in reallife so an emailconversation was started to ask questions afterwards.

The generative session was the most fruitful part of the research activities. Here an extensive toolkit was used and resulted in a conversation with many insights.

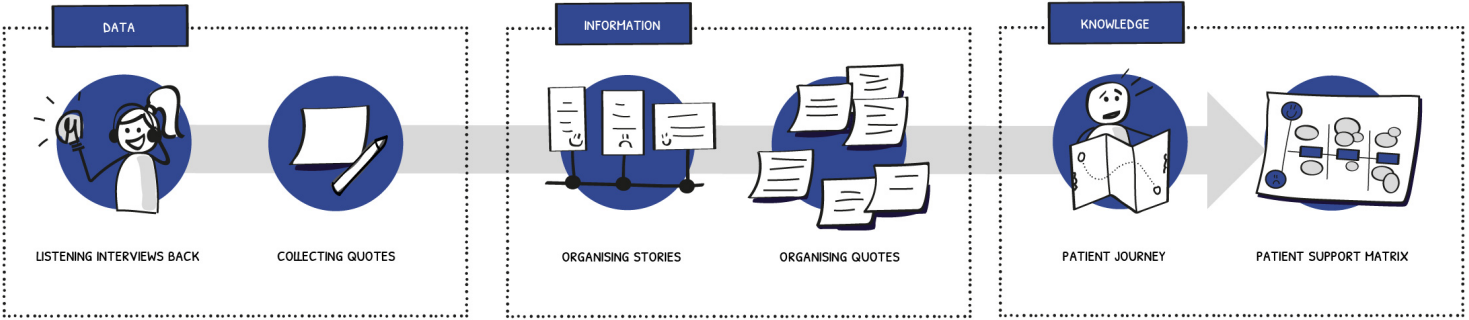


Figure XX: How the data out of interviews, booklets and the generative session is transformed into knowledge

Photo's

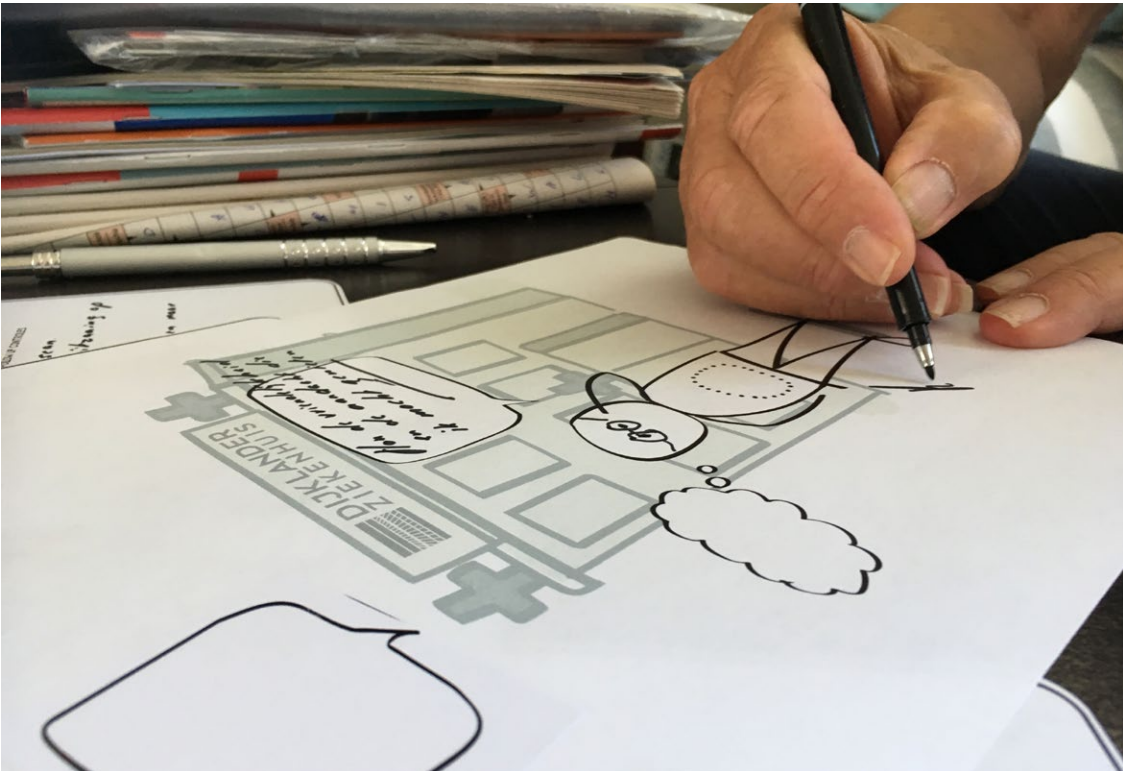
Some photo's were mad during the interviews and sessions. Those photo's are given on the right page. In the right corner a big failure is visible. the patient asked me to fill in the booklet.

Data to information

The first interpretation of data was done in the first round of analysing. The audio recordings, together with the notes during the interviews and the 'make' output of the participants in booklets formed the raw data, this data was transformed into information by a first interpretation round: Quotes were filtered out and collected on postits. The stories of the patients were linked together.

Information to knowledge

The second interpretation was done by sorting the information into categories, patterns and models (Sanders & Stappers, 2012). The stories of the participants were organised in a time sequence, combined with the emotions (happy, desperate, unhappy) and part of the quotes. Furthermore the other quotes were sorted by subject and emotion (positive or negative). This was all done by analysing on the wall (see page XX for a picture). The output is visualised in a patient journey (page XX) and a patient support matrix (page XX).



B.8 Organising patient insights

For nurses and specialists

Processing all insights was a time-consuming activity. In this Appendix, there is described what is done to come up with useful insights which can be used throughout the project.

