

Modeli oskrbe onkoloških pacientov po zaključnem zdravljenju – pregled literature

DOI: <https://doi.org/10.55707/jhs.v10i2.130>

Pregledni znanstveni članek

UDK 616-006:615.82/84

KLJUČNE BESEDE: oskrba onkoloških pacientov, rehabilitacija, pacienti z rakom, spremljanje, kakovost življenja

POVZETEK – Za obvladovanje bremena raka je potreben celosten pristop, kar pomeni integracijo oskrbe na vseh ravneh zdravstvenega varstva. Cilj pregleda literature je ugotoviti zagotavljanje neprekinjene koordinirane integrirane celostne oskrbe onkoloških pacientov po zaključnem onkološkem zdravljenju. Narejen je bil pregled literature po zbirkah podatkov PubMed, MEDLINE, WEB OF SCIENCE po ključnih besedah cancer care, rehabilitation, cancer survivors, follow up, quality of life. V kvalitativno analizo je bilo vključenih 18 znanstvenih in strokovnih člankov. Rezultati so identificirali štiri modele izvajalcev zdravstvenih storitev, katere je mogoče na splošno razvrstiti v oskrbo, ki jo vodi specialist onkolog, oskrbo, ki si jo delita splošni zdravnik in specialist onkolog, oskrbo pod vodstvom splošnega zdravnika in oskrbo pod vodstvom medicinske sestre. Skrb se ne konča z zaključkom zdravljenja, ampak mora biti razširjena na dolgoročne zdravstvene potrebe onkoloških pacientov. Model celostne oskrbe je potrebno prilagoditi dejavnikom na ravni pacienta, lokalnim storitvam ter politiki zdravstvenega varstva za zagotavljanje optimalnega spremljanja onkoloških pacientov v celotnem kontinuumu oskrbe raka.

Review article

UDC 616-006:615.82/84

KEYWORDS: cancer care, rehabilitation, cancer survivors, follow up, quality of life

ABSTRACT – Managing the burden of cancer requires a holistic approach, which means integration at all levels of health care. The aim of the literature review is to identify the continuity of coordinated integrated holistic care for oncology patients after oncology treatment. A literature review was performed using the PubMed, MEDLINE, and WEB OF SCIENCE databases. The search was conducted using the following keywords: cancer care, rehabilitation, cancer survivors, follow-up, quality of life. The qualitative analysis included 18 scientific and peer-reviewed articles. The results identified four models of health-care providers, which can be broadly classified into specialist oncologist-led care, care shared between a general practitioner and a specialist oncologist, general practitioner-led care, and nurse-led care. Care does not end at the end of treatment, but must extend to the long-term health needs of oncology patients. The integrated care model needs to be adapted to patient-level factors, local services, and healthcare policy to ensure optimal follow-up of oncology patients throughout the cancer care continuum.

1 Uvod

V zadnjih desetletjih se je preživetje raka močno povečalo, kar je posledica zgodnje diagnostike in uspešnosti zdravljenja, kar pa posledično povečuje pritisk na zdravstveni sistem (Buccafusca idr., 2019). Lawler idr. (2021) so opredelili ključna področja pri obravnavi in nadzoru raka, ki vključujejo preprečevanje raka z vidika javnega zdravja, raziskav in politike, diagnosticiranja raka v najzgodnejši možni fazi bolezni,

pravočasnega optimalnega zdravljenja in podporne oskrbe, ki je podprta z najnovejšimi raziskavami in inovacijami, ter celostno obravnavo onkoloških pacientov, ki bo zagotovila najboljšo možno kakovost življenja in rehabilitacijsko podporo, ki jo potrebujejo, s poudarkom na njihovi popolni reintegraciji v družbo. Cilj Evropskega načrta za boj proti raku (2021) ni le zagotoviti, da onkološki pacienti preživijo svojo bolezen, temveč da živijo dolgo, polno življenje brez diskriminacije in nepravičnih ovir.

Angleški termin »cancer survivor« opredeljuje (Cancer.Net, 2021) vsakega pacienta z rakom, od postavitve diagnoze pa vse do konca njegovega življenja (ZRC SAZU, 2017; National comprehensive cancer network NCCN, 2021). Ob zaključku onkološkega zdravljenja imajo pacienti z rakom bistveno manj stika z onkološkim timom, kar lahko predstavlja olajšanje, da je zdravljenje zaključeno, vendar pa se lahko poveča negotovost glede prihodnosti, tesnoba, strah pred ponovitvijo bolezni, vzbudi se krivda, lahko tudi fizične, psihične, socialne in spolne težave ali težave s plodnostjo ter težave v medosebnih odnosih (Cancer.Net, 2021). Prehod v življenje po onkološkem zdravljenju predstavlja pacientom različne izzive glede prilagoditev, okrevanja, implementacije in obvladovanja tehnik samooskrbe (Drury idr., 2021). Uspešnega preživetja ni mogoče doseči brez rehabilitacije, ki je ponujena kot del celostne oskrbe (Lagergren idr., 2019). Zdravec - Zaletel in Kurir - Borovčič (2019) sta v Idejni zasnovi in strategiji celostne rehabilitacije onkoloških pacientov definirali pomen termina celostne rehabilitacije in postavili temeljne vrednote izvajanja celostne rehabilitacije, kot so: pravičnost – enakopravnost – solidarnost, strokovnost izvajanja storitev, humanost in vzdržnost sistema – učinkovitost in ekonomičnost. V priporočilih Svetovne zdravstvene organizacije (2017) o rehabilitaciji v zdravstvenih sistemih je opredeljena vključenost rehabilitacijskih storitev v zdravstvene sisteme, kar pomeni jasno določitev odgovornosti in njeno integracijo v zdravstveni sistem. Rehabilitacija je potrebna na vseh ravneh zdravstvenega varstva za identifikacijo potreb in za učinkovito neprekinjeno oskrbo skozi celotno okrevanje osebe. To pomeni standardizirane napotitve in usklajevanje med ravnmi zdravstvenega varstva, kar pomaga zagotoviti celostno oskrbo in optimalne izide zdravljenja. V Sloveniji se celostna rehabilitacija za onkološke paciente v polnem obsegu ne izvaja, deležni so je sporadično in v neenakomernem obsegu (Zdravec - Zaletel idr., 2018). Strateški cilj Državnega programa za obvladovanje raka (DPOR, 2023) za področje celostne rehabilitacije, ki jih je treba na državni ravni še podrobneje zastaviti in nato umestiti je, da s celostno in pravočasno rehabilitacijo pacientom z rakom zagotavljamo kakovostno življenje. Ocena kakovosti življenja izboljša naše razumevanje, kako rak in onkološko zdravljenje vplivata na življenje pacientov in kako prilagoditi strategije zdravljenja. Drury idr. (2020) ugotavljajo, da se onkološki pacienti soočajo z vrsto potreb po informacijah in podporni oskrbi v povezavi z obvladovanjem preživetja raka, kar vpliva na njihovo kakovost življenja. Neželjeni učinki, ki se pojavijo med zdravljenjem, se pri mnogih pacientih pozneje izboljšajo, pri drugih pa vztrajajo (American Cancer Society, 2023). Polovica pacientov, ki so ozdravljeni, trpi za poznimi zapleti zdravljenja, ki so lahko prisotni

