

Slechts één bezoek aan het ziekenhuis

• Ine Meen, verpleegkundig specialist oncologie, Streekziekenhuis Midden-Twente (SMT), Hengelo, • dr. Sabine Siesling, epidemioloog, Integraal Kankercentrum Stedendriehoek Twente, Enschede • drs. Harald Heijmans, chirurg, SMT, Hengelo

Sinds 2000 is in het Streekziekenhuis Midden-Twente (SMT), onderdeel van Ziekenhuisgroep Twente en De Zorgschakel, transmuraal samenwerkingsverband van SMT en Carint, een mammapolikliniek operationeel. In deze mammapolikliniek is de zorg rondom de patiënt met een verdenking op mammacarcinoom procesgestuurd georganiseerd in een 'one-stop-shop': de patiënt ondergaat op één dag alle benodigde onderzoeken om de diagnose te stellen. Als weefselonderzoek niet nodig is, krijgt de patiënt direct de diagnose en een eventueel behandelvoorstel. Vindt wel weefselonderzoek plaats, dan krijgt de patiënt een week later de uitslag en wordt een behandeling voorgesteld. Sinds twee jaar wordt het concept van one-stop-shop ook toegepast op de follow-up controles.

Follow-up

Nadat patiënten in het SMT zijn behandeld, vindt standaard gedurende tien jaar een jaarlijkse controle plaats: de follow-up. Tijdens deze controle ondergaat de patiënt opnieuw een aantal onderzoeken (waaronder een mammografie) en heeft zij een gesprek met de chirurg en met de mammacareverpleegkundige. Tot twee jaar geleden moest de patiënt hiervoor meerdere bezoeken brengen aan het ziekenhuis en lang wachten op de uitslagen. Uit een tevredenheidsonderzoek dat eens per drie jaar wordt gehouden onder de patiënten die de mammapoli bezochten, bleek dat patiënten dit vreemd vonden. Bij het eerste traject kregen zij immers in één bezoek aan de mammapolikliniek alle benodigde onderzoeken en de uitslag. Daarnaast merkten de mammacareverpleegkundigen op dat zij de patiënten niet meer zagen, terwijl uit het tevredenheidsonderzoek was gebleken dat patiënten daar wel behoefte aan hadden, bijvoorbeeld op het gebied van de psychosociale zorg.

Dit was de aanleiding dat de BEREIK-projectgroep Mammacare1, die indertijd onder andere heeft zorggedragen voor de totstandkoming van de mammapolikliniek, opdracht heeft gegeven om ook de follow-up fase te stroomlijnen en de controles zoveel mogelijk plaats te laten vinden binnen één ziekenhuisbezoek.

Knelpunten oude procedure

De eerste stap was een inventarisatie van de knelpunten bij de oude follow-up procedure. Er waren procesmatige en zorginhoudelijke knelpunten.

Procesmatige knelpunten:

- patiënten werden niet in de follow-up opgenomen doordat de regie van afspraken niet centraal bij de polikliniek chirurgie lag
- de follow-up bezoeken namen een groot deel van de polikliniektijd van de chirurg in beslag
- mammacareverpleegkundigen waren niet betrokken bij het follow-up bezoek
- wanneer een patiënt ook door de internist en/of de radiotherapeut werd gezien, was voor betrokkenen onduidelijk bij wie de patiënt wanneer op controle moest komen
- wanneer een afspraak lang van tevoren werd gepland, kwam het voor dat de patiënt de afspraak vergat

1 BEREIK IS EEN KWALITEITSPROGRAMMA VAN HET CBO EN STAAT VOOR DE AFKORTING VAN BETERE RESULTATEN IN DE PATIËNTENZORG DOOR INTEGRAAL KWALITEITSMANAGEMENT

Samenvatting

In tegenstelling tot de ééndagsdiagnostiek ('one-stop-shop') bij de verdenking op een mammacarcinoom moesten patiënten bij hun jaarlijkse follow-up meerdere bezoeken brengen aan het ziekenhuis en langer wachten op de uitslag. Door het ontbreken van een gesprek met de mammacare-verpleegkundige en beperkte consulttijd bij de chirurg kwamen psychosociale klachten minder aan bod. Deze werkwijze werd voor verbetering vatbaar geacht.