Collecting and organising quotes

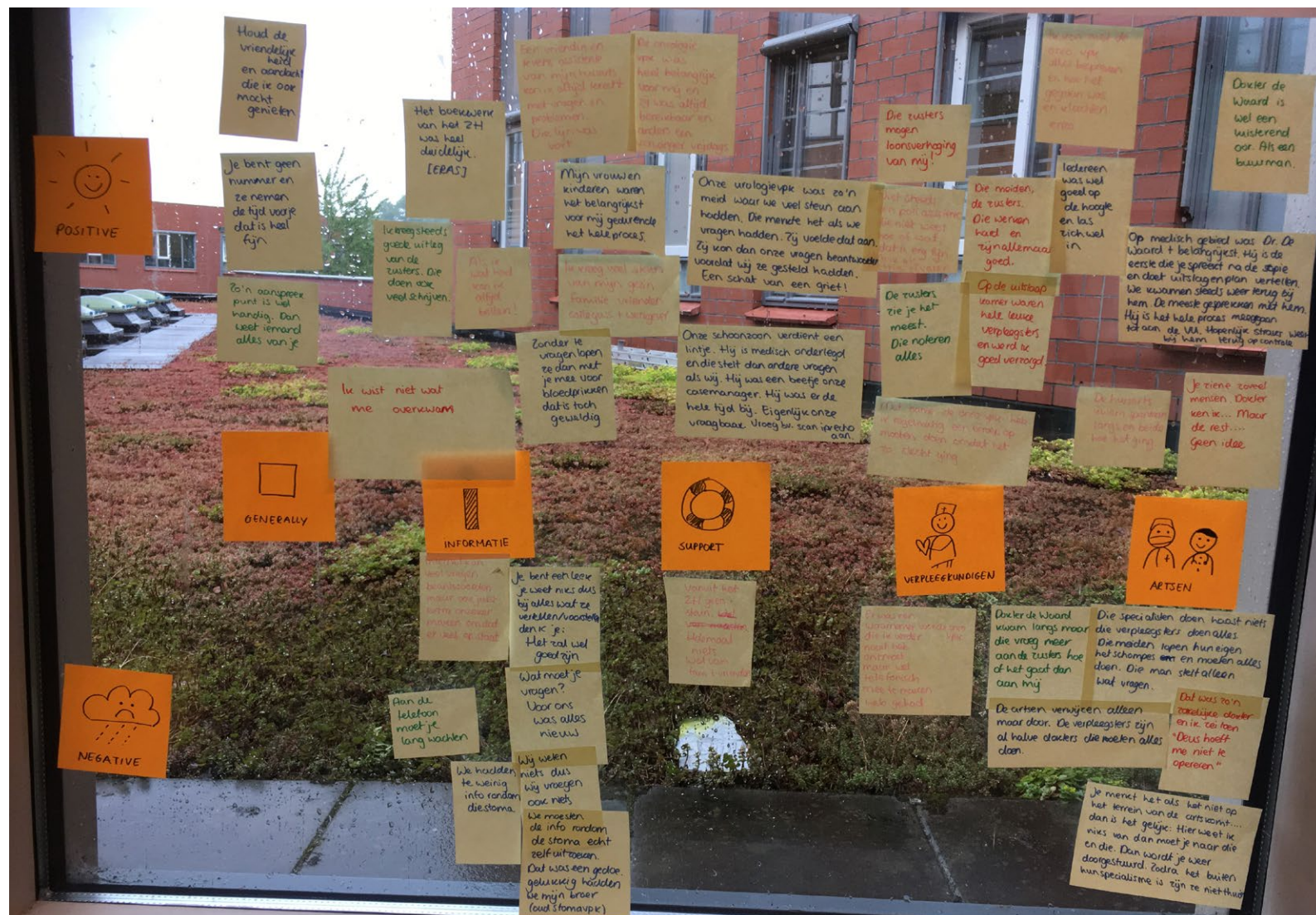
Quotes out of the interviews, booklets and sessions were collected on post its. With colors there was made distinction in origin of the quote.

The postits enabled it to play around and organise them. Quickly became clear that there were different kind of topics. Sometimes related to the care process. Kind of time sequencing. Sometimes they were related to the information and support provision in general.

Therefore the quotes were collected in two different windows as shown in the pictures.

Those two windows were used to make an information provision matrix and the patient journey and finally drawing conclusions out of it.

Sidenote: Action is nice for buying cheap stuff. However, the pink marker didn't stay for a long time. When I came back from holidays the pink notes were barely visible...





Coding process
Workspace
Jolien Heddes (Hoon)

Appendix

C

DESIGNING A NEW CARE PATHWAY

C.1: Discovering a modular system

C.2: Testing the Care Pathway

C.1 Discovering a modular system

Chirurg

First I stuck various A4 papers together and I tried to cover the process in one linear care pathway. It quickly became clear that I had to cut the papers again... I needed different 'modules' to play around with the sequencing of the care pathway. So I started again with diffent sheets of paper, for every 'discipline' one. With my self designed sticker set I made clear all different steps on postits. In that way it was possible to play around with all steps. In the first version which is showed on the pictures was useful to do a quick check with caregivers whether or not the process will work.

The postits made it easy for them to stick them in another sequence etc. However in this first concept, there was no clear 'bridge'. It became clear that the desire was to have an MDO after each step. That was a sign to me to create a 'bridge' which made it possible to shuffle all modules without missing important steps in the care process. And so the idea for a puzzle pieces care pathway was born.

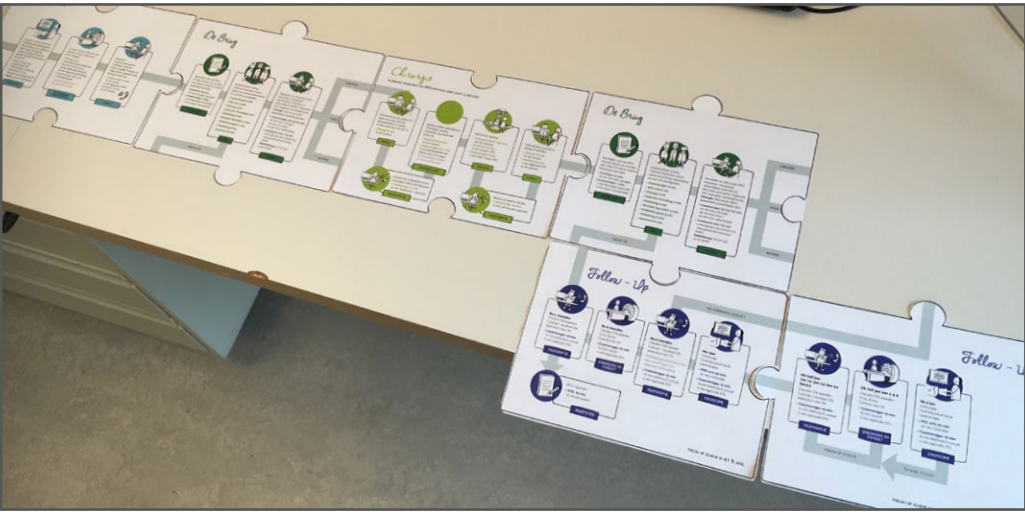


C.2 Testing the care pathway

The care pathway was tested several times. The puzzle pieces were attractive and people recognise them very easily.