mesece ali leta po zaključenem zdravljenju in vključujejo fizične in psihosocialne težave (El-Shami idr., 2015). Te težave lahko negativno vplivajo na sposobnost onkoloških pacientov, da se vrnejo k rednim dejavnostim, in na splošno finančno varnost po zdravljenju (American Cancer Society, 2023). Neželeni učinki predstavljajo izzive za zdravstvene sisteme, ki morajo zagotoviti ustrezno nadaljnjo oskrbo in kakovost življenja: prehod od »kako dolgo« ljudje živijo po diagnozi, na »kako dobro« lahko ljudje živijo od diagnoze dalje (Albreht idr., 2015). Spremembe življenjskega sloga lahko pomembno vplivajo na prognozo in dobro počutje onkoloških pacientov (Lagergren idr., 2019) ter na kakovost življenja.

V Evropi ni uradno formalizirano, kako naj bi bila organizirana oskrba po zaključenem onkološkem zdravljenju (Lagergren idr., 2019). Trenutni modeli oskrbe pogosto niso osredotočeni na paciente in njihove potrebe, niso usklajeni ali dostopni. Prav tako ne obvladujejo in zmanjšujejo bremena bolezni in neželenih učinkov, povezanih z onkološkim zdravljenjem (Colombani idr., 2019). Chan idr. (2023) navajajo, da se koncept modela oskrbe nanaša na načrtovanje in izvajanje zdravstvenih storitev (tj. kako je oskrba organizirana, kdo jo izvaja, vrsto rakavega obolenja, zmogljivosti za zagotavljanje določenih storitev). Modele celostne oskrbe za nadaljnje spremljanje po onkološkem zdravljenju je mogoče na splošno razvrstiti v oskrbo, ki jo vodi specialist onkolog; oskrbo, ki si jo delita splošni zdravnik (angl. general practitioner) in specialist onkolog; oskrbo pod vodstvom splošnega zdravnika; oskrbo pod vodstvom medicinske sestre z naprednimi znanji (Taylor idr., 2015; Jefford idr., 2022) ali v tujini specialistke (angl. clinical nurse specialist). Glede na naraščajočo pojavnost in preživetje raka so številni strateški načrti za raka opredelili usklajevanje zdravljenja raka kot prednostno nalogo za izboljšanje zdravstvenih storitev. Številne študije so raziskale težave pri nadaljnji oskrbi onkoloških pacientov (Cancer Control Joint Action CanCon, b. d.; Mollica idr., 2020) in ugotovile, da so bili dejavniki, ki najbolj ovirajo kakovost nadaljnjega spremljanja raka, slaba koordinacija oskrbe, pomanjkanje komunikacije med izvajalci zdravstvenih storitev, negotovost glede odgovornosti za nadaljnjo oskrbo, pojav številnih nezadovoljenih psihosocialnih potreb in vprašanj v zvezi z rehabilitacijo ter vrnitvijo na delo (Evropski načrt za boj proti raku, 2021). Choi (2017) je opredelila, da je usklajevanje in učinkovitost prehoda oskrbe bistvenega pomena za zagotavljanje visokokakovostne oskrbe pri številnih kroničnih obolenjih kot tudi pri preživetju raka. Prelomno poročilo Ameriškega inštituta za medicino (IOM, 2006 v Halpern idr., 2015) je identificiralo bistvene komponente oskrbe, ki se navezujejo na preprečevanje primarnega in sekundarnega raka in drugih poznih učinkov, nadzor nad ponovitvijo ali novim rakavim obolenjem, intervencije in zdravljenje raka ter usklajevanje med specialisti in izvajalci primarne zdravstvene oskrbe. Prednostne naloge in usmeritve izvajanja in zagotavljanja visokokakovostne celostne oskrbe onkoloških pacientov vključujejo naslednje cilje: ugotavljanje in obravnavanje potreb onkoloških pacientov, omogočanje koordinirane oskrbe, spremljanje in nenehno izboljševanje oskrbe ter povezovanje, obveščanje in sodelovanje s ključnimi deležniki (South Australian Survivorship Framework, b. d.).

Clinical Oncology Society of Australia (2016) je razvil model celostne oskrbe raka, v katerem so povzeta ključna priporočila nadaljnje oskrbe, kot so izvajanje multidisciplinarnega, sistematičnega pristopa za izboljšanje usklajene in integrirane oskrbe onkoloških pacientov, stratificirane poti oskrbe, kar pomeni oskrbo, prilagojeno potrebam posameznika in določeno z dejavniki, kot so vrsta raka in zdravljenje, simptomi in tveganje za pozne neželene učinke, nadzor in obvladovanje simptomov in poznih neželenih učinkov, usmerjeno v dobro počutje, zdrav življenjski slog ter primarno in sekundarno preventivo. Ob prehodu v nadaljnjo oskrbo po zaključenem onkološkem zdravljenju mora biti pripravljen povzetek zdravljenja s strani onkološkega tima in načrt celostne oskrbe. Priporočila zajemajo zagotavljanje pravičnosti in pravočasnosti dostopa do storitev, hkrati pa zmanjšano nepotrebno uporabo zdravstvenih storitev in virov. Lagergren idr. (2019) poudarjajo, da je potrebno vzpostaviti nov model oskrbe, ki združuje vsa multidisciplinarna področja v en rehabilitacijski tim. Potrebna so tudi politična prizadevanja za dejavno vključevanje skupin zagovornišva pacientov, da bi podprli enak dostop do kakovostnih storitev preživetja in rehabilitacije. Vključitev pacientov v spremljanje in obvladovanje poznih učinkov ali proces rehabilitacije je velik izziv. Onkološkim pacientom je potrebno ponuditi programe samooskrbe in nuditi nasvete, kako skrbeti zase po diagnozi raka z ustreznimi informacijami o možnih poznih učinkih ter njihovem zgodnjem prepoznavanju in obvladovanju.

