

IN EEN PILOT NAMEN HUISARTSEN DE NAZORG VAN KANKERPATIËNTEN VOOR HUN REKENING

Nacontrole kankerzorg kan prima in de eerste lijn

Uit een proef van het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis blijkt dat de eerste lijn de nazorg van kankerpatienten op zich kan nemen. Zowel patiënten als behandelaars moesten er eerst aan wennen. Maar voor veel patiënten werkt het uiteindelijk goed.

Het KWF-rapport 'Nazorg bij kanker: de rol van de eerste lijn' beveelt aan patiënten, na afsluiting van hun primaire behandeling, verder te begeleiden in de eerste lijn.¹ Doordat de behandeling van kanker steeds vaker een langdurig karakter krijgt, is meer aandacht nodig voor revalidatie, re-integratie in werk en psychosociale problemen. Dit stelt andere eisen aan zorgverleners en vraagt om een integrale zorg, dicht bij huis. Het KWF-rapport vormde de basis om op de Zuid-Hollandse eilanden een pilotstudie uit te voeren naar anderhalvelijns oncologische zorg. Het betrekken van de eerste lijn bij de oncologische zorg blijkt een complex proces te zijn. Het is bijvoorbeeld nodig om de oncologische kennis van de huisarts te vergroten en de betrokkenen adviseren patiënten pas na één jaar na de curatieve ingreep te verwijzen naar de eerste lijn. Randvoorwaarde hiervoor is een financiële vergoeding voor de huisarts. De pilot vond plaats in de regio rondom het Medisch Centrum Brielle. Een locatie waar al een intensief samenwerkingsverband tussen specialisten van het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis en huis-

artsen bestaat. In totaal namen veertien huisartsen en zes medisch specialisten deel. De pilot moest uitwijzen welke specifieke problemen zich voordoen als patiënten – met een curatief geopereerd mamma- of colorectaal carcinoom – na te zijn hersteld van de operatie voor controle worden terugverwezen naar de huisarts.

Patiëntengroepen

Voor het onderzoek werden drie patiëntengroepen gedefinieerd.² Groep A bestond uit 81 patiënten met mamma-carcinoom en 35 met colorectaal carcinoom die, in het jaar voorafgaand aan de studie, een curatieve behandeling ondergingen. Deze gegevens zijn gebruikt als nulmeting; de patiënten gingen allemaal voor nacontroles naar de specialist. Groep B bestond uit 39 patiënten met mamma-carcinoom en 27 patiënten met colorectaal carcinoom die in de periode 1 januari 2008 tot 1 oktober 2012 in opzet curatief behandeld werden en die ingeschreven stonden bij een van de veertien deelnemende huisartsen. Deze patiënten kregen de nacontroles deels bij de specialist en voor het resterende deel bij de huisarts. Patiëntengroep C betrof 32 prospectieve

mammacarcinoompatiënten en 24 prospectieve patiënten met colorectaal carcinoom, bij wie behandeling plaatsvond na 1 oktober 2012 en die patiënt waren bij een van de deelnemende huisartsen. Deze patiënten werden, indien mogelijk, direct na afronding van de curatieve behandeling terugverwezen naar de huisarts voor de nacontrole.

Gestructureerde overdracht

Uitgangspunt bij deze studie vormde een gestructureerde overdracht van specialist naar huisarts. De huisarts ontving een nacontroleschema, met een beknopte toelichting. Het nacontroleadvies was steeds gebaseerd op de landelijke richtlijnen, die ook op oncoline.nl staan. Daarnaast kreeg de huisarts informatie over het risico dat de ziekte recideert. De patiënt ontving bij de laatste bezoek aan de polikliniek ook een nacontroleschema, met een uitvoerige toelichting. Na afronding van de pilot ontvingen alle deelnemende patiënten, huisartsen en specialisten een vragenlijst over hun ervaringen.

Terugverwijzen bij de eerste controle is te vroeg



Vanwege de noodzaak van aanvullende scholing leverde nacontrole door de huisarts niet direct een kostenbesparing op.