In the first round it became clear that there were some failures. For example: not continuous lines and bulges and notches at wrong places.

In the later sessions there was more focussed on the content and it became clear that this could be used as format but the teams themselves have to elaborate them in a very detailed way.





Appendix

D

THE BUSINESSCASE

D.1: Dijklander Metro

D.2: Calculations OLD Care Pathway

D.3: Calculations NEW Care Pathway

D.1 Dijklander Metro

Reading the Dijklandermetro map

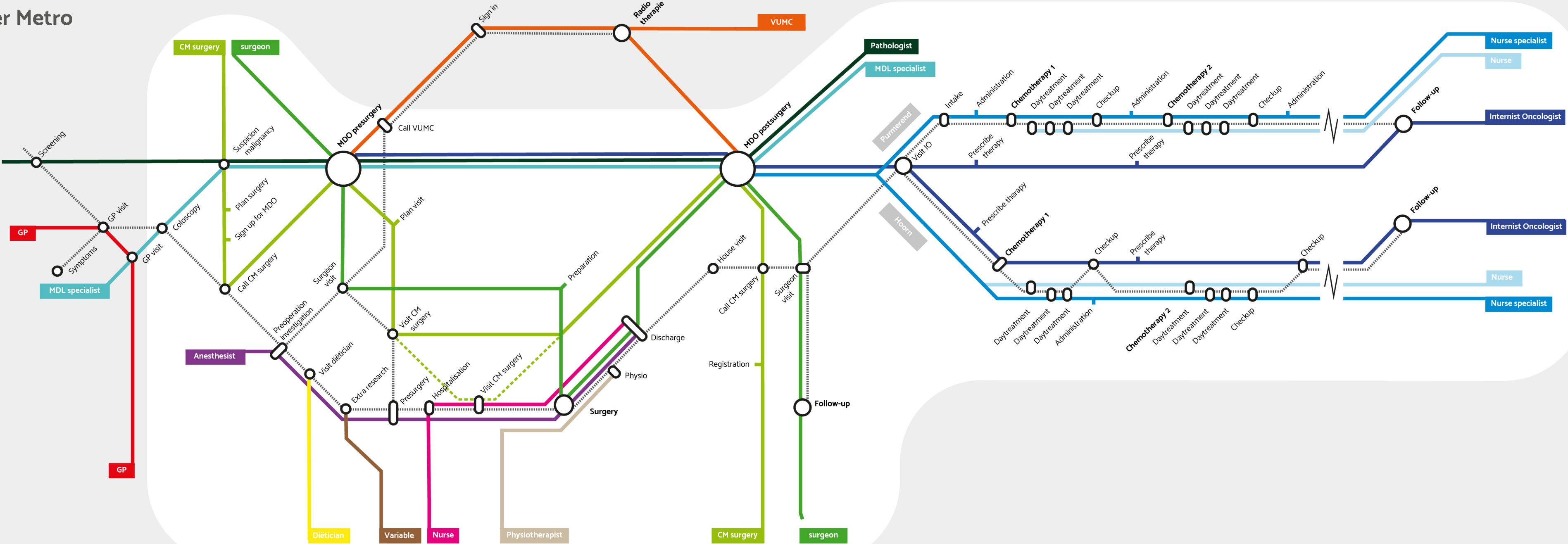
This Dijklandermetro map visualises the patient journey (the gray dotted line) through the most common treatment process of a coloncarcinoma. In case of a coloncarcinoma the journey starts at the left side with entering the treatment process by recognising symptoms or participating the national screening. From that moment, the patient is hopping from appointment to appointment with different caregivers, every appointment is visualised as a station.

Usually first the surgery (green lines) takes place, after which in some cases the treatment is continued with an adjuvant treatment like chemotherapy (blue lines). In case of a rectum carcinoma, radiotherapy (orange line) is a possibility. More about different treatment options is described in paragraph 5.5.

All caregivers mainly communicate with each other by discussing patients during an MDO.

Cilo division

There is a clear cilo division visible in the network. Different phases within the treatment process are totally seperated from eachother. First patients go through the 'green' surgeon 'cilo' after which they enter the 'blue' internal 'cilo' for adjuvant treatment.



D.2 Calculations OLD care pathway

▼ Diagnostiek

> aantalbelletjesdiagnostiek := adhocdiag·10·CMChirurgie; aantalbelletjesdiagnostiek := 10 adhocdiag CMChirurgie	(1.1)
> telconsult1 := 10·CMChirurgie; aanmeldenMDO := 5·CMChirurgie; voorbereidingMDO := 10·CMChirurgie; MDO := 5·Chirurg + 5 CMChirurgie + 5·InternistOncoloog + 5·VPS + 5·AUMC; telconsult1 := 10 CMChirurgie aanmeldenMDO := 5 CMChirurgie voorbereidingMDO := 10 CMChirurgie MDO := 5 Chirurg + 5 CMChirurgie + 5 InternistOncoloog + 5 VPS + 5 AUMC	(1.2)
> diagnostiek := telconsult1 + aanmeldenMDO + voorbereidingMDO + MDO + aantalbelletjesdiagnostiek; diagnostiek := 10 adhocdiag CMChirurgie + 5 AUMC + 5 Chirurg + 5 VPS + 30 CMChirurgie + 5 InternistOncoloog	(1.3)
> evalf (diagnostiek) 10. adhocdiag CMChirurgie + 5. AUMC + 5. Chirurg + 5. VPS + 30. CMChirurgie + 5. InternistOncoloog	(1.4)