Namen raziskave je z uporabo pregleda znanstvene in strokovne literature proučiti pomen celostne oskrbe onkoloških pacientov, obvladovanje bremena bolezni in zdravljenja ter vpliva na kakovost življenja po onkološkem zdravljenju.

Cilj raziskave je ugotoviti zagotavljanje neprekinjene koordinirane integrirane celostne oskrbe onkoloških pacientov po zaključenem onkološkem zdravljenju.

Na podlagi raziskovalnega problema smo oblikovali raziskovalno vprašanje: Na kakšen način zagotavljati kontinuiteto zdravstvene oskrbe onkoloških pacientov po zaključenem onkološkem zdravljenju?

2 Metode

2.1 Metode pregleda literature

Pri iskanju literature smo se omejili na znanstvene in strokovne članke s področja koordinirane integrirane celostne oskrbe po onkološkem zdravljenju. V sintezo so bili uvrščeni le članki, ki so bili dostopni v polnem besedilu in potencialno primerni prispevki. Pri iskanju literature smo se omejili na članke, objavljene v angleškem jeziku. Uporabljene so bile ključne besede, povezane z Boolovimi operatorji (AND) in (OR): »cancer care«, »rehabilitation«, »cancer survivors«, »follow up«, »quality of life«. Iskanje literature je potekalo januarja 2023 v podatkovnih bazah PubMed, MEDLINE in WEB OF SCIENCE. Pri pregledu literature smo uporabili vključitvene in izključitvene kriterije, prikazane v tabeli 1.

Tabela 1*Vključitveni in izključitveni kriteriji/Inclusion and Exclusion Criteria*

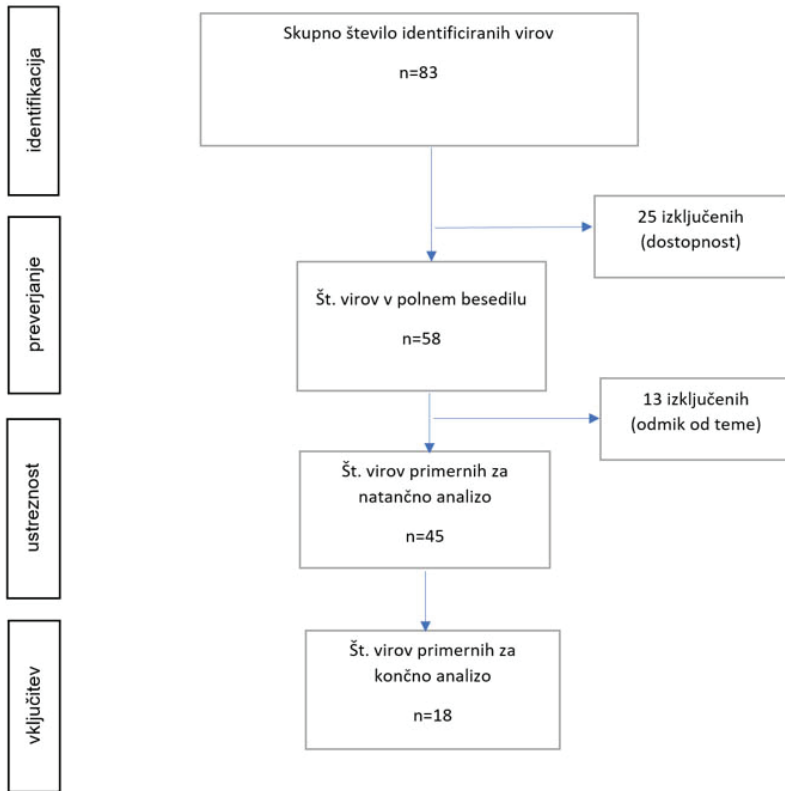
| <i>Kriterij</i> | <i>Vključitveni kriteriji</i> | <i>Izključitveni kriteriji</i> |
|------------------|---|--|
| Ključne besede | cancer care, rehabilitation, cancer survivors, follow up, quality of life | drugo |
| Kraj obravnave | zdravstveno varstvo | domače okolje |
| Starost | ≥ 18 let | < 18 let |
| Vrsta publikacij | znanstveni in strokovni članki | učbeniki, nerecenzirani in poljubni članki |
| Časovno obdobje | 2015–2023 | 2014 in starejši |
| Jezik | angleški | drugi jeziki |
| Dostop | celotna besedila | povzetek |

2.2 Rezultati pregleda zadetkov

S specifikacijo iskalnih pojmov in s kombinacijo ključnih besed z Boolovimi operatorji smo dobili širši nabor potencialno primerne literature. Skupno smo pridobili 83 zadetkov, od tega 71 znanstvenih člankov in 12 strokovnih člankov v angleškem jeziku. Na podlagi vključitvenega kriterija »dostopnost besedila v celoti« smo izločili 25 identificiranih virov. V nadaljevanju smo pregledali 58 virov in izločili vire, ki tematsko niso bili ustrezni. Izločenih je bilo 13 člankov. V končno analizo smo vključili 18 člankov (Slika 1).

Slika 1

Rezultati pregleda literature po metodologiji PRISMA/Results of the Literature Review Using the PRISMA/PRISMA Flow Diagram Methodology



3 Rezultati

Na podlagi pregleda izbranih virov smo oblikovali štiri različne kategorije (modele oskrbe) na področju koordinirane integrirane celostne oskrbe po onkološkem zdravljenju. Pregled virov predstavljamo združeno v kategorijah v tabeli 2. Vsebinsko smo vire razdelili glede na vodenje/koordiniranje oskrbe s strani izvajalca oskrbe. V tabeli 2 je prikazan končni seznam pregledanih znanstvenih in strokovnih člankov, vključenih v vsebinsko kvalitativno analizo.

