

# Hoe is het nu met... het RAKU?

Soms zijn er opdrachten die je als adviseur echt 'pakken'. Omdat ze zo complex zijn, ze tot een doorbraak leiden, het team bijzonder was,... Je kunt er letterlijk dag en nacht mee bezig zijn. Distantie én betrokkenheid. Soms denk je dan later terug aan die opdracht en wil je weten: hoe is het nu met...? De ontwikkeling van het Regionaal Academisch Kankercentrum Utrecht (RAKU) was zo'n opdracht.

**D**rie grote zorgorganisaties die een samenwerkingsverband wilden - of moesten - vormen op het gebied van hoogcomplexere oncologie. De vorming van RAKU startte medio 2014 en begin 2015 lag er een intentieverklaring. Na een intensief proces met medisch specialisten en bestuurders werd in oktober 2015 aan de Autoriteit Consument en Markt (ACM) gevraagd of de samenwerking in deze intensieve vorm toegestaan was. Op basis van de zienswijze van de ACM kon de samenwerking in de praktijk vorm krijgen.

Robin Bremekamp, Wilfrid Opheij en Johanneke Schilthuis begeleidden het proces van de uitwerking van het RAKU in 2014 en 2015. Van artsen Geert Cirkel (Meander Medisch Centrum), Jelle Ruurda (UMC Utrecht) en Robert Verdonk (St. Antonius Ziekenhuis) willen ze weten hoe het nu gaat.

Een kernzin die we vaak gebruiken bij samenwerkingsverbanden is: samenwerken vergt de **moed** om een deel van de **eigen autonomie** op te geven, in het **vertrouwen** dat dit voor het totaal en voor jezelf **meer waarde** oplevert. Een uitdaging. Bij de vorming van het RAKU waren alle kernwoorden uit deze zin uitvergroot aan de orde. Het was in het begin allesbehalve een gelopen race. Integendeel.



Dr. R.C. (Robert) Verdonk is maag-, darm en leverarts in het St. Antonius Ziekenhuis. Hij is gespecialiseerd in ziekten van lever, galwegen en alvleesklier, endoscopie. Robert is binnen het RAKU het medisch aanspreekpunt voor het St. Antonius Ziekenhuis.



Dr. G.A. (Geert) Cirkel werkt in het Meander Medisch Centrum in Amersfoort als medisch oncoloog. Ook werkt hij in het UMC Utrecht. Hij is gespecialiseerd in het behandelen van patiënten met kanker en is binnen het RAKU het medisch aanspreekpunt voor het Meander Medisch Centrum.



Prof. Dr. J.P. (Jelle) Ruurda is sinds 2000 werkzaam in het UMC Utrecht. Binnen het UMC Utrecht en RAKU houdt hij zich met name bezig met operaties aan maag en slokdarm en minimaal invasieve chirurgie (kijkoperaties). In 2019 is hij benoemd tot hoogleraar minimaal invasieve robot-geassisteerde chirurgie.

### **Het thema autonomie. Sommige mensen hebben veel moeten opgeven. Hoe hebben jullie dat ervaren?**

Jelle Ruurda, gastro-intestinaal en oncologisch chirurg in het UMC Utrecht: “We kwamen uit een situatie waarin er strijd was tussen het St. Antonius en het UMC Utrecht. De sfeer was verre van positief en dat is echt veranderd. Ik werk niet dagelijks samen met de chirurgen van het St. Antonius, maar wel met de MDL-artsen en de medisch oncologen. We zijn nu deel van hetzelfde team. De alvleesklierchirurgen uit het UMC Utrecht opereren twee dagen in de week in het St. Antonius. En een deel van de maag-, darm- en leverartsen uit het St. Antonius werkt in het UMC Utrecht. We hadden hier ook een patholoog, die zich helemaal had toegelegd op de pancreas. Hij doet dat nu veel minder en moet zich eigenlijk op andere pathologie focussen. De oncoloog in het Meander heeft er wat voor teruggekregen: hij kan zijn eigen patiënten chemotherapie geven en terugzien voor palliatieve behandeling. De ervaring verschilt dus per dokter, per ziekenhuis.”