▼ Chirurgie

> inplannenoperatie := 5·CMChirurgie; intakeMS := 20·Chirurg; intakeVPK := 60·CMChirurgie; operatie := 150·Chirurg; telconsult2 := 5·CMChirurgie; controleMS := 5·Chirurg; registratie := 25·CMChirurgie; belletjeschirurgie := (5 + 5)·Adhocbelletjeschirurgie·CMChirurgie; inplannenoperatie := 5 CMChirurgie intakeMS := 20 Chirurg intakeVPK := 60 CMChirurgie operatie := 150 Chirurg telconsult2 := 5 CMChirurgie controleMS := 5 Chirurg registratie := 25 CMChirurgie belletjeschirurgie := 10 Adhocbelletjeschirurgie CMChirurgie	(2.1)
> chirurgie := inplannenoperatie + intakeMS + 1· voorbereidingMDO + 1· MDO + intakeVPK + operatie + telconsult2 + controleMS + registratie + 1· voorbereidingMDO + 1· MDO + belletjeschirurgie; chirurgie := 10 Adhocbelletjeschirurgie CMChirurgie + 10 AUMC + 185 Chirurg + 10 VPS + 125 CMChirurgie + 10 InternistOncoloog	(2.2)

▼ Systematische therapie:

> intakeIO := 20·InternistOncoloog; intakeVPS := 60·VPS; voorlichting := 60·VPKdagbehandeling; kuurvoorschrijven := 5·InternistOncoloog; kuurconsulten := Aantalkuren·(15·VPS + 2·30·VPKdagbehandeling); belletjesintern := (5 + 5)·Adhocbelletjesintern·VPS; intakeIO := 20 InternistOncoloog intakeVPS := 60 VPS voorlichting := 60 VPKdagbehandeling kuurvoorschrijven := 5 InternistOncoloog kuurconsulten := Aantalkuren (15 VPS + 60 VPKdagbehandeling) belletjesintern := 10 Adhocbelletjesintern VPS	(3.1)
> systemischetherapie := intakeIO + intakeVPS + voorlichting + kuurvoorschrijven + kuurconsulten + belletjesintern + 1 · voorbereidingMDO + 1· MDO; systemischetherapie := 30 InternistOncoloog + 65 VPS + 60 VPKdagbehandeling + Aantalkuren (15 VPS + 60 VPKdagbehandeling) + 10 Adhocbelletjesintern VPS + 15 CMChirurgie + 5 Chirurg + 5 AUMC	(3.2)

▼ Radiotherapie

> doorverwijzing := 5·CMChirurgie; telconsultradio := 5·AUMC; radiotherapie := Aantalradiotherapie·(10·AUMC); terugkoppeling := 5·AUMC; doorverwijzing := 5 CMChirurgie telconsultradio := 5 AUMC radiotherapie := 10 Aantalradiotherapie AUMC terugkoppeling := 5 AUMC	(4.1)
> radiotherapie := doorverwijzing + voorbereidingMDO + MDO; radiotherapie := 20 CMChirurgie + 5 Chirurg + 5 InternistOncoloog + 5 VPS + 5 AUMC	(4.2)

▼ Follow-up:

> j1ChiIO := 2·10·Chirurg + 2·10·InternistOncoloog; j2ChiIO := 10·Chirurg + 10·InternistOncoloog; j1Chi := 4·10 Chirurg j2Chi := 2·10 Chirurg j1IO := 4·10·InternistOncoloog; j2IO := 2·10·InternistOncoloog; j1ChiIO := 20 Chirurg + 20 InternistOncoloog j2ChiIO := 10 Chirurg + 10 InternistOncoloog j1Chi := 40 Chirurg j2Chi := 20 Chirurg j1IO := 40 InternistOncoloog j2IO := 20 InternistOncoloog	(5.1)
> FollowUpChiIO := j1ChiIO + 4·j2ChiIO; FollowUpChi := j1Chi + 4·j2Chi; FollowUpIO := j1IO + 4·j2IO; FollowUpChiIO := 60 Chirurg + 60 InternistOncoloog FollowUpChi := 120 Chirurg FollowUpIO := 120 InternistOncoloog	(5.2)

▼ Per behandeling

▼ Rekenvariabelen:

> Adhocbelletjeschirurgie := 1; Aantalkuren := 10; Adhocbelletjesintern := 10; Aantalradiotherapie := 2; adhocdiag := 2; Adhocbelletjeschirurgie := 1 Aantalkuren := 10 Adhocbelletjesintern := 10 Aantalradiotherapie := 2 adhocdiag := 2	(6.1.1)
> patientenChi := $\frac{329}{3}$; patientenChiSyst := $\frac{172}{3}$; patientenChiRadio := $\frac{86}{3}$; patientenSyst := $\frac{101}{3}$;	

patientenRadio := $\frac{33}{3}$; patientenSystRadio := $\frac{5}{3}$; patientenChiSystRadio := $\frac{41}{3}$; patientenChi := $\frac{329}{3}$ patientenChiSyst := $\frac{172}{3}$ patientenChiRadio := $\frac{86}{3}$ patientenSyst := $\frac{101}{3}$ patientenRadio := 11 patientenSystRadio := $\frac{5}{3}$ patientenChiSystRadio := $\frac{41}{3}$	(6.1.2)
--	---------

▼ Alleen chirurgie:

> Chirurgieperpatient := diagnostiek + chirurgie + FollowUpChi; Chirurgieperpatientinuren := $\frac{\text{Chirurgieperpatient}}{60}$; Chirurgietotaalperjaar := patientenChi·Chirurgieperpatientinuren; Chirurgieperpatient := 15 AUMC + 310 Chirurg + 15 VPS + 185 CMChirurgie + 15 InternistOncoloog Chirurgieperpatientinuren := $\frac{\text{AUMC}}{4} + \frac{31 \text{ Chirurg}}{6} + \frac{\text{VPS}}{4} + \frac{37 \text{ CMChirurgie}}{12} + \frac{\text{InternistOncoloog}}{4}$ Chirurgietotaalperjaar := $\frac{329 \text{ AUMC}}{12} + \frac{10199 \text{ Chirurg}}{18} + \frac{329 \text{ VPS}}{12} + \frac{12173 \text{ CMChirurgie}}{36} + \frac{329 \text{ InternistOncoloog}}{12}$	(6.2.1)
> evalf (Chirurgieperpatientinuren, 3); evalf (Chirurgietotaalperjaar, 3); 0.250 AUMC + 5.17 Chirurg + 0.250 VPS + 3.08 CMChirurgie + 0.250 InternistOncoloog 27.4 AUMC + 567. Chirurg + 27.4 VPS + 338. CMChirurgie + 27.4 InternistOncoloog	(6.2.2)

Alleen systematische therapy:

SystRadioperpatient := diagnostiek + systematischetherapie + FollowUpIO;

Systematischtotalperjaar := $\frac{1}{60}$ (patientenSyst·Systematischperpatient);

