



Datum: 27 maart 2007

Nacontrole na kanker beter afstemmen op doel en kennis

De huidige nacontrole in de oncologie is volgens de Gezondheidsraad voor verbetering vatbaar. Zo verdienen voorlichting en begeleiding meer systematische aandacht. Verder zou de actieve opsporing van nieuwe manifestaties van de behandelde kanker beperkt moeten blijven tot die vormen van kanker waarbij dit aantoonbaar winst kan opleveren voor de duur of kwaliteit van leven. Iedere vorm van kanker vergt een systematisch programma van nacontrole. Voor elke patiënt zou er tevens een persoonlijk nazorgplan moeten zijn. Het is wenselijk dat dit binnen vijf jaar zijn beslag krijgt. Dit stelt de Gezondheidsraad voor in het vandaag verschenen advies Nacontrole in de oncologie.

De nazorg aan volwassenen die een curatieve kankerbehandeling achter de rug hebben, vindt voor een belangrijk deel plaats binnen een programma met een reeks van afspraken en onderzoeken. Die programmatisch aangeboden nazorg wordt nacontrole genoemd. De behandelaars hebben hierbij drie doelstellingen voor ogen. Ten eerste voorlichting en begeleiding van de patiënt, en eventueel behandeling van de vaak ingrijpende gevolgen van de ziekte en de toegepaste therapie. Ten tweede de vroege opsporing van eventuele nieuwe manifestaties van de behandelde kanker. Het idee hierachter is dat vroege opsporing betere behandeling mogelijk zou maken dan wanneer men afwacht tot er klachten en verschijnselen zijn. Ten derde kan nazorg van belang zijn voor de evaluatie van het medisch handelen met het oog op verbetering daarvan.

De huidige nacontrole in de oncologie is volgens de Gezondheidsraad op alle drie de doelstellingen voor verbetering vatbaar. Algemene lichamelijke en psychische klachten (zoals moeheid, angst of seksuele problemen) worden nog niet systematisch gesignaleerd. Ook kan de psychosociale zorg beter in de nacontrole geïntegreerd worden. De vroege opsporing van nieuwe manifestaties van de behandelde kanker heeft alleen zin wanneer daarmee aantoonbaar winst in duur of kwaliteit van leven geboekt kan worden. Dat betekent dat er een behandeling moet zijn, die in een vroeg stadium effectiever is dan als er al klachten zijn. Voor sommige soorten tumoren staat dat vast, maar bij andere vormen van kanker is die winst er niet. Verder ontbreekt op dit moment in de nacontrole een systematische opzet voor de evaluatie van het medisch handelen.



Vaak zijn verschillende specialisten betrokken bij de nacontrole, maar zijn er geen goede afspraken over wie de coördinatie van het programma op zich neemt.

De Gezondheidsraad presenteert in het vandaag verschenen advies een toetsingskader waarmee de nacontrole in de oncologie in de toekomst beter gestructureerd en onderbouwd kan worden. Het bevat deelscenario's per doelstelling, die met elkaar het totaalscenario vormen voor de nacontrole bij een bepaalde vorm van kanker. Dit programma wordt opgenomen in een nazorgplan, dat elke patiënt zou moeten krijgen als de kankerbehandeling is afgelopen.

Elk programma van nacontrole geeft een moment aan waarop overwogen moet worden of verdere nacontrole nog nodig is, en zo ja in welke vorm. Dat moment verschilt per kankersoort en per behandeling. Voor de psychosociale verwerking acht de Gezondheidsraad een jaar nacontrole een goed uitgangspunt. Als de specialistische nacontrole wordt afgesloten, dienen patiënt en huisarts informatie en instructie te krijgen over blijvende aandachtspunten, waaronder eventuele late gevolgen van de behandeling. Goede afspraken tussen specialist en huisarts moeten een patiënt het vertrouwen geven om op eigen kracht verder te gaan, terwijl zo nodig specialistische zorg beschikbaar blijft.

Wil een rationeler nacontrolebeleid tot stand kunnen komen, dan is het noodzakelijk dat de beroepsgroep zelf de nacontrole in de oncologie hoog op de agenda zet en dat dit wordt gestimuleerd door een langlopend onderzoeksprogramma. Dit zal zich, mede door koppeling van bestaande registraties, moeten richten op zowel gewenste als op nadelige gevolgen van zorg.

Commissiesamenstelling:

• prof. dr. J. Kievit, chirurg, hoogleraar medische beslistkunde; LUMC, *voorzitter* • prof. dr. E. Schadé, hoogleraar huisartsengeneeskunde; AMC, *vice-voorzitter* • dr. A.C. Ansink, gynaecoloog/oncoloog; Erasmus MC, Daniël den Hoed oncologisch centrum • dr. G.H. de Bock, epidemioloog; UMCG
• prof. dr. C.C.E. Koning, hoogleraar radiotherapie; AMC • prof. dr. W.P.Th.M. Mali, hoogleraar algemene radiodiagnostiek; UMCU • prof. dr. J.W.R. Nortier, hoogleraar geneeskundige oncologie; LUMC
• dr. R. Segaar; Ministerie van VWS, *adviseur* • prof. dr. A.L.M. Verbeek, hoogleraar epidemiologie; UMC St Radboud • prof. dr. T. Wiggers, hoogleraar chirurgie; UMCG • D.C.M. Gersons-Wolfensberger, arts; Gezondheidsraad, *secretaris*

De publicatie 'Nacontrole in de oncologie' (nr. 2007/10) is te downloaden van www.gr.nl en in een papieren versie op te vragen bij het secretariaat van de Gezondheidsraad, fax (070)3407523, e-mail: order@gr.nl. Nadere inhoudelijke inlichtingen verstrekt D.C.M. Gersons-Wolfensberger, tel. (070)340 7170, e-mail dcm.gersons@gr.nl.