Geschied moment

Van de patiënten uit groep C met mammacarcinoom kon 65 procent en van degenen met colorectaal carcinoom kon 33 procent binnen twaalf maanden na afsluiting van de primaire behandeling, voor nacontrole worden terugverwezen naar de huisarts. De intentie was alle patiënten direct na de curatieve ingreep terug te verwijzen naar de huisarts. Dat bleek als regel echter niet mogelijk. Behalve dat patiënten het eerste jaar na een curatieve ingreep om medisch-inhoudelijke redenen nog veelvuldig contact hebben met het ziekenhuis (en logischerwijs bij de specialist bleven komen), bleken daarnaast zowel de patiënt als de specialist hier bij de eerste controle vaak nog niet aan toe te zijn. 'Als je aan een patiënt uitlegt dat je de patiëntenzorg als specialist met de huisarts deelt en dat deze de controle overneemt, is dat rationeel prima te volgen. Maar ik merkte dat ik moeite heb met loslaten, zelfs als na de eerste controle alles in orde was met de patiënt', aldus een van de betrokken specialisten.

Pas bij een tweede of derde polikliniekbezoek bleek terugverwijzing mogelijk. Het aantal terugverwezen patiënten met colorectaal carcinoom bleef achter, dit zou kunnen komen doordat deze patiëntengroep gemiddeld ouder was en – mede vanwege de comorbiditeit – langer in het ziekenhuis nacontrole kreeg. Het aantal patiënten, dat zelf niet verwezen wilde worden naar de huisarts, was groter bij de mammacarcinoompatiënten.

CASUS

De heer H., 57 jaar oud, onderging een sigmoïdrectomie in verband met een sigmoïdcarcinoom. Bij histologisch onderzoek bleek in vier van de tien verwijderde lymfklieren tumorweefsel aanwezig te zijn. Meneer H. ontving acht adjuvant Xelox-chemotherapie-kuren en werd nadien nog twee keer op de polikliniek gezien. Na uitgebreide voorlichting over het nacontroleschema werd hij naar zijn huisarts verwezen. Conform het schema vond controle

plaats. Zestien maanden na het laatste polikliniekbezoek kwam hij weer op de polikliniek omdat bij de reguliere nacontrole bij de huisarts het CEA-gehalte in zijn bloed bleek op te lopen (van 2,5 naar 13,6 ug/l) – hoewel hij klachtenvrij was. Bij nadere analyse bleek dat er nu sprake was van levermetastasen.

Huisartsen in mdo

De huisartsen werden vanuit het ziekenhuis ondersteund bij het uitvoeren van de nacontroles. De pilot was onderdeel van een anderhalvelijnszorgproject oncologie. Onderdeel van dit project was maandelijks multidisciplinair overleg (mdo), waarin huisartsen en specialisten alle gezamenlijke oncologische patiënten bespraken. Inbedding in het mdo bleek van essentieel belang voor een goede nacontrolezorg. De afgenomen vragenlijsten (repons: 82% van de patiënten) laten zien dat patiënten de nacontroles bij de specialist en bij de huisarts even positief beoordeelden. Het oordeel van patiënten werd gemeten op een vijfpunts-

BUREAUCRATIE IN DE ACADEMIE

Patiënte E. ligt opgenomen in de academie met, zoals dat hoort bij interne, een lange probleemlijst. Aan het einde hiervan staat een palpabele zwelling in haar mamma wat de voorgaande punten allemaal zou kunnen verklaren. Ik vroeg een echo mamma aan en een dag later had ik nog geen uitslag. Ik belde de echoradioloog, die zei: 'Ik ga alleen over de echo abdomens, bel de laborant maar.' De laborant verwees mij vervolgens naar het echocentrum, waarna ik de dienstdoende voorwacht aan de lijn kreeg. Die was net bezig met een spoedgeval, maar maakte snel kenbaar dat ik hem in ieder geval niet moest hebben. De tranen stonden in mijn ogen van frustratie. Wat moet ik doen om een uitslag te krijgen? Ik denk met heimwee terug aan mijn dagen in de periferie, waar ik naar de radiologieafdeling liep en dr. S. met een knipoog 'speciaal voor mij' een uitzondering maakte om als eerste mijn scan te bekijken. Ik mis de receptionist die me elke ochtend hartelijk groette en de praatjes met de schoonmakers. Nu voel ik me verloren in dit grote logge ziekenhuis, waar de collega's slechts vage stemmen door de telefoonlijn zijn, en de afstanden met een step worden overbrugd. Stampvoetend loop ik naar de radiologieafdeling en wil al mijn frustratie over deze bureaucratie op iemand afreageren. In de eerste kamer die ik binnenloop, zit een vriendelijke grijze man genaamd dr. R. Geëmotioneerd leg ik hem uit waarom ik een uitslag van een echo kom 'halen'. Het is niet de normale gang van zaken, maar voor deze ene keer maakt hij een uitzondering. Als ik hem beloof er geen gewoonte van te maken. Maar de eerstvolgende keer dat ik op een radiologie-uitslag moet wachten, weet ik hem te vinden.