### **Is het mogelijk? Samenwerken in een team vanuit verschillende ziekenhuizen? Hoe doen jullie dat met elkaar?**

Geert Cirkel, werkzaam als internist-oncoloog in het Meander Medisch Centrum en het UMC Utrecht: “Op dit moment zijn het nog steeds losse ziekenhuizen en blijven we binnen de zorg in een soort concurrentiemodel zitten. Concurrentie is goed: het houdt je scherp en efficiënt. Maar kan ook een weerstandsprikkel zijn die verdere optimalisatie van het RAKU en netwerkvorming in zijn totaliteit tegenhoudt. Mij is het gelukt een dubbelrol in twee ziekenhuizen te krijgen: ik werk in het Meander, maar heb ook een aanstelling bij het UMC Utrecht. Dat is uitdagend, maar ook heel mooi: je hebt twee verschillende computersystemen en in twee verschillende ziekenhuizen patiënten rondlopen. Het grote voordeel is dat patiënten een enorme meerwaarde ervaren, doordat ze merken hoe kort de lijnen zijn en hoe snel de gegevensuitwisseling is tussen het Meander en het UMC Utrecht. Er zijn dus een hoop uitdagingen, maar nog meer voordelen voor mij persoonlijk én voor onze patiënten.”

Robert: “Er zijn natuurlijk altijd banale ongemakken en dat helpt niet mee. Over de breedte denk ik wel dat we veel meer dezelfde kant op kijken. Uiteindelijk zijn de meeste mensen integere professionals, die zien dat we met deze samenwerking een kwaliteitsslag maken. Dat we dingen kunnen doen, die vroeger niet mogelijk waren.”

### **Levert deze samenwerking inderdaad meerwaarde op?**

Robert Verdonk, maag-, darm en leverarts in het St. Antonius

Ziekenhuis: “Als je kijkt naar de volumes die we nu halen in de verschillende ziekenhuizen en de gebundelde kracht die dat oplevert, hebben we een enorme sprong voorwaarts gemaakt. Het allerbelangrijkste is dat onze resultaten hierdoor aantoonbaar verbeteren. Hier publiceren we ook over.”

Jelle: “Als we overleggen over onze patiëntengroep met mensen die niets anders doen, die daar echt top-notch in zijn, heb je discussies die op een hoger niveau liggen dan vijf jaar geleden het geval was. Omdat iedereen zoveel meer van deze patiënten ziet, iedereen wordt beter.”

Robert: “Met een groter aantal patiënten kun je daarnaast makkelijker een efficiënter zorgtraject organiseren, research opzetten en het Centrum zowel binnen de ziekenhuizen als regionaal en landelijk positie geven.

Ik denk dat we echt iets bereikt hebben, waarbij er voor alle betrokken partijen ook degelijk iets te halen valt in de zin van kennisontwikkeling, kennisgroei en betrokkenheid. Daarbij kunnen de verschillende ziekenhuizen zelf aangeven welk niveau van participatie hun ambitie is. Dat is een van de dingen die ik zo mooi vind in deze samenwerking: dat je daar keuzes in kunt maken. Dat heeft consequenties voor de manier waarop je bent aangehaakt in dit netwerk. Als je elkaar daarin vrij kunt laten, heb je iets unieks.”

### **Hebben jullie ook evaluaties met patiënten? Hoe zij dit ervaren?**

Geert: “Patiënten ervaren dat ze niet door het Meander worden behandeld, maar binnen een netwerk waarbij alle expertise om de hoek is. En dat heeft een enorme kracht. Maar ook andersom. Mensen die afhankelijk zijn van kinderen of kleinkinderen om naar het ziekenhuis heen en weer te rijden, zijn enorm opgelucht als ze mij in Utrecht zien. Dan zeg ik: ik kan u voor de nabehandeling ook meenemen naar het Meander, dan zie ik u daar, dichterbij huis. Dat is de mooie kant van deze constructie.”

Jelle: “De patiënt zit vaak wat verder van huis voor zorg, dus moet meer reizen. Maar als je dat uitvraagt, zijn ze daar zeer toe bereid. En de RAKU-mantra blijft heel sterk: dichtbij waar het kan, ver weg als het moet.”

Geert: “Voor veel patiënten is reizen voor een langdurende behandeling met bijvoorbeeld chemotherapie wel een probleem. Hetzij fysiek, hetzij logistiek, hetzij financieel. Ik zie mezelf in dat opzicht een beetje als voorbeeld voor hoe het zou moeten. Niet de behandeling centraliseren, maar de dokters verplaatsen en in twee ziekenhuizen laten werken waar mogelijk. Zeker als het gaat om langlopende intensieve (chemo)therapie-trajecten, waarbij frequente bezoeken noodzakelijk zijn en die conditioneel grote impact kunnen hebben.”

### **Is het vertrouwen tussen de ziekenhuizen gegroeid door teams te vormen? Is de waakzaamheid gezakt?**

Geert: “Je moet allereerst bereid zijn elkaar iets te gunnen. Daarnaast werken we echt samen als één team binnen de RAKU en niet primair voor onze eigen organisatie. We werken fysiek samen; opereren samen, bespreken de patiënten samen. Dat is echt anders dan processen stroomlijnen en naar elkaar verwijzen.”

