

## Herinrichting biedt kansen

### **Aanbevelingen:**

#### Voor de zorgorganisaties

Zorg dat bij de implementatie van de richtlijn de herinrichting van de zorgorganisatie en het zorgproces overwogen en zonodig doorgevoerd wordt. Dit biedt kansen voor meer doelmatigheid van de oncologische nazorg.

### **Literatuurbespreking:**

Er wordt een grote toename verwacht van het aantal mensen dat leeft met de gevolgen van kanker en voor hun nazorg een beroep doet op de gezondheidszorg. De zorgorganisatie zal toereikend moeten zijn om aan deze vraag te kunnen voldoen. De richtlijnwerkgroep verwacht dat in de nazorg bij kanker winst in doelmatigheid te behalen is door herinrichting van de zorg. Bruikbare modellen voor de oncologische zorgketen moeten ontwikkeld worden.

De Gezondheidsraad [2008]<sup>23</sup> stelt dat er kansen zijn op meer doelmatigheid door taakherschikking te combineren met een verandering in inrichting van het zorgproces.

De oncologie in de eerste fase is vooral acute zorg in de kliniek. Met de betere overlevingskansen is kanker meer en meer een chronische ziekte geworden. Naast het accent op acute geneeskunde komt ook de chronische zorg in beeld. Het vergt een integratie van beide en verandering van visie om de zorg en het zorgproces te innoveren [Schrijvers 2008]<sup>60</sup>. Voor de herinrichting van de nazorg in de keten, gericht op de gevolgen van kanker(behandeling), ligt de parallel met disease management bij chronisch zieken voor de

hand. Dit betekent het zorgproces inrichten primair naar de behoeften van de patiënten, multidisciplinair en als samenhangend geheel van zorg, en met belangrijk principe het zelfmanagement. Dit biedt kansen voor nieuwe vormen van oncologische nazorg die doelmatig en toekomstbestendig zijn. Een transmurale ketenbenadering lijkt een goede optie.

In deze richtlijn wordt ervan uitgegaan dat kanker na curatieve behandeling in principe een geneesbare (niet chronische) ziekte is, die echter gepaard gaat met gevolgen van kanker (behandeling) die op kortere en langere termijn een chronisch karakter kunnen hebben.

Een manier om de zorg te herinrichten is het stratificeren naar het niveau van zorgbehoeften. Dit kan gecombineerd worden met een indeling naar tumorsoort. Vanuit de complexiteit van de vereiste nazorg kunnen scenario's voor de zorgorganisatie en -inhoud opgesteld worden. In de zorg voor chronisch zieken worden drie niveaus van zorg onderscheiden [Kaiser Permanente Pyramid of care]:

1. routine zorg of zelfzorgondersteuning door het team in de huisartsenpraktijk en met zelfmanagement (zelfzorg) principes
2. zorgmanagement in de ziekenhuizen en met meer vaardigheidseisen voor zelfzorg
3. intensieve zorgmanagement, eventueel gecombineerd met huisartsenzorg

Voor een meer doelmatige inrichting van het zorgproces is een aantal theoretische kaders en zorgmodellen bruikbaar [Gilbert 2005, 2006]. Een model om de kwaliteit van de zorg te verbeteren is het Chronic Care Model (zie [bijlage 22](#)). Dit model is effectief gebleken en wordt onderschreven door de World Health Organisation en het Ministerie van VWS. Kern is het ontwikkelen van productieve interactie tussen de geïnformeerde patiënt (met zelfmanagement middelen) en pro-actieve zorgteams (met beslissingsondersteunende middelen). Hierbij worden op vier niveaus mogelijkheden voor betere zorguitkomsten onderscheiden: de geïnformeerde actieve patiënt, een voorbereid en pro-actief zorgteam, het zorgsysteem en de maatschappij [Wagner 1996<sup>69</sup>, Bodenheimer 2002<sup>6</sup>] (zie [bijlage 22](#)).

De implementatie van deze richtlijn, begeleidt met wetenschappelijk onderzoek, biedt kansen voor de herinrichting van de zorgorganisatie. Het Ministerie van VWS staat hierbij de ontwikkeling van Zorgstandaards voor (Ministerie VWS 13 juni 2008. Brief minister aan Tweede Kamer). In dit beleid wordt kanker beschouwd als chronische ziekte waarvoor disease management, gericht op preventie en vermindering van klachten en verbeterde kwaliteit van leven nuttig is.