Lewar Bekas
aios interne geneeskunde

schaal, waarbij 1 slecht en 5 uitstekend was. De wachttijden (4,1) en de bereikbaarheid (4,3) werden gemiddeld positief beoordeeld evenals de informatie over de ziekte (4,1), de aandacht (4,4) en de bereikbaarheid die er was om te luisteren naar de bekommernissen (4,3) van de patiënt. Uit de enquête kwam verder naar voren dat het nacontroleschema met vrijwel alle patiënten is besproken.

'80 procent van mijn werkzaamheden bestond uit nacontroles'

Regelmatig zien

De huisartsen die de nacontroles uitvoerden, waren enthousiast over de samenwerking op oncologisch terrein. Met name het samenwerken in het speciaal ingerichte mdo werd door alle huisartsen positief ontvangen. 'Het is vooral ook goed om de patiënt in het hele proces regelmatig te zien', aldus één van de huisartsen. 'Dit in plaats van – zoals vroeger – pas na afloop van de behandeling of als er alleen nog palliatie mogelijk is.' Het geheel is kortom een effectieve manier gebleken om de huisartsen bij te scholen en de band met het ziekenhuis en de specialisten te versterken.

Er waren geen patiënten die te laat werden terugverwezen naar de tweede lijn omdat het nacontroleschema niet werd uitgevoerd of omdat niet adequaat werd gereageerd op afwijkende uitslagen.

Ander soort oncologiepolikliniek

Het aantal routinecontroles bij de specialist nam flink in aantal af. 'Waar voorheen 80 procent van mijn werkzaamheden uit nacontroles bestond, zie ik

op mijn oncologische spreekuur nu de zwaardere, meer gecompliceerde gevallen', aldus een specialist. Naast de tumorspecifieke kenmerken is ook de doelgroep van belang voor het succesvol verplaatsen van de zorg van de tweede naar de eerste lijn. Een opvallende conclusie, aangezien verwacht werd dat de oudere patiënten (met minder behandelopties) beter af zouden zijn bij de generalistische zorg.

Kosten

Ten slotte: de kosten voor het uitvoeren van een nacontrole door een specialist of huisarts zijn in de pilot met elkaar vergeleken. Niet onverwacht bleek het enige verschil het onderscheid in honorariumkosten van de zorgverleners. Echter door de noodzaak van aanvullende scholing, tijdens de pilotstudie middels een huisartsen-mdo, leverde het uitvoeren van de nacontrole door de huisarts niet direct een kostenbesparing op. De pilot heeft in Brielle inmiddels een structurele vorm gekregen en is ingebed in de dagelijkse organisatie. Zorgverzekeraar CZ, die deze pilot (mede) bekostigde, heeft inmiddels voor de betrokken huisartsengroep een apart tarief ingesteld voor de nacontroles. Hiermee wordt tegemoetgekomen aan een wens van de huisartsen, zoals blijkt uit de enquête waarbij 82 procent van de respondenten aangaf het gebrek aan financiële middelen als belangrijkste knelpunt te ervaren. Het anderhalvelijns project in Brielle krijgt inmiddels navolging in het land. In Sneek en Den Haag zijn vergelijkbare trajecten opgestart. ■

contact

contact: e.vanrooij@iikn.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web

Eerdere MC-artikelen over dit onderwerp en de voetnoten vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen. U vindt hier ook de gratis, geaccrediteerde MCTv-nascholing Herstel na Kanker.