Systematischperpatient := 10 AUMC + 10 Chirurg + 320 VPS + 65 CMChirurgie + 155 InternistOncoloog + 660 VPKdagbehandeling

Systematischtotalperjaar := $\frac{101 \text{ AUMC}}{18} + \frac{101 \text{ Chirurg}}{18} + \frac{1616 \text{ VPS}}{9} + \frac{1313 \text{ CMChirurgie}}{36} + \frac{3131 \text{ InternistOncoloog}}{36} + \frac{1111 \text{ VPKdagbehandeling}}{3}$ (6.3.1)

evalf (Systematischtotalperjaar, 3);

5.61 AUMC + 5.61 Chirurg + 180. VPS + 36.5 CMChirurgie + 87.0 InternistOncoloog + 370. VPKdagbehandeling (6.3.2)

Chirurgie +systematische therapie:

ChirurgieSystperpatient := diagnostiek + chirurgie + systematischetherapie + FollowUpChiIO;

ChirurgieSysttotalperjaar := $\frac{1}{60}$ (patientenChiSyst·ChirurgieSystperpatient);

ChirurgieSystperpatient := 20 AUMC + 255 Chirurg + 330 VPS + 200 CMChirurgie + 105 InternistOncoloog + 660 VPKdagbehandeling

ChirurgieSysttotalperjaar := $\frac{172 \text{ AUMC}}{9} + \frac{731 \text{ Chirurg}}{3} + \frac{946 \text{ VPS}}{3} + \frac{1720 \text{ CMChirurgie}}{9} + \frac{301 \text{ InternistOncoloog}}{3} + \frac{1892 \text{ VPKdagbehandeling}}{3}$ (6.4.1)

evalf (ChirurgieSysttotalperjaar, 3);

19.1 AUMC + 244. Chirurg + 315. VPS + 191. CMChirurgie + 100. InternistOncoloog + 631. VPKdagbehandeling (6.4.2)

Alleen radiotherapie:

Radiotherapieperpatient := diagnostiek + radiotherapie;

Radiotherapietotalperjaar := $\frac{1}{60}$ (Radiotherapieperpatient·patientenRadio);

Radiotherapieperpatient := 10 AUMC + 10 Chirurg + 10 VPS + 70 CMChirurgie + 10 InternistOncoloog

Radiotherapietotalperjaar := $\frac{11 \text{ AUMC}}{6} + \frac{11 \text{ Chirurg}}{6} + \frac{11 \text{ VPS}}{6} + \frac{77 \text{ CMChirurgie}}{6} + \frac{11 \text{ InternistOncoloog}}{6}$ (6.5.1)

evalf (Radiotherapietotalperjaar, 3);

1.83 AUMC + 1.83 Chirurg + 1.83 VPS + 12.8 CMChirurgie + 1.83 InternistOncoloog (6.5.2)

Chirurgie+radiotherapie:

ChirurgieRadioperpatient := diagnostiek + chirurgie + radiotherapie + FollowUpChi

ChirurgieRadioperjaar := $\frac{1}{60}$ (patientenChiRadio·ChirurgieRadioperpatient);

ChirurgieRadioperpatient := 20 AUMC + 315 Chirurg + 20 VPS + 205 CMChirurgie + 20 InternistOncoloog

ChirurgieRadioperjaar := $\frac{86 \text{ AUMC}}{9} + \frac{301 \text{ Chirurg}}{2} + \frac{86 \text{ VPS}}{9} + \frac{1763 \text{ CMChirurgie}}{18} + \frac{86 \text{ InternistOncoloog}}{9}$ (6.6.1)

evalf (ChirurgieRadioperjaar, 3);

9.56 AUMC + 150. Chirurg + 9.56 VPS + 97.9 CMChirurgie + 9.56 InternistOncoloog (6.6.2)

Systematische therapie + radiotherapie:

SystRadioperpatient := diagnostiek + systematischetherapie + radiotherapie + FollowUpIO;

SystRadioperjaar := $\frac{1}{60}$ (patientenSystRadio·SystRadioperpatient);

SystRadioperpatient := 15 AUMC + 15 Chirurg + 325 VPS + 85 CMChirurgie + 160 InternistOncoloog + 660 VPKdagbehandeling

SystRadioperjaar := $\frac{5 \text{ AUMC}}{12} + \frac{5 \text{ Chirurg}}{12} + \frac{325 \text{ VPS}}{36} + \frac{85 \text{ CMChirurgie}}{36} + \frac{40 \text{ InternistOncoloog}}{9} + \frac{55 \text{ VPKdagbehandeling}}{3}$ (6.7.1)

evalf (SystRadioperjaar, 3);

0.417 AUMC + 0.417 Chirurg + 9.03 VPS + 2.36 CMChirurgie + 4.44 InternistOncoloog + 18.3 VPKdagbehandeling (6.7.2)

Chirurgie + systematische therapie + radiotherapie:

ChiSystRadioperpatient := diagnostiek + chirurgie + systematischetherapie + radiotherapie + FollowUpChiIO;

ChiSystRadioperjaar := $\frac{1}{60}$ (patientenChiSystRadio·ChiSystRadioperpatient);

ChiSystRadioperpatient := 25 AUMC + 260 Chirurg + 335 VPS + 220 CMChirurgie + 110 InternistOncoloog + 660 VPKdagbehandeling

ChiSystRadioperjaar := $\frac{205 \text{ AUMC}}{36} + \frac{533 \text{ Chirurg}}{9} + \frac{2747 \text{ VPS}}{36} + \frac{451 \text{ CMChirurgie}}{9} + \frac{451 \text{ InternistOncoloog}}{18} + \frac{451 \text{ VPKdagbehandeling}}{3}$ (6.8.1)

evalf (SystRadioperjaar, 3);