Sinds 2005 is in het Streeksziekenhuis Midden-Twente dit proces in een 'one-stop-shop' multidisciplinair georganiseerd. De voordelen van deze opzet zijn tweeledig. Enerzijds levert dit voor de patiënt minder onzekerheid en meer tijdswinst op. Anderzijds leidt de multidisciplinaire aanpak tot het beter in kaart brengen van lichamelijke en psychosociale klachten. Hiervoor wordt een formulier, voorafgaand aan het follow-up bezoek ingevuld, waarop direct gereageerd kan worden. Dit artikel beschrijft de opzet en het one-stop-shop proces rond de jaarlijkse follow-up controles.

Zorginhoudelijke knelpunten:

- het afnemen van de anamnese (lichamelijke en psychosociale aspecten) vond plaats tijdens het reguliere spreekuur van de chirurg; door tijdgebrek was de anamnese echter niet altijd volledig
- arts-assistenten die op de polikliniek werkzaam waren en deze patiënten tijdens een regulier spreekuur zagen, hadden onvoldoende inzicht in de problematiek van deze categorie patiënten
- criteria en vragenlijst/checklist op basis waarvan patiënten moesten worden doorverwezen naar een medisch psycholoog of revalidatieprogramma ontbraken

Tevens kreeg het ziekenhuis geen financiering voor deze follow-up wanneer patiënten binnen één jaar terugkwamen voor een follow-up bezoek (er werd geen eerste-polikliniek-bezoek gescoord)

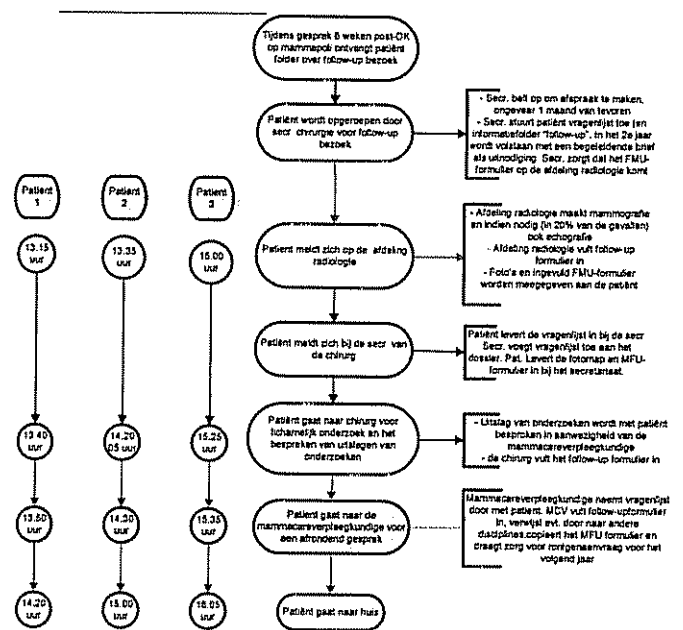
Opzet follow-up polikliniek

Om de genoemde knelpunten op te lossen en de zorgverlening rond de mammacarepatiënt te optimaliseren en procesgestuurd te organiseren, werd in april 2005 een multidisciplinaire follow-up polikliniek gestart conform de diagnostische mammapol. Het doel is dat mammacare patiënten die voor een jaarlijkse controle naar het ziekenhuis komen, alle standaardonder-

zoeken met directe uitslag en alle standaardgesprekken in één bezoek krijgen aangeboden: dus in een one-stop-shop. De doelgroep bestaat uit patiënten die in opzet curatief zijn behandeld voor mammacarcinoom en die daarna geen ziekteverschijnselen vertonen.

Het traject

De follow-up controles vinden wekelijks plaats tijdens het bestaande spreekuur op de mammapol. Hierbij is ruimte gereserveerd op de afdeling radiologie en de polikliniek chirurgie voor het uitvoeren van de benodigde onderzoeken. Het proces is weergegeven in het stroomschema (figuur 1) en is voor de patiënt beschreven in een folder. Het bezoek aan de follow-up polikliniek vindt ongeveer een jaar na het eerste mammapolbezoek plaats. De patiënt wordt door de secretaressen van de chirurgen telefonisch benaderd om hiervoor een afspraak te maken. Vervolgens ontvangt de patiënt een vragenformulier met het verzoek dit in te vullen en mee te nemen naar het follow-up bezoek. Dit formulier bevat diverse categorieën vragen over het lichamelijk en psychosociaal welbevinden van de patiënt. Zowel de chirurg als de mammacareverpleegkundige gebruiken het formulier op de follow-up



Figuur 1: routing patiënten

2 HET BETREFT HIER EEN TRANSMURAAL PROTOCOL LYMFODEEM. VOLGENS DIT PROTOCOL HANTEREN DE VERSCHILLENDE HULPVERLENERS DEZELFDE MEETMETHODEN EN RICHTEN ZIJ ZICH OP PREVENTIE, BEHANDELING EN EENDUIDIGE INFORMATIEVERSTREKKING AAN DE PATIENT

polikliniek als basis voor het gesprek met de patiënt. Mede aan de hand van dit vragenformulier kan de behoefte aan eventuele psychosociale ondersteuning in kaart worden gebracht.