Tabela 2

Prikaz ključnih ugotovitev identificiranih raziskav in strokovnih člankov, vključenih v kvalitativno analizo/Presentation of Key Findings of the Identified Research and Professional Articles Included in the Qualitative Analysis

| <i>Model oskrbe</i> | <i>Avtorji</i> | <i>Ključne ugotovitve</i> |
|--|---|--|
| Model oskrbe specialista onkologa | Mollica idr., 2020 Alfano idr., 2019 Mayer in Alfano, 2019 Murchie idr., 2016 | Tradicionalno spremljanje pacientov z rakom po zaključenem onkološkem zdravljenju je še vedno najpogostejši model oskrbe, ki ga običajno vodi specialist onkolog ali hematolog in se izvaja v bolnišničnem okolju. Večinoma se osredotoča na spremljanje ponovitve bolezni in novih primerov raka, oskrba pa se zagotavlja v skladu s priporočenimi smernicami nadaljnjega spremljanja. Pri obvladovanju simptomov in spodbujanju zdravja se uporablja nesistematičen pristop, pacienti pa imajo pogosto precej neizpoljenih potreb. |
| Model deljene oskrbe med specialistom onkologom in splošnim zdravnikom | Choi, 2017 Jacobs in Shulman, 2017 Zhao idr., 2018 Lisy idr., 2020 | Deljena oskrba je nadaljnja oskrba, ki si jo delita bolnišnični onkološki tim in izvajalec primarnega zdravstvenega varstva, običajno splošni zdravnik. Nekatere vidike oskrbe pacienta prevzame onkološka ekipa, nekatere pa splošni zdravnik. Obe strani sta stalno vključeni v pacientovo oskrbo. Nadaljnja oskrba še vedno poteka v skladu s priporočenimi smernicami nadaljnjega spremljanja. Skupna nadaljnja oskrba je lahko varna in učinkovita. |
| Model oskrbe izvajalca primarnega zdravstvenega varstva | Rubin idr., 2015 Brandenburg idr., 2017 Jefford idr., 2022 Vos idr., 2021 | Pri obravnavi, ki jo vodi splošni zdravnik, poteka rutinsko spremljanje v okviru primarnega zdravstvenega varstva in lahko vključuje tudi sodelovanje medicinske sestre v primarnem zdravstvenem varstvu. Raziskave so pokazale, da je oskrba pod vodstvom splošnega zdravnika varna in učinkovita pri nekaterih vrstah raka. V primerjavi s tradicionalnim spremljanjem, ki ga vodi specialist onkolog, je minimalna razlika pri pacientih v kakovosti življenja, počutju, zadovoljstvu z obravnavo, kliničnih rezultatih, ponovitvi bolezni ali preživetju. |
| Modeli oskrbe medicinske sestre z naprednimi znanji ali specialistke (angl. Clinical nurse specialist) | Corcoran idr., 2015 Thom idr., 2019 Browall idr., 2017 Elizondo Rodriguez idr., 2022 Monterosso idr., 2019 Chan idr., 2023 | Obstaja vrsta modelov, ki vključujejo nadaljnjo oskrbo onkoloških pacientov, ki jo izvaja medicinska sestra z naprednimi znanji ali specialistka. Ti vključujejo: svetovanja, ki jih izvaja medicinska sestra, kot del bolnišničnega onkološkega spremljanja; svetovanja pod vodstvom medicinske sestre med prehodom z zaključka zdravljenja na model deljene oskrbe; nadaljnje spremljanje, ki ga vodi medicinska sestra v sklopu klinik za spremljanje po onkološkem zdravljenju (angl. Survivorship clinic); oskrba pod vodstvom medicinske sestre lahko poteka tudi v okviru primarnega zdravstvenega varstva. |

4 Razprava

V raziskavi nas je zanimalo, kako poteka zagotavljanje neprekinjene nadaljnje oskrbe po zaključenem onkološkem zdravljenju ter katere ovire in izzivi se pojavljajo pri njenem izvajanju. Po končanem onkološkem zdravljenju večina onkoloških pacientov vstopi v strukturirano tradicionalno spremljanje bolezni v sklopu bolnišničnega zdravljenja pod vodstvom specialista onkologa. Paciente po zaključenem zdravljenju največkrat spremlja specialist onkolog zaradi pacientove čustvene izkušnje z boleznijo in povezanosti med njima, nezaupanja s strani specialistov onkologov v strokovno znanje splošnih zdravnikov in njihove premajhne vključenosti v oskrbo raka (Mayer in Alfano, 2019). Tradicionalno spremljanje je osredotočeno na odkrivanje ponovitve raka ali novih rakavih obolenj in ne izpolnjuje v celoti celostnih potreb onkoloških pacientov glede obravnave dolgoročnih posledic bolezni in zdravljenja (Lisy idr., 2020). Ta model oskrbe predstavlja veliko breme za sistem akutne obravnave rakavih obolenj (Mollica idr., 2020). Mayer in Alfano (2019) ugotavljata, da številne sprejete strateške odločitve, kot so povečanje števila specializacij iz onkologije, štipendiranje, odložitve upokojevanja itd., preprosto ne bodo dovolj za obvladovanje spremljanja naraščajočega števila onkoloških pacientov. Preobremenjenost specializiranih centrov za zdravljenje raka vpliva na visoko stopnjo izgorelosti delovne sile (Medisauskaite in Kamau, 2017), prostorsko stisko ter naraščajoče stroške zdravljenja. Poleg tega primanjkuje specialistom onkologom časa za raziskovanje, izobraževanje in vključevanje v druge dejavnosti. Vse več je tudi dokazov, da so sedanji modeli tradicionalnega spremljanja neoptimalni, saj imajo številni več let po zaključku zdravljenja neizpolnjene fizične, psihološke in socialne potrebe (Murchie idr., 2016). Slabost tradicionalnega spremljanja vključuje neusklajeno koordinacijo oskrbe in omejeno sodelovanje z izvajalci primarnega zdravstvenega varstva. Bolnišnično okolje morda ni vedno idealno mesto za oskrbo raznolike populacije onkoloških pacientov, oskrba pa morda ne predstavlja najboljše uporabe strokovnega znanja specialistov onkologov, saj je čedalje več starejših pacientov nad 65 let, ki potrebujejo obravnavno komorbidnih stanj poleg težav, povezanih z boleznijo in zdravljenjem (Alfano idr., 2019). Ob spoznanju, da so tradicionalni modeli oskrbe, ki jih vodijo specialisti onkologi, nevzdržni, so bili zasnovani in preizkušeni alternativni modeli oskrbe.