0.417 AUMC + 0.417 Chirurg + 9.03 VPS + 2.36 CMChirurgie + 4.44 InternistOncoloog + 18.3 VPKdagbehandeling (6.8.2)

Totalen

totalperpatient := Chirurgieperpatient + Systematischperpatient + ChirurgieSystperpatient + Radiotherapieperpatient + ChirurgieRadioperpatient + SystRadioperpatient + ChiSystRadioperpatient;

totalperpatient := 2640 VPKdagbehandeling + 115 AUMC + 1355 VPS + 1175 Chirurg + 575 InternistOncoloog + 1030 CMChirurgie (7.1)

totalperjaar := Chirurgietotalperjaar + Systematischtotalperjaar + ChirurgieSysttotalperjaar + Radiotherapietotalperjaar + ChirurgieRadioperjaar + SystRadioperjaar + ChiSystRadioperjaar;

totalperjaar := $\frac{3509 \text{ VPKdagbehandeling}}{3} + \frac{2507 \text{ AUMC}}{36} + \frac{22285 \text{ VPS}}{36} + \frac{37003 \text{ Chirurg}}{36} + \frac{4601 \text{ InternistOncoloog}}{18} + \frac{26243 \text{ CMChirurgie}}{36}$ (7.2)

totalBILLABLE := $\frac{\text{totalperjaar}}{1706}$;

totalBILLABLE := $\frac{3509 \text{ VPKdagbehandeling}}{5118} + \frac{2507 \text{ AUMC}}{61416} + \frac{22285 \text{ VPS}}{61416} + \frac{37003 \text{ Chirurg}}{61416} + \frac{4601 \text{ InternistOncoloog}}{30708} + \frac{26243 \text{ CMChirurgie}}{61416}$ (7.3)

evalf (totalperjaar, 4);

evalf (totalBILLABLE, 2);

1170. VPKdagbehandeling + 69.64 AUMC + 619.0 VPS + 1028. Chirurg + 255.6 InternistOncoloog + 729.0 CMChirurgie + 0.69 VPKdagbehandeling + 0.041 AUMC + 0.36 VPS + 0.60 Chirurg + 0.15 InternistOncoloog + 0.43 CMChirurgie (7.4)

D.3 Calculations NEW care pathway

Brug

tandemconsult := 60·VPS + 15·Chirurg + 70·assistent;

Brugconsultt := 20·VPS + 5·assistent;

Brugconsultpreop := 20·VPS + 15·assistent;

Brugconsultprerad := 20·VPS + 15·assistent;

Brugconsultpresys := 45·VPS + 5·assistent;

aanmeldenMDO := 2·VPS + 10·assistent;

MDO := 5·Chirurg + 5·InternistOncoloog + 5·VPS + 5·AUMC + 5·MDL;

tandemconsult := 60 VPS + 15 Chirurg + 70 assistent

Brugconsultt := 20 VPS + 5 assistent

Brugconsultpreop := 20 VPS + 15 assistent

Brugconsultprerad := 20 VPS + 15 assistent

Brugconsultpresys := 45 VPS + 5 assistent

aanmeldenMDO := 2 VPS + 10 assistent

MDO := 5 Chirurg + 5 InternistOncoloog + 5 VPS + 5 AUMC + 5 MDL (1.1)

brugpreop := tandemconsult + aanmeldenMDO + MDO + Brugconsultpreop;

brugprerad := Brugconsultt + aanmeldenMDO + MDO + Brugconsultprerad;

brugpresys := Brugconsultt + aanmeldenMDO + MDO + Brugconsultpresys;

brugprefu := Brugconsultt + aanmeldenMDO + MDO;

brugpreop := 87 VPS + 20 Chirurg + 95 assistent + 5 InternistOncoloog + 5 AUMC + 5 MDL

brugprerad := 47 VPS + 30 assistent + 5 Chirurg + 5 InternistOncoloog + 5 AUMC + 5 MDL

brugpresys := 72 VPS + 20 assistent + 5 Chirurg + 5 InternistOncoloog + 5 AUMC + 5 MDL

brugprefu := 27 VPS + 15 assistent + 5 Chirurg + 5 InternistOncoloog + 5 AUMC + 5 MDL (1.2)

Diagnostiek

aantaltelefoontjesdiagnostiek := 2;

aantaltelefoontjesdiagnostiek := 2 (2.1)

coloscopie := 35·MDL + 10·assistent;

diagnostiekconsult := 25·assistent + (5 + 5)·aantaltelefoontjesdiagnostiek·VPS;

coloscopie := 35 MDL + 10 assistent

diagnostiekconsult := 25 assistent + 20 VPS (2.2)

diagnostiek := coloscopie + diagnostiekconsult;

diagnostiek := 35 MDL + 35 assistent + 20 VPS (2.3)

evalf (diagnostiek)

35. MDL + 35. assistent + 20. VPS (2.4)

Chirurgie

adhocbelletjeschirurgie := 1;

adhocbelletjeschirurgie := 1 (3.1)

telconsultchi := 10·VPS;

belletjeschirurgie := (5 + 5)·adhocbelletjeschirurgie·VPS;

surgery := 150·Chirurg + 10·assistent + 5·VPS;

uitslagChi := 10·Chirurg + 10·assistent;

telconsultchi := 10 VPS

belletjeschirurgie := 10 VPS

surgery := 150 Chirurg + 10 assistent + 5 VPS

uitslagChi := 10 Chirurg + 10 assistent (3.2)

chirurgie := telconsultchi + belletjeschirurgie + surgery + uitslagChi;

chirurgie := 25 VPS + 160 Chirurg + 20 assistent (3.3)

aantaltherapycycli := 10;

adhocbelletjesintern := 7;

adhocbelletjesintern := 7 (4.1)

decisionconsultsys := 15·InternistOncoloog + 10·assistent;

informatieconsultsys := 60·vpk + 30·assistent;

therapycyclus := (aantaltherapycycli)·(30·vpk + 15·VPS + 10·assistent);

belletjesintern := adhocbelletjesintern·10·VPS;

decisionconsultsys := 15 InternistOncoloog + 10 assistent

informatieconsultsys := 60 vpk + 30 assistent

therapycyclus := 300 vpk + 150 VPS + 100 assistent

belletjesintern := 70 VPS (4.2)

systematischetherapie := decisionconsultsys + informatieconsultsys + therapycyclus + belletjesintern;

systematischetherapie := 15 InternistOncoloog + 140 assistent + 360 vpk + 220 VPS (4.3)

Radiotherapie

```
> adhocbelletjesradio := t;
> checkradio := 2 · VPS;
  belletjesradio := adhocbelletjesradio-10 · VPS;
> radiotherapie := 2 · VPS + belletjesradio;
```

$adhocbelletjesradio := 1$

$belletjesradio := 10 \text{ VPS}$

$radiotherapie := 12 \text{ VPS}$

(5.1)

(5.2)

(5.3)

Follow-up:

```
> j1 := 4 · 20 · VPS;
  j2 := 2 · 20 · VPS;
  registratie := 25 · IKNL;
> FollowUp := 1 · j1 + 4 · j2 + registratie;
```

