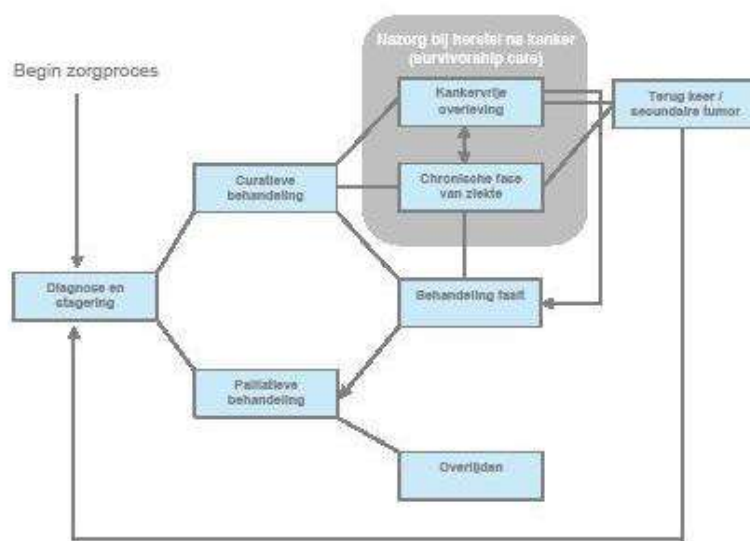


Nazorg is samenwerken

Literatuurbespreking:

De zorglijn bij kanker bestaat uit diagnostiek, behandeling, nazorg en palliatieve zorg. Schematisch ziet het zorgtraject voor mensen met kanker er als onderstaand uit. Oncologische zorg is bij uitstek multidisciplinaire zorg. In de herstelfase van de patiënt gaat het om multidisciplinaire zorg die deels vanuit de kliniek en deels in de eerste- of derdelijns- instellingen geboden wordt.



Bij de nazorg in de herstelfase van de patiënt zijn verschillende zorgverleners betrokken. Er zijn diverse opties voor de taakverdelingen tussen zorgverleners en de afstemming van zorg. Er blijkt geen eenduidigheid over de beste taakverdeling en aanpak in de nazorg. De behoeften van patiënten blijken ook divers. Belangrijke voorwaarde bij taakverdeling is dat altijd duidelijk dient te zijn wie de hoofdbehandelaar van de patiënt is en dus eindverantwoordelijk voor de nazorg.

Oeffinger [2006]⁴⁹ beschrijft verschillende modellen voor nazorgverlening in de herstelfase met de taken en de communicatiemomenten voor specialisten, huisartsen en verpleegkundigen. In het shared-care model voor specialisten en huisartsen wordt ervan uitgegaan dat de nazorg één à twee jaar na de diagnose over kan gaan van de oncologisch specialist naar de huisarts. Ook de inzet van gespecialiseerde verpleegkundigen (nurse practitioner), met als eindverantwoordelijke de oncologisch specialist, wordt geadviseerd.

De Gezondheidsraad stelt in het rapport 'Taakherschikking in de gezondheidszorg' [2008]²³ dat beperkt bewijs beschikbaar is voor de doelmatigheid van taakherschikking. De kwaliteit van zorg leidt er in ieder

geval niet onder en dat is een belangrijke voorwaarde voor taakherschikking. Er zijn aanwijzingen dat de kwaliteit van zorg verbetert vanwege een betere begeleiding en ondersteuning van patiënten. Gunstige effecten op uitkomstmaten als volksgezondheid worden niet gezien. Doelmatigheidswinst wordt vooralsnog niet gezien. Dit heeft ermee te maken dat zorgprofessionals vooral worden toegevoegd en er geen sprake is van andere inrichting van het zorgproces. Herschikking van het proces biedt kansen voor meer doelmatigheid.

In verschillende onderzoeken zijn de tevredenheid en de wensen van patiënten over verschillende follow-up strategieën met elkaar vergeleken, waaronder follow-up aangeboden door de specialist, een nurse practitioner of huisarts. Resultaten hierover verschillen. Onderstaande studies zijn in verschillende landen uitgevoerd waardoor de verschillen mogelijk worden veroorzaakt door verschillen in gezondheidszorgsystemen.