Deljena oskrba se nanaša na formalizirano sodelovanje med specialistom onkologom in splošnim zdravnikom za zagotavljanje nadaljnje oskrbe. Ti modeli skušajo združiti optimalno onkološko oskrbo, vključno z obvladovanjem komorbidnih bolezni in preventivno oskrbo (Jefford idr., 2022). Pomembno je dopolnjevanje strokovnega znanja različnih izvajalcev zdravstvenih storitev. Ovire vključujejo pomanjkanje odgovornosti za celostno oskrbo, različne preference glede modelov oskrbe in doje-manje specialistov onkologov glede usposobljenosti splošnih zdravnikov za oskrbo onkoloških pacientov po zaključenem zdravljenju. Pomembna je dobra komunikacija med izvajalci, jasnost vlog in odgovornosti, smernice za nadaljnje spremljanje in informacijski viri (npr. načrti celotne oskrbe) (Choi, 2017; Jacobs in Shulman, 2017). Smernice za oceno, zdravljenje in nadaljnjo oskrbo različnih fizioloških in psihoso-

cialnih vprašanj so ključne za dobro celostno oskrbo onkoloških pacientov (Jacobs in Shulman, 2017). Zhao idr. (2018) v pregledu literature ugotavljajo, da je ključna komunikacija in koordinacija med izvajalci oskrbe z izmenjavo informacij in odgovornosti za izboljšanje nadaljnje obravnave. Mednarodna študija Jefford idr. (2017) na področju deljene oskrbe med specialistom onkologom in splošnim zdravnikom za paciente z rakom debelega črevesa in danke obravnava bolj celovit pogled na življenje po raku, s poudarkom ne le na bolezni in ponovitvi raka, temveč tudi na obravnavanju posledic bolezni ter spodbujanju optimalnega zdravja in dobrega počutja, za kar je potrebna celovita ocena potreb in multidisciplinarna oskrba. Prav tako študija Emery idr. (2017) pri spremljanju moških z rakom prostate ni pokazala razlik med deljeno in tradicionalno oskrbo glede upoštevanja testiranja antigena, specifičnega za prostato, kakovosti življenja pacientov, stiske in nezadovoljenih potreb pacientov. Pravzaprav bi pacienti raje izbrali ta model oskrbe. Ugotovitve nekaterih raziskav deljene oskrbe so pokazale, da so onkološki pacienti bolje vodeni, če jih spremljajo tako specialisti onkologi kot splošni zdravniki, v primerjavi s tistimi, ki jih spremlja le eden od teh izvajalcev. Prav tako pacientom omogoča oskrbo bližje domu in zagotavlja večjo podporo za zadovoljevanje celostnih potreb, obvladovanje sočasnih bolezni in spodbujanje zdravja. Uporaba kliničnih poti za kontinuirano oskrbo pacientov z rakom bi lahko zagotovila rešitev za ovire ali izzive pri zagotavljanju nadaljnjega zdravljenja raka in privedla do celovitejše oskrbe onkoloških pacientov (Jacobs in Shulman, 2017). Čeprav so dokazi pokazali, da je učinkovitost deljene oskrbe podobna kot pri bolnišničnem spremljanju, bi lahko bile strategije, ki so jih opredelili iz vključenih študij, koristne za vse deležnike zdravstvenega varstva in dajejo prednost izvajanju novih strategij pri spremljanju pacientov z rakom za reševanje trajnostnega bremena bolnišnic. Deljena oskrba med specialistom onkologom in splošnim zdravnikom je povezana z visoko stopnjo zadovoljstva pacientov in je cenejša od tradicionalnega spremljanja (Zhao idr., 2018). Prihodnja prizadevanja morajo biti osredotočena na povezovanje onkologije in primarnega zdravstvenega varstva, vzpostavljanje partnerstva in izvajanje smernic za nadaljnje spremljanje, ki morajo biti sestavni del nadaljnje oskrbe (Mollica idr., 2020; Lisy idr., 2020).

Spremljanje pod vodstvom splošnega zdravnika se nanaša na oskrbo, ki je zagotovljena pretežno ali samo v okolju primarne zdravstvene oskrbe. Posledice onkološke bolezni in njenega zdravljenja bodo v prihodnosti čedalje pomembnejši del delovne obremenitve primarne zdravstvene oskrbe. Primarno zdravstveno varstvo bo v ospredju pri reševanju socialno-ekonomskih in starostnih vprašanj neenakosti pri zdravljenju raka (Rubin idr., 2015). Pacienti imajo pogosto že obstoječ odnos s svojim splošnim zdravnikom in se z njim posvetujejo glede splošne oskrbe, preventivne oskrbe in obvladovanja drugih kroničnih stanj (Rubin idr., 2015; Brandenburg idr., 2017). Študija Brandenburg idr. (2017) nakazuje, da imajo zdravniki splošne medicine pomembno vlogo pri spremljanju pacientov z rakom debelega črevesa in danke po kurativnem zdravljenju, saj so imeli bistveno več osebnih stikov, predpisov zdravil in napotitev več let po zdravljenju. Splošni zdravniki so pacientu dostopnejši kot specialisti onkologi. Študija Vos idr. (2021) je pokazala, da spremljanje pod vodstvom primarne oskrbe ni slabše od tradicionalnega spremljanja v smislu odkrivanja ponovitve raka.

Trenutni dokazi kažejo, da je spremljanje pod vodstvom primarne zdravstvene oskrbe verjetno stroškovno učinkovita alternativa tradicionalnemu spremljanju pacientov, ki so se zdravili zaradi zgodnjega stadija raka dojke, debelega črevesa in danke, prostate ter zgodnjega stadija melanoma. Vendar pa sprejetje modelov ni bilo razširjeno delno zato, ker imajo specialisti onkologi in pacienti le malo zaupanja v splošne zdravnike in imajo raje tradicionalni model oskrbe (Jefford idr., 2022).