$j1 := 80 \text{ VPS}$

$j2 := 40 \text{ VPS}$

$registratie := 25 \text{ IKNL}$

$FollowUp := 240 \text{ VPS} + 25 \text{ IKNL}$

(6.1)

(6.2)

Per behandeling

Rekenvariabelen:

```
> patientenChi :=  $\frac{329}{3}$ ;
  patientenChiSyst :=  $\frac{172}{3}$ ;
  patientenChiRadio :=  $\frac{86}{3}$ ;
  patientenSyst :=  $\frac{101}{3}$ ;
  patientenRadio :=  $\frac{33}{3}$ ;
  patientenSystRadio :=  $\frac{5}{3}$ ;
  patientenChiSystRadio :=  $\frac{41}{3}$ ;
```

$patientenChi := \frac{329}{3}$

$patientenChiSyst := \frac{172}{3}$

$patientenChiRadio := \frac{86}{3}$

$9.56 \text{ AUMC} + 150. \text{ Chirurg} + 9.56 \text{ VPS} + 97.9 \text{ CMChirurgie} + 9.56 \text{ InternistOncoloog}$

(6.6.2)

$patientenSyst := \frac{101}{3}$

$patientenRadio := 11$

$patientenSystRadio := \frac{5}{3}$

$patientenChiSystRadio := \frac{41}{3}$

(7.1.1)

Alleen chirurgie:

```
> Chirurgieperpatient := diagnostiek + brugpreop + chirurgie + brugprefu + FollowUp;
  Chirurgieperpatientinuren :=  $\frac{\text{Chirurgieperpatient}}{60}$ ;
  Chirurgietotaalperjaar := patientenChi · Chirurgieperpatientinuren;
```

$\text{Chirurgieperpatient} := 45 \text{ MDL} + 165 \text{ assistent} + 399 \text{ VPS} + 185 \text{ Chirurg} + 10 \text{ InternistOncoloog} + 10 \text{ AUMC} + 25 \text{ IKNL}$

$\text{Chirurgieperpatientinuren} := \frac{3 \text{ MDL}}{4} + \frac{11 \text{ assistent}}{4} + \frac{133 \text{ VPS}}{20} + \frac{37 \text{ Chirurg}}{12} + \frac{\text{InternistOncoloog}}{6} + \frac{\text{AUMC}}{6}$

$+ \frac{5 \text{ IKNL}}{12}$

$\text{Chirurgietotaalperjaar} := \frac{329 \text{ MDL}}{4} + \frac{3619 \text{ assistent}}{12} + \frac{43757 \text{ VPS}}{60} + \frac{12173 \text{ Chirurg}}{36} + \frac{329 \text{ InternistOncoloog}}{18}$

(7.2.1)

$+ \frac{329 \text{ AUMC}}{18} + \frac{1645 \text{ IKNL}}{36}$

```
> evalf (Chirurgieperpatientinuren, 3);
  evalf (Chirurgietotaalperjaar, 3);
  0.750 MDL + 2.75 assistent + 6.65 VPS + 3.08 Chirurg + 0.167 InternistOncoloog + 0.167 AUMC + 0.417 IKNL
  82.2 MDL + 302. assistent + 729. VPS + 338. Chirurg + 18.3 InternistOncoloog + 18.3 AUMC + 45.7 IKNL
```

(7.2.2)

Alleen systematische therapy:

```
> Systematischperpatient := diagnostiek + brugpresys + systematischetherapie + brugprefu + FollowUp;
```

$\text{Systematischtotalperjaar} := \frac{1}{60} (\text{patientenSyst} \cdot \text{Systematischperpatient});$

$\text{Systematischperpatient} := 45 \text{ MDL} + 210 \text{ assistent} + 579 \text{ VPS} + 10 \text{ Chirurg} + 25 \text{ InternistOncoloog} + 10 \text{ AUMC} + 360 \text{ vpk}$

$+ 25 \text{ IKNL}$

$\text{Systematischtotalperjaar} := \frac{101 \text{ MDL}}{4} + \frac{707 \text{ assistent}}{6} + \frac{19493 \text{ VPS}}{60} + \frac{101 \text{ Chirurg}}{18} + \frac{505 \text{ InternistOncoloog}}{36}$

(7.3.1)

$+ \frac{101 \text{ AUMC}}{18} + 202 \text{ vpk} + \frac{505 \text{ IKNL}}{36}$

```
> evalf (Systematischtotalperjaar, 3);
  25.2 MDL + 118. assistent + 325. VPS + 5.61 Chirurg + 14.0 InternistOncoloog + 5.61 AUMC + 202. vpk + 14.0 IKNL
```

(7.3.2)

Chirurgie+systematische therapie:

```
> ChirurgieSystperpatient := diagnostiek + brugpreop + chirurgie + brugpresys + systematischetherapie + brugprefu
  + FollowUp;
  ChirurgieSysttotalperjaar :=  $\frac{1}{60} (\text{patientenChiSyst} \cdot \text{ChirurgieSystperpatient});$ 
  ChirurgieSystperpatient := 25 IKNL + 360 vpk + 15 AUMC + 50 MDL + 190 Chirurg + 691 VPS + 325 assistent
  + 30 InternistOncoloog
```

$\text{ChirurgieSysttotalperjaar} := \frac{215 \text{ IKNL}}{9} + 344 \text{ vpk} + \frac{43 \text{ AUMC}}{3} + \frac{430 \text{ MDL}}{9} + \frac{1634 \text{ Chirurg}}{9} + \frac{29713 \text{ VPS}}{45}$

(7.4.1)

$+ \frac{2795 \text{ assistent}}{9} + \frac{86 \text{ InternistOncoloog}}{3}$

```
> evalf (ChirurgieSysttotalperjaar, 3);
  23.9 IKNL + 344. vpk + 14.3 AUMC + 47.8 MDL + 182. Chirurg + 660. VPS + 311. assistent + 28.7 InternistOncoloog
```

(7.4.2)

Alleen radiotherapie:

```
> Radiotherapieperpatient := diagnostiek + brugprerad + radiotherapie;
```

$\text{Radiotherapietotalperjaar} := \frac{1}{60} (\text{Radiotherapieperpatient} \cdot \text{patientenRadio});$

$\text{Radiotherapieperpatient} := 40 \text{ MDL} + 65 \text{ assistent} + 79 \text{ VPS} + 5 \text{ Chirurg} + 5 \text{ InternistOncoloog} + 5 \text{ AUMC}$