De bevindingen van de onderzoeken die in het follow-up traject plaatsvinden, worden vastgelegd op een speciaal ontwikkeld follow-up formulier, zodat iedereen steeds de meest recente informatie heeft.

Wanneer tijdens het follow-up traject de patiënt een recidief van borstkanker of metastasen blijkt te hebben, zal zij in de reguliere mammapoli terecht komen. Is de uitslag goed, dan wordt het follow-up traject voortgezet. De mammacareverpleegkundige stelt met behulp van het vragenformulier in een afsluitend gesprek met de patiënt vast of er aanvullend onderzoek of psychosociale begeleiding nodig is. Zijn er bijzonderheden of twijfels, dan kan zij de chirurg ter plekke in consult roepen. Indien de patiënt een okselklierdissectie heeft ondergaan, wordt gecontroleerd op de aanwezigheid van lymfoedeem. Bij een toename in armvolume van 10 procent of meer wordt de patiënt volgens protocol² verwezen naar een oedeem/fysiotherapeut gespecialiseerd in manuele lymfdrainage. Tot slot wordt het follow-up formulier gefaxt naar de huisarts en medebehandelaars en opgeborgen in het patiëntendossier.

Evaluatie

Doel

Deze evaluatie had tot doel een beschrijving te geven van de lichamelijke en psychosociale klachten die patiënten ondervonden één jaar na de diagnose mammacarcinoom en het aantal patiënten dat werd doorverwezen. Eveneens werd gekeken of er een relatie bestond tussen de primaire behandeling en de klachten. Daarnaast werd het follow-up formulier beoordeeld op volledigheid en bruikbaarheid.

De methode

Het vragenformulier over lichamelijke en psychosociale klachten is ontwikkeld door een eigen multidisciplinaire werkgroep, gebaseerd op de checklist van Pruyn (1997). De werkgroep bestond uit een chirurg, een radiologisch laborant, een administratief medewerkster radiologie, een teamleider radiologie, de verpleegkundig specialist oncologie, een secretaresse chirurgie en de beleidsmedewerker zorg. In vergelijking met de checklist van Pruyn zijn elf onderdelen verwijderd die betrekking hadden op lichamelijke klachten en vier vragen toegevoegd. Dit heeft te maken met de specifieke doelgroep waarvoor de lijst is bedoeld. De patiënt kan op de checklist aangeven of hij/zij behoefte heeft aan een gesprek met een hulpverlener of met iemand anders.

De signaleringslijst van Knipscheer-Kuipers, gebaseerd op het model van Pruyn, geeft een groepering aan die de indicatie voor psychosociale begeleiding (PSB) normeert. PSB is noodzakelijk bij slaapproblemen. Deze normering wordt naast de signaleringslijst van Pruyn gebruikt.

In de periode april 2005 t/m december 2006 zijn de formulieren van de eerste follow-up bezoeken gekoppeld aan de regionale kankerregistratie. In deze kankerregistratie worden alle tumoren in de regio door hiervoor opgeleide registratiemedewerkers geregistreerd conform (inter)nationale codeerregels. De basismelding geschiedt via PALGA (pathologie-uitsla-

gen). Gegevens over onder andere de plaats van de tumor, het stadium, het type weefsel, en behandelingengegevens worden in de kankerregistratie opgenomen (voor een uitgebreidere beschrijving: www.ikcnet.nl).

De resultaten

In de genoemde periode hebben 80 patiënten de vragenlijsten ingevuld voor een eerste follow-up bezoek. Hiervan zijn 76 lijsten geschikt bevonden en in de analyses opgenomen. De gemiddelde leeftijd was 60 jaar (minimaal 38 en maximaal 82 jaar). De gemiddelde tijd tussen de diagnose en het eerste follow-up bezoek was 1,1 jaar (minimaal 0,5 en maximaal 2,1 jaar).