Corcoran idr. (2015) predstavljajo razvijajoče modele in vse pomembnejšo vlogo medicinske sestre z naprednimi znanji pri razvoju, izvajanju in vrednotenju celostne oskrbe onkoloških pacientov kot neodvisnih ali sodelujočih izvajalcev oskrbe. Model celostne oskrbe se lahko osredotoča na posamezno rakavo obolenje ali na multidisciplinarni model. Pri modelu oskrbe, ki je osredotočen na posamezno rakavo obolenje, specialist onkolog in medicinska sestra z naprednimi znanji sodelujeta in sta specializirana za posamezno področje (npr. rak dojke), pri čemer se vsak osredotoča na različne klinične vidike. Zdravnik običajno izvaja nadzor glede ponovitve bolezni, medtem ko medicinska sestra nadzoruje obvladovanje poznih učinkov in usklajevanje nadaljnjih napotitev ter daje priporočila glede presejanja drugih vrst rakov in zdravega življenjskega sloga. Multidisciplinarni model je namenjen onkološkim pacientom z različnimi rakavimi obolenji, kjer je pri enem obisku na voljo več ponudnikov in storitev (npr. specialist onkolog, medicinska sestra z naprednimi znanji, socialni delavec, fizioterapevt). Medicinske sestre z naprednimi znanji ali specialiste so priznane kot usposobljeni izobraževalci, koordinatorji in ponudniki onkoloških storitev. Browall idr. (2017) ugotavljajo, da lahko nadaljnje spremljanje pod vodstvom medicinske sestre potencialno privede do boljše kontinuitete oskrbe in zagotavljanja fizične in psihosocialne podpore ter obravnavanja potreb pacientov. Metaanaliza Monterosso idr. (2019) je pokazala koristi v smislu kognitivnega in socialnega delovanja, prilagoditve življenja po onkološkem zdravljenju, zmanjšanja simptomov utrujenosti, medtem ko je bil slabši rezultat na področju izgube apetita, kar lahko nakazuje na potrebo po dodatnem izobraževanju medicinskih sester s področja klinične prehrane oz. k ustrezni napotitvi k specialistom klinične prehrane. Retrospektivni pregled Thom idr. (2019) je pokazal, da lahko medicinske sestre zagotovijo spremljanje in obvladovanje simptomov, potrebe po promociji zdravega življenjskega sloga, podporo pri samooskrbi in napotitev k ustreznim podpornim službam. Vendar ima majhno število držav široko dostopnost visoko usposobljenih izvajalcev napredne zdravstvene nege. Modeli oskrbe pod vodstvom medicinske sestre imajo lahko več ekonomskih koristi in manjšo porabo zdravstvenih virov. Poleg tega je bilo dokazano, da ti modeli oskrbe povečujejo zadovoljstvo pacientov glede udobja, krajšega čakanja, kakovosti življenja in spodbujanja kontinuitete po zdravljenju. Študija avtorjev Elizondo Rodriguez idr. (2022) je pokazala, da imajo medicinske sestre ključno vlogo pri sodelovanju v različnih fazah načrta celostne oskrbe (angl. Survivor care plan), vključno z načrtovanjem, izvajanjem, spremljanjem in usklajevanjem med različnimi ravni oskrbe, z različnimi stopnjami vključenosti in odgovornosti. Avtorji priporočajo, da medicinske sestre delujejo kot koordinatorji celostne oskrbe in prispevajo k izboljšanju komunikacije med specialisti onkologi in primarno zdravstveno oskrbo, spodbujajo nadaljnjo oskrbo v različnih fazah preživetja raka, vključno z dolgoročnim preživetjem. Vključeva-

nje medicinskih sester v spremljanje raka je lahko ena od rešitev pomanjkanja delovne sile in ima potencial za zagotavljanje dolgoročnega, trajnostnega in visokokakovostnega spremljanja ter oskrbe pacientov po onkološkem zdravljenju, kar pa zahteva še nadaljnje raziskovanje (Halpern idr., 2015; Jacobs in Shulman, 2017).

Za oskrbo onkoloških pacientov po zaključenem zdravljenju ne obstaja univerzalni model oskrbe (Jacobs in Shulman, 2017). Na to, kateri model bo učinkovitejši v določeni populaciji pacientov ali programu za zdravljenje raka, lahko vplivajo številni dejavniki, kot so število pacientov, vrsta rakavega obolenja, razpoložljivi izvajalci zdravstvenega varstva, storitve in viri, tveganje za ponovitve bolezni, raznolikost in stopnja simptomov po onkološkem zdravljenju ter želje in potrebe pacientov. Modele celostne oskrbe bo potrebno prilagoditi na podlagi vseh teh dejavnikov. Zato so prihodnje raziskovalne potrebe po oblikovanju celostne oskrbe onkoloških pacientov in o učinkovitosti že obstoječih modelov dinamična področja. Čeprav se pristopi razlikujejo, so vsi modeli usmerjeni k skupnemu cilju – izboljšanju kakovosti oskrbe pacientov z rakom z zagotavljanjem celostne, usklajene in prilagojene nadaljnje oskrbe (Halpern idr., 2015). Prihodnje raziskave bi morale raziskati, kako lahko družbene determinante zdravja in značilnosti raka vplivajo na učinkovitost in primernost različnih modelov oskrbe. Poleg tega pa je potrebno raziskati različna klinična okolja, ki omogočajo različne ravni strokovnega znanja izvajalcev. Prizadevati si je potrebno za optimalen okvir modela oskrbe po zaključenem onkološkem zdravljenju, ki je usmerjen v pacienta in se prilagaja njegovim potrebam in željam ter ima za posledico izboljšane rezultate in večjo učinkovitost zdravstvenega varstva.

5 Zaključek

Celostna oskrba raka zahteva stalno ocenjevanje, razvoj, preizkušanje in izvajanje modelov onkološke zdravstvene oskrbe. Ti modeli zdravstvene oskrbe morajo slediti novim tehnologijam in se z možnimi rešitvami približati izzivom, ki se pojavljajo, da bi zagotovili zagotavljanje optimalnega spremljanja oskrbe onkoloških pacientov v celotnem kontinuumu oskrbe raka. Razvoj in preskušanje modelov zdravstvene oskrbe, preučevanje potreb onkoloških pacientov, ocena znanja izvajalcev in druga področja raziskav, so v zadnjih nekaj desetletjih omogočili določeno razumevanje ovir in možnih rešitev, potrebnih za zagotavljanje visokokakovostne oskrbe onkoloških pacientov. Različni modeli oskrbe in posebni elementi oskrbe so lahko učinkoviti v različnih okoljih, odvisno od individualnih potreb, virov zdravstvene oskrbe in kliničnih značilnosti onkoloških pacientov po zaključenem zdravljenju.