Robert: “Met name die fysieke aanwezigheid draagt bij aan het vertrouwen. Als je fysiek in elkaars nabijheid bent, kun je zaken beter optuigen en regelen dan via een zoommeeting, een mailcontact of een secretariaat. Voor mijn persoonlijke werkplezier maakt dat ook een hoop uit.”

Geert: “Wat ik ook heel sterk vind, is dat we in alle uitingen - van commerciële blaadjes tot studieverbanden en wetenschappelijke publicaties - niet ons eigen ziekenhuis noemen, maar het RAKU. Dat soort dingen maken dat je als collectief wordt gezien.”

### **Het is vast nog niet helemaal perfect. Waar lopen jullie nu nog tegenaan?**

Robert: “De informatie-uitwisseling tussen ziekenhuizen en tussen verschillende patiëntendossiers is niet optimaal. Als ik hier van een patiënt een scan heb gemaakt, die bij Jelle in de operatiekamer moet belanden, dan is het nog steeds een kwestie van beelden oversturen en inscannen van pdf’s. Dat is natuurlijk wel erg oldschool. Patiënten merken daar gelukkig nauwelijks iets van, het kost ons vooral veel tijd en aandacht.”

Geert: “Ja, maar daar wordt keihard aan gewerkt. We hebben de AVG-hobbels en elk ziekenhuis heeft een ander patiëntendossier en een ander systeem. Maar bij het RAKU worden hier enorme slagen in gemaakt. We worden daarin ook als pilot en als voorbeeld gezien voor de rest van Oncomid (zie kader): hoe we die informatievoorziening stroomlijnen. De winst zit hem dan vooral bij het ondersteunend personeel. Die besteden hier veel tijd aan.”

### **Hoe zien jullie de verdere ontwikkeling?**

Geert: “Het is ongelofelijk hoever het RAKU is gekomen, ik denk dat dat uniek is in Nederland. Willen we de volgende stap maken, dan zullen we die concurrentieprikkel tussen ziekenhuizen weg moeten halen. Waarbij het dus ook financieel en begrotings-technisch geen pijn doet als je een patiënt voor een bepaalde behandeling verwijst naar een ander ziekenhuis. Mijn ideaal zou zijn: een totale RAKU-zorg, waarbij het financieel niet meer uitmaakt in welk ziekenhuis die zorg wordt gegeven. Dat we gewoon de beste plek zoeken, waarbij alle grenzen tussen de ziekenhuizen zijn verdwenen en dokters ziekenhuisoverstijgend werken en ingezet worden waar nodig.”

## Oncomid

Een breder samenwerkingsverband

op gebied van oncologie tussen het

St. Antonius Ziekenhuis, het

Diakonessenhuis, het Meander

Medisch Centrum, het Ziekenhuis

Rivierenland, Tergooi, het UMC Utrecht,

het Ziekenhuis Gelderse Vallei en het

Beatrixziekenhuis.

## RAKU

Het St. Antonius Ziekenhuis, het UMC Utrecht, het

Meander Medisch Centrum en het Diakonessenhuis

Utrecht werken nauw samen op het gebied

van zeldzame kankersoorten onder de naam

Regionaal Academisch Kankercentrum Utrecht

(RAKU). In de zorg voor patiënten met kanker in

de maag, lever, alvleesklier, slokdarm of galweg,

delen de ziekenhuizen operatieteams en speciale

robotapparatuur om operaties bij buiktumoren

nog beter uit te voeren. Ook doen ze samen

onderzoek naar nieuwe behandelingen. Door de

kennis en kunde van de gespecialiseerde experts te

bundelen kunnen deze patiënten vanuit het eigen

ziekenhuis rekenen op expertise uit alle ziekenhuizen

samen. Patiënten worden ontvangen op een

gespecialiseerde polikliniek in het eigen ziekenhuis.

Ze worden begeleid door één verpleegkundig

specialist gedurende het gehele behandeltraject,

ondanks dat een eventuele operatie misschien in een

van de andere ziekenhuizen plaatsvindt. Betrokken

specialisten komen regelmatig samen in een

speciale overlegruimte in het UMC Utrecht om alle

behandelmogelijkheden per patiënt door te spreken.

Geert Cirkel, Jelle Ruurda en Robert Verdonk

waren voor dit interview in gesprek met

Wilfrid Opheij en Johanneke Schilthuis.