In een aantal studies wordt de follow-up door de nurse practitioner over het algemeen het meest gewaardeerd (na follow-up door chirurg) [Cox 2006¹¹, Renton 2002⁵⁶, Pennery 2000⁵³]. Over follow-up door de huisarts bestaat verschil van mening in de literatuur. Cox [2006]¹¹ en Wattoo [2006]⁷¹ zagen dat patiënten follow-up door de huisarts het minst waarden (na chirurg en np). Gall [2007]²⁰ concludeert dat nacontrole door huisarts of chirurg voor de kwaliteit van leven geen invloed heeft. De Bock et al. [2004]¹⁶ gingen de wensen en voorkeuren na ten aanzien van follow-up na behandeling voor borstkanker in een dwarsdoorsnede-onderzoek onder 84 vrouwen die 2 tot 4 jaar na behandeling geen tekenen hadden van een recidief. Het meest belangrijk werden informatie over de lange termijn prognose en bespreking van preventie van mogelijke (erfelijke) borstkanker in de onbehandelde borst gevonden. Ook hadden de patiënten een voorkeur om aanvullend onderzoek (bloedonderzoek, borstfoto) een onderdeel te laten zijn van het routine nacontrolebezoek. Patiënten waren in het algemeen tevreden met de nazorg die ze ontvingen en waren het meest tevreden over de interpersonele aspecten en de tijd die ze van hun dokter kregen.

In een gerandomiseerde studie onder 986 patiënten bleken geen verschillen waarneembaar in recidief percentages, overlevingskansen en kwaliteit van leven tussen follow-up door huisartsen en follow-up door specialisten [Grunfeld 2006]²⁷.

In een ander onderzoek van Grunfeld [1999]²⁶ onder 296 borstkankerpatiënten bleek dat patiënten meer tevreden waren met follow-up door de huisarts dan met follow-up in het ziekenhuis. In een studie waarin gebruik werd gemaakt van diverse bronnen (focusgroep interview onder 6 huisartsen, individuele interviews met 17 huisartsen, en vrije tekst voor commentaar in vragenlijsten bij 91 kankerpatiënten) werd geconcludeerd dat de huisarts een plaats heeft bij de follow-up van kankerpatiënten, ook in de initiële fase na de behandeling, vooral bij patiënten die naast kanker meer complexe gezondheidsproblemen hebben. Huisartsen zouden daarbij een grotere rol kunnen spelen, vooropgesteld dat er een goede toegang is om de specialist om advies te vragen [Anvik 2006]⁴. In een systematisch review beschrijft Lewis et al. [2009]⁴⁰ dat het aannemelijk is dat follow-up van patiënten met borstkanker effectief is in de eerstelijns. Interventies die communicatie tussen de eerste en tweede lijn verbeteren verhogen de betrokkenheid van de huisarts. In een studie onder 224 kankerpatiënten in Canada bleek dat meer dan een derde niet zeker wist wie verantwoordelijk was voor de follow-up. Daarnaast bleek dat 80% de voorkeur gaf aan counseling door de huisarts als onderdeel van de nazorg, terwijl slechts 20% dat daadwerkelijk ontving. Een derde van de patiënten was ontevreden met de follow-up door de huisarts, terwijl dat gold voor slechts 18% van de specialistische follow-up [Miedema, 2003]⁴⁶.

In een enquête onder 499 patiënten in Canada werd gevonden dat de huisarts in 57% van de gevallen was betrokken bij de diagnose, in 27% bij de behandeling en in 43% bij de follow-up. Slechts 60% dacht dat de huisarts op de hoogte was van hun huidige problemen [McWhinney 1990]⁴⁵.

Er is weinig Nederlands of Europees onderzoek naar de wijze waarop nazorg het beste georganiseerd kan worden. Hier is dringend behoefte aan.

Onderzoek naar de manier van consultvoering betreft de persoonlijke consulten en telefonische consulten. Een aantal onderzoeken brengt naar voren dat patiënten ontevreden zijn over de gevoerde consulten omdat deze vaak gehaast zijn, in een drukke kliniek. De psychosociale gevolgen van kanker worden vaak onderbelicht, onder andere door dit gebrek aan tijd [Allen 2002]³. Tenslotte is er een trend die duidt op individualisering van de follow-up. Patiënten willen een follow-up die bij hun situatie past en willen hier ook in meebeslissen [Cardella 2007]⁹. De medische keuzes behoren door de specialist in overleg met de patiënt gemaakt te worden [Milliat-Guittard 2007]⁴⁷. In onderzoek naar de waardering van telefonische consulten vindt Cox [2006]¹¹ sterke positieve en negatieve reacties hierop.