Aleksandra Grbič

Models of Post-Treatment Care for Oncology Patients – a Literature Review

Cancer survival has increased dramatically in recent decades, driven by early diagnosis, successful treatment, and the resulting pressure on the healthcare system (Buccafusca et al., 2019). Lawler et al. (2021) have identified key areas in cancer management and control, which include cancer prevention from a public health, research and policy perspective; cancer diagnosis at the earliest possible stage of the disease; timely optimal treatment and supportive care supported by the latest research and innovation; and integrated management of cancer patients to ensure the best possible quality of life and the rehabilitation support they need, with a focus on their full reintegration into society.

At the end of cancer treatment, cancer patients have significantly less contact with the oncology team, which can be a relief, knowing that treatment is complete, but can also increase the patients' uncertainty about the future, their anxiety, fear of recurrence, guilt, physical, psychological, social, sexual or fertility problems, and difficulties in interpersonal relationships (Cancer.Net, 2021). The transition to life after cancer treatment presents patients with various challenges in terms of adjustment, recovery, implementation and mastery of self-care techniques (Drury et al., 2021). Successful survival cannot be achieved without rehabilitation, which is offered as part of holistic care (Lagergren et al., 2019). Zadravec - Zaletel and Kurir - Borovčić (2019), in the Concept and Strategy for Integrated Rehabilitation of Oncology Patients, defined the meaning of the term integrated rehabilitation and set out the following core values of integrated rehabilitation: justice, equality, solidarity, professionalism in service delivery, humanity and sustainability of the system, efficiency, and economy. Rehabilitation is needed at all levels of health care to identify needs and to provide an effective continuum of care throughout a person's recovery. This means standardised referrals and coordination between levels of health care, helping to ensure integrated care and optimal treatment outcomes (World Health Organization, 2017).

Adverse effects pose challenges for health systems, which need to ensure adequate follow-up care and quality of life: moving from "how long" people live after diagnosis to "how well" people can live from diagnosis onwards (Albrecht et al., 2015). In Europe, the organisation of care after cancer treatment is not formally regulated (Lagergren et al., 2019). Integrated care models for follow-up after cancer treatment can be broadly classified into care led by a specialist oncologist; care shared between a general practitioner and a specialist oncologist; care led by a general practitioner; care led by an advanced practice nurse or a clinical nurse specialist abroad (Taylor et al., 2015; Jefford et al., 2022). The Clinical Oncology Society of Australia (2016) has developed a model of integrated cancer care that summarises key recommendations for follow-up care, such as the implementation of a multidisciplinary, systematic approach to improve coordinated and integrated care for oncology patients; stratified

care pathways; care tailored to the needs of the individual and determined by factors such as cancer type and treatment, symptoms and risk of late side effects; control and management of symptoms and late side effects, focusing on well-being, a healthy lifestyle, and primary and secondary prevention. At the time of transition to follow-up care after completion of cancer treatment, a treatment summary by the oncology team and an integrated care plan should be in place. Recommendations include ensuring equity and timeliness of access to services, while minimising unnecessary use of health services and resources.

The purpose of the study is to use a review of the scientific and professional literature to examine the importance of integrated care for cancer patients, the management of the burden of disease and treatment, and the impact on quality of life after cancer treatment.

The aim of the study is to determine the continuity of coordinated integrated holistic care for cancer patients after the completion of their oncological treatment.

Based on the research problem, we formulated the following research question: How can we ensure continuity of care for oncology patients after cancer treatment?

A literature review was conducted using the PubMed, MEDLINE, and WEB OF SCIENCE databases for the keywords cancer care, rehabilitation, cancer survivors, follow-up, quality of life. A total of 18 scientific and peer-reviewed articles were included in the qualitative analysis. The results identified four models of healthcare providers, which can be broadly classified into specialist oncologist-led care, care shared between a general practitioner and a specialist oncologist, general practitioner-led care, and nurse-led care.

Key findings from the identified research and peer-reviewed articles included in the qualitative analysis showed that the traditional follow-up of cancer patients after cancer treatment is still the most common model of care, usually led by a specialist oncologist or haematologist and delivered in a hospital setting. It mostly focuses on monitoring recurrence and new cancer cases, and care is provided according to the recommended follow-up guidelines. A non-systematic approach is used in symptom management and health promotion, and patients often have significant unmet needs. The shared care model is follow-up care shared between the hospital oncology team and the primary care provider, usually a general practitioner. Some aspects of the patient's care are taken over by the oncology team and some by the GP. Both parties are continuously involved in the patient's care. Follow-up care is still carried out according to the recommended follow-up guidelines. Joint follow-up care can be safe and effective. The primary care provider model of care is led by a general practitioner; routine follow-up takes place in the primary care setting with a general practitioner and may also include the involvement of a primary care nurse. Research has shown that GP-led care is safe and effective for some cancers. Compared to traditional follow-up by a specialist oncologist, there is minimal difference in patients' quality of life, well-being, satisfaction with treatment, clinical outcomes, recurrence or survival. There are a number of models that include follow-up care for oncology patients by an advanced practitioner nurse or specialist nurse. These include nurse-led counselling

as part of inpatient oncology follow-up; nurse-led counselling during the transition from end-of-treatment to a shared care model; and nurse-led follow-up in the context of survivorship clinics. Nurse-led follow-up can also take place in primary care.

There is no universal model of care for oncology patients after treatment (Jacobs & Shulman, 2017). Many factors may influence which model will be more effective in a given patient population or cancer treatment programme, such as the number of patients; the type of cancer; available healthcare providers, services and resources; the risk of recurrence; the variety and severity of symptoms after cancer treatment; and the preferences and needs of patients. Integrated care models will need to be adapted on the basis of all these factors. Therefore, future research needs on the design of integrated care for cancer patients and on the effectiveness of existing models are dynamic areas. Although approaches differ, all models are directed towards a common goal, improving the quality of care for cancer patients by providing integrated, coordinated and personalised follow-up care (Halpern et al., 2015). Future research should investigate how social determinants of health and cancer characteristics may influence the effectiveness and appropriateness of different models of care. In addition, there is a need to explore different clinical settings that allow for varying levels of provider expertise.

Integrated cancer care requires the continuous evaluation, development, testing and implementation of oncology care models. These care models need to keep pace with new technologies and address emerging challenges with potential solutions to ensure that optimal follow-up care is provided to oncology patients throughout the cancer care continuum. The development and testing of models of care, the study of oncology patient needs, the assessment of provider skills and other areas of research have, over the last few decades, provided some understanding of the barriers and potential solutions needed to deliver high-quality cancer care. Different models of care and specific elements of care may be effective in different settings, depending on the individual needs, sources of care, and clinical characteristics of cancer patients after treatment.