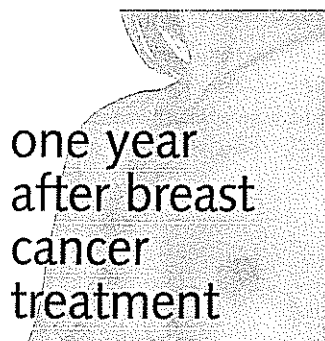
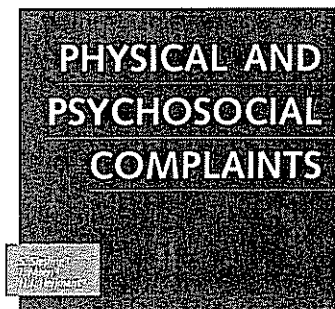
De algemene vraag of patiënten problemen ondervonden ten aanzien van hun ziekte of behandeling werd in 25 gevallen met 'nee' beantwoord. Een deel van deze patiënten had echter wel op verschillende andere onderdelen 'ja' geantwoord. Het onderdeel 'algemene problemen' is hierdoor niet betrouwbaar en daarom niet meegenomen in de verdere analyses.

In tabel 1 zijn de onderdelen van de vragenlijst samengevat en zijn tumorgegevens weergegeven.

Volgens de normering van Knipscheer kwamen 27 patiënten (36 procent) in aanmerking voor psychosociale begeleiding.

TABEL 1: ITEMS VAN DE VRAGENLIJST EN TUMORGEGEVENS VAN 76 PATIËNTEN

		AANTAL	PERCENTAGE
LICHAMELIJKE KLACHTEN	JA (1 KEER)	18	24
	JA (>1 KEER)	27	36
	NEE	31	40
PSYCHOSOCIALE KLACHTEN	JA (1 KEER)	6	8
	JA (>1 KEER)	12	16
	NEE	58	76
HERVATTING WERKZAAMHEDEN/SPORT	JA (OF "EEN BEETJE")	58	76
	NEE	18	24
OMGAAN MET PROBLEMEN	JA	57	75
	NEE	19	25
ONDERSTEUNING VOLDOENDE	JA	72	96
	NEE	4	4
MET IEMAND PRATEN	JA	8	11
	NEE	68	89
MEER INFORMATIE	JA	27	36
	NEE	49	64
TUMORGEGEVENS			
TUMORSTADIUM (PT)	1	39	51
	2	26	34
	>2	6	8
	IN SITU	5	7
CHIRURGISCHE BEHANDELING	BORSTSPAREND	41	54
	NIET-BORSTSPAREND	35	46
RADIOTHERAPIE	RT	43	57
	GEEN RT	33	43
OKSELKIERTOILET	OKT	38	50
	GEEN OKT	38	50



GUIDELINE IN THE NETHERLANDS
Breast cancer should be treated within a specialised multidisciplinary breast cancer care setting. Within this setting patients visit breast cancer care nurses regularly. During the consult attention is paid to physical and psychosocial complaints after breast cancer treatment.

AIM
To describe the physical and psychosocial burden one year after surgical breast cancer treatment.

METHOD

- physical and psychosocial questionnaire
- one year after breast cancer treatment
- consult by breast cancer care nurses
- between April 2005 and December 2006 (n=76)



STATISTICS

- Spearman Rank correlation

RESULTS

- 36 patients were referred for their physical or psychosocial burden
- 78% of patient with physical complaints had psychosocial complaints as well (Cnr 0.24, p=0.07)
- When patients were in need to talk to a professional care giver they all scored high on the psychosocial items (Cnr 0.62, p=0.05)
- Of the patients who did not want to talk, 28% still had a high score on the psychosocial items
- No relation was found between the treatment and psychosocial complaints
- Patients who underwent mastectomy had physical complaints in 74% of the cases, compared to only 46% in the breast conserving group (Cnr 0.28, p=0.05)
- Lymph node dissection had little effect on having physical complaints or not

CONCLUSIONS

- Take physical and psychosocial burden into account at the follow-up visits of breast cancer patients
- Most of the patients with complaints had a combination of both physical and psychosocial complaints
- Breast cancer care nurses can use a special developed questionnaire
- Surgical treatment is the main factor influencing the physical complaints