$\text{Radiotherapietotalperjaar} := \frac{22 \text{ MDL}}{3} + \frac{143 \text{ assistent}}{12} + \frac{869 \text{ VPS}}{60} + \frac{11 \text{ Chirurg}}{12} + \frac{11 \text{ InternistOncoloog}}{12}$

$+ \frac{11 \text{ AUMC}}{12}$

(7.5.1)

```
> evalf (Radiotherapietotalperjaar, 3);
  7.33 MDL + 11.9 assistent + 14.5 VPS + 0.917 Chirurg + 0.917 InternistOncoloog + 0.917 AUMC
```

(7.5.2)

Chirurgie+radiotherapie:

```
> ChirurgieRadioperpatient := diagnostiek + brugpreop + chirurgie + brugprerad + radiotherapie + brugprefu + FollowUp;
  ChirurgieRadioperjaar :=  $\frac{1}{60} (\text{patientenChiRadio} \cdot \text{ChirurgieRadioperpatient});$ 
  ChirurgieRadioperpatient := 25 IKNL + 15 AUMC + 50 MDL + 190 Chirurg + 458 VPS + 195 assistent
  + 15 InternistOncoloog
```

$\text{ChirurgieRadioperjaar} := \frac{215 \text{ IKNL}}{18} + \frac{43 \text{ AUMC}}{6} + \frac{215 \text{ MDL}}{9} + \frac{817 \text{ Chirurg}}{9} + \frac{9847 \text{ VPS}}{45} + \frac{559 \text{ assistent}}{6}$

(7.6.1)

$+ \frac{43 \text{ InternistOncoloog}}{6}$

```
> evalf (ChirurgieRadioperjaar, 3);
  11.9 IKNL + 7.17 AUMC + 23.9 MDL + 90.8 Chirurg + 219. VPS + 93.2 assistent + 7.17 InternistOncoloog
```

(7.6.2)

Systematische therapie + radiotherapie:

```
> SystRadioperpatient := diagnostiek + brugpresys + systematischetherapie + brugprerad + radiotherapie + brugpreru
  + FollowUp;
  SystRadioperjaar :=  $\frac{1}{60} (\text{patientenSystRadio} \cdot \text{SystRadioperpatient});$ 
  SystRadioperpatient := 25 IKNL + 360 vpk + 15 AUMC + 50 MDL + 15 Chirurg + 638 VPS + 240 assistent
  + 30 InternistOncoloog
  SystRadioperjaar :=  $\frac{25 \text{ IKNL}}{36} + 10 \text{ vpk} + \frac{5 \text{ AUMC}}{12} + \frac{25 \text{ MDL}}{18} + \frac{5 \text{ Chirurg}}{12} + \frac{319 \text{ VPS}}{18} + \frac{20 \text{ assistent}}{3}$ 
  +  $\frac{5 \text{ InternistOncoloog}}{6}$ 
> evalf (SystRadioperjaar, 3);
  0.694 IKNL + 10. vpk + 0.417 AUMC + 1.39 MDL + 0.417 Chirurg + 17.7 VPS + 6.67 assistent + 0.833 InternistOncoloog
```

(7.7.1)

(7.7.2)

Chirurgie + systematische therapie + radiotherapie:

```
> ChiSystRadioperpatient := diagnostiek + brugpreop + chirurgie + brugpresys + systematischetherapie + brugprerad
  + radiotherapie + brugprefu + FollowUp;
  ChiSystRadioperjaar :=  $\frac{1}{60} (\text{patientenChiSystRadio} \cdot \text{ChiSystRadioperpatient});$ 
  ChiSystRadioperpatient := 25 IKNL + 360 vpk + 20 AUMC + 55 MDL + 195 Chirurg + 750 VPS + 355 assistent
  + 35 InternistOncoloog
```

$\text{ChiSystRadioperjaar} := \frac{205 \text{ IKNL}}{36} + 82 \text{ vpk} + \frac{41 \text{ AUMC}}{9} + \frac{451 \text{ MDL}}{36} + \frac{533 \text{ Chirurg}}{12} + \frac{1025 \text{ VPS}}{6} + \frac{2911 \text{ assistent}}{36}$

$+ \frac{287 \text{ InternistOncoloog}}{36}$

(7.8.1)

```
> evalf (SystRadioperjaar, 3);
  0.694 IKNL + 10. vpk + 0.417 AUMC + 1.39 MDL + 0.417 Chirurg + 17.7 VPS + 6.67 assistent + 0.833 InternistOncoloog
```

(7.8.2)

Totalen

```
> totaalperpatient := Chirurgieperpatient + Systematischperpatient + ChirurgieSystperpatient + Radiotherapieperpatient
  + ChirurgieRadioperpatient + SystRadioperpatient + ChiSystRadioperpatient;
  totaalperpatient := 150 IKNL + 1440 vpk + 90 AUMC + 335 MDL + 790 Chirurg + 3594 VPS + 1555 assistent
  + 150 InternistOncoloog
```

(8.1)

```
> totaalperjaar := Chirurgietotaalperjaar + Systematischtotalperjaar + ChirurgieSysttotalperjaar + Radiotherapietotalperjaar
  + ChirurgieRadioperjaar + SystRadioperjaar + ChiSystRadioperjaar;
```

$\text{totaalperjaar} := \frac{1835 \text{ IKNL}}{18} + 638 \text{ vpk} + \frac{923 \text{ AUMC}}{18} + \frac{2405 \text{ MDL}}{12} + \frac{3971 \text{ Chirurg}}{6} + \frac{128179 \text{ VPS}}{60} + \frac{11071 \text{ assistent}}{12}$

$+ \frac{2803 \text{ InternistOncoloog}}{36}$

(8.2)

$+ \frac{2803 \text{ InternistOncoloog}}{61416}$

```
> evalf (totaalperjaar, 4);
  evalf (totaalBILLABLE, 2);
  101.9 IKNL + 638. vpk + 51.28 AUMC + 200.4 MDL + 661.8 Chirurg + 2136. VPS + 922.6 assistent + 77.86 InternistOncoloog
  0.060 IKNL + 0.37 vpk + 0.030 AUMC + 0.12 MDL + 0.39 Chirurg + 1.3 VPS + 0.54 assistent + 0.046 InternistOncoloog
```

(8.4)