LITERATURA

1. Albrecht, T., Martin - Moreno, J. M., Jelenc, M. idr. (2015). European guide for quality national cancer control programmes. Ljubljana: National Institute of Public Health, Slovenia.
2. Alfano, C. M., Jefford, M., Maher, J. idr. (2019). Building personalized cancer follow-up care pathways in the United States: Lessons learned from implementation in England, Northern Ireland, and Australia. American society of clinical oncology educational book. American Society of Clinical Oncology. Annual Meeting, 39, 625–639. https://doi.org/10.1200/EDBK_238267
3. American Cancer Society. Cancer Treatment in Survivorship Facts & Figures 2019–2021. Atlanta: American Cancer Society, 2019. Dostopno na: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/cancer-treatment-and-survivorship-facts-and-figures/cancer-treatment-and-survivorship-facts-and-figures-2019-2021.pdf> (pridobljeno 12. 1. 2023).
4. Brandenburg, D., Roorda, C., Groenhof, F. idr. (2017). Primary healthcare use during follow-up after curative treatment for colorectal cancer. European Journal of Cancer Care, 26(3), 10.1111/ecc.12581. <https://doi.org/10.1111/ecc.12581>

5. Browall, M., Forsberg, C. in Wengström, Y. (2017). Assessing patient outcomes and cost-effectiveness of nurse-led follow-up for women with breast cancer - have relevant and sensitive evaluation measures been used?. *Journal of Clinical Nursing*, 26(13–14), 1770–1786. <https://doi.org/10.1111/jocn.13496>
6. Buccafusca, G., Proserpio, I., Tralongo, A. C. idr. (2019). Early colorectal cancer: diagnosis, treatment and survivorship care. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 136, 20–30. <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2019.01.023>
7. Cancer control Joint Action CanCon. (b. d.). Survivorship and rehabilitation: Policy recommendations for quality improvement in cancer survivorship and rehabilitation in EU Member States. Dostopno na: <https://cancercontrol.eu/archived/guide-landing-page/guide-survivorship-and-rehabilitation.html> (pridobljeno 10. 1. 2023).
8. Cancer. Net. (2021). Survivorship. Dostopno na: <https://www.cancer.net/survivorship/what-cancer-survivorship> (pridobljeno 15. 1. 2023).
9. Chan, R. J., Crawford - Williams, F., Crichton, M. idr. (2023). Effectiveness and implementation of models of cancer survivorship care: an overview of systematic reviews. *Journal of Cancer Survivorship: Research and Practice*, 17(1), 197–221. <https://doi.org/10.1007/s11764-021-01128-1>
10. Choi, Y. (2017). Care Coordination and Transitions of Care. *Medical Clinics of North America*, 101(6), 1041–1051. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2017.06.001>
11. Clinical Oncology Society of Australia. (2016). Clinical Oncology Society of Australia Model of Survivorship Care Working Group. Model of Survivorship Care: Critical Components of Cancer Survivorship Care in Australia Position Statement. Dostopno na: [cosa-model-of-survivorship-care-full-version-final-20161107.pdf](https://www.cancercontrol.eu/archived/guide-landing-page/guide-survivorship-and-rehabilitation.html) (pridobljeno 17. 1. 2023).
12. Colombani, F., Sibé, M., Kret, M. idr. (2019). EPOCK study protocol: a mixed-methods research program evaluating cancer care coordination nursing occupations in France as a complex intervention. *BMC Health Services Research*, 19(1), 483. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4307-7>
13. Corcoran, S., Dunne, M. in McCabe, M. S. (2015). The role of advanced practice nurses in cancer survivorship care. *Seminars in Oncology Nursing*, 31(4), 338–347. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2015.08.009>
14. Drury, A., Payne, S. in Brady, A. M. (2017). Cancer survivorship: Advancing the concept in the context of colorectal cancer. *European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society*, 29, 135–147. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.06.006>
15. Drury, A., Payne, S. in Brady, A. M. (2020). Colorectal cancer survivors' quality of life: a qualitative study of unmet need. *BMJ Supportive & Palliative Care*, Advance online publication. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2020-002190>
16. Drury, A., Payne, S. in Brady, A. M. (2021). Prevalence vs impact: a mixed methods study of survivorship issues in colorectal cancer. *Quality of Life Research*, Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s11136-021-02975-2>
17. Državni program obvladovanja raka DPOR 2022–2026. Dostopno na: <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/Preventiva-in-skrb-za-zdravje/nenalezljive-bolezni/DPOR-2022-2026/Drzavni-program-obvladovanja-raka-2022-2026.pdf> (pridobljeno 10. 1. 2023).
18. Elizondo Rodriguez, N., Ambrosio, L. in La Rosa - Salas, V. (2022). Role of the nurse in the design, delivery, monitoring and coordination of cancer survivorship care plans: An integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 78(1), 48–62. <https://doi.org/10.1111/jan.14962>
19. El-Shami, K., Oeffinger, K. C., Erb, N. L. idr. (2015). American cancer society colorectal cancer survivorship care guidelines. *CA Cancer J Clin*, 65, 427–455. Dostopno na: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.3322/caac.21286>
20. Emery, J. D., Jefford, M., King, M. idr. (2017). ProCare Trial: a phase II randomized controlled trial of shared care for follow-up of men with prostate cancer. *BJU International*, 119(3), 381–389. <https://doi.org/10.1111/bju.13593>
21. Gegechkori, N., Haines, L. in Lin, J. J. (2017). Long-term and latent side effects of specific cancer types. *The Medical Clinics of North America*, 101(6), 1053–1073. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2017.06.003>

22. Halpern, M. T., Viswanathan, M., Evans, T. S. idr. (2015). Models of cancer survivorship care: overview and summary of current evidence. *Journal of Oncology Practice*, 11(1), e19–e27. <https://doi.org/10.1200/JOP.2014.001403>
23. Jacobs, L. A. in Shulman, L. N. (2017). Follow-up care of cancer survivors: challenges and solutions. *The Lancet. Oncology*, 18(1), e19–e29. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(16\)30386-2](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(16)30386-2)
24. Jefford, M., Emery, J., Grunfeld, E. idr. (2017). SCORE: Shared care of Colorectal cancer survivors: protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 18(1), 506. <https://doi.org/10.1186/s13063-017-2245-4>
25. Jefford, M., Howell, D., Li, Q. idr. (