More definitive results can be presented after inclusion of more patients

1. Coördinerend
Comprehensive Cancer Care (Interdisciplinair Team) (Utrecht (The Netherlands))

2. Onderzoeksgroep Fysiek en Psychosociaal (Interdisciplinair Team) (Utrecht (The Netherlands))

3. Onderzoeksgroep Fysiek en Psychosociaal (Interdisciplinair Team) (Utrecht (The Netherlands))

Follow-up en behandeling

Van de patiënten die een amputatie hadden ondergaan, had 74 procent lichamelijke klachten (> 1 keer 'ja'). Van de patiënten die een borstsparende chirurgische behandeling hadden gehad, meldde 46 procent lichamelijke klachten. Wanneer we chirurgie combineren met het wel of niet ondergaan van een okselkliertoilet waren er lichamelijke klachten bij 78 procent van de patiënten met een borstverwijdering zonder okselkliertoilet en bij 73 procent van de patiënten met een okselkliertoilet. In de groep borstsparend behandelde patiënten was dit respectievelijk 45 procent en 50 procent. Het wel of niet ondergaan van een okselkliertoilet had dus weinig invloed op de mate van lichamelijke klachten. Geen van de tumorvragen had een relatie met het wel of niet hebben van psychosociale klachten. Van de patiënten met lichamelijke klachten had 78 procent ook psychosociale klachten. Geen relatie werd gevonden tussen de behoefte aan praten en lichamelijke klachten.

Verwijzingen

In totaal hebben 39 verwijzingen plaatsgevonden in de periode april 2005 t/m december 2006 (tabel 2). Het ging hier om verwijzingen voor zowel psychosociale als lichamelijke begeleiding. Op de follow-up formulieren werd

niet aangegeven of de patiënt werd verwezen. Hier kon dus geen directe relatie worden gelegd tussen verwijzing, klachten en tumorgegevens.

TABEL 2: AANTAL VERWIJZINGEN NAAR VERSCHILLENDE DISCIPLINES PER JAAR VAN FOLLOW-UP (TOTAAL AANTAL VERWIJZINGEN IS 39):

DOORVERWIJZING NAAR:	JAAR VAN FOLLOW-UP BEZOEK	
	2005	2006
FYSIOTHERAPIE	5	4
MAATSCHAPPELIJK WERK	2	1
OVERGANGSCONSULENT	4	4
PLASTISCH CHIRURG	7	6
REVALIDATIE PROGRO: HERSTEL EN BALANS	1	3
GEZ SERVICE THUISZORG	-	1
PSYCHOLOOG	-	1

Discussie en conclusie

Het procesgestuurd organiseren van de follow-up voor borstkankerpatiënten is in de meeste ziekenhuizen niet gebruikelijk. Het SMT is er in geslaagd het follow-up bezoek van de patiënt multidisciplinair in een one-stop-shop te organiseren, zodat de patiënt slechts één bezoek aan het ziekenhuis hoeft te brengen. Het vragenformulier dat op de follow-up poli wordt gebruikt, moet op basis van de eerste evaluatie worden aangepast, met name wat betreft de eerste vraag naar algemene problemen die niet bruikbaar bleek. Daarnaast moet op het formulier aangegeven worden voor welk probleem de patiënt naar welke hulpverlener is doorverwezen. Het aantal verwijzingen is lager dan in eerste instantie werd verwacht. Dit is waarschijnlijk te verklaren door het feit dat patiënten al in een eerder stadium zijn doorverwezen naar verschillende disciplines. Verwijzing kan bijvoorbeeld al plaatsvinden naar aanleiding van het evaluatiegesprek na drie maanden met de mammacareverpleegkundige.

Concluderend kan gesteld worden dat fysiek en psychosociaal lijden een plaats moeten krijgen in de follow-up van borstkankerpatiënten. De meeste mensen met klachten hadden last van een combinatie van beide. Chirurgische behandeling is de belangrijkste factor voor het ontstaan van fysieke klachten. Meer definitieve resultaten kunnen worden gepresenteerd, nadat meer patiënten in het onderzoek zijn geïncludeerd.

LITERATUUR

- DE KOK, E. HET GEBRUIK VAN SIGNALERINGSLIJSTEN VOOR PSYCHOSOCIALE PROBLEMATIEK IN DE ONCOLOGIE. ERVARINGEN VAN ZORGVERLENERS. ONDERZOEKSRAPPORT VAN HET HELEN DOWLING INSTITUUT UTRECHT, 2006.
- BOERSMA, B., HEBEDA, C., MEEN, I., IN 'T VELD, C., HUIS IN 'T VELD, M. (2006). TRANSMURAAL MULTIDISCIPLINAIR PROTOCOL LYMFODEEM REGIO MIDDEN TWENTE. RICHTLIJN BEHANDELING VAN HET MAMMACARCINOOM. KWALITEITSINSTITUUT VOOR DE GEZONDHEIDSZORG CBO. (2005).

INFORMATIE

I.MEEN@ZORGSCAKEL.NL

HET FOLLOW-UP FORMULIER EN DE FOLDER ZIJN OP TE VRAGEN BIJ DE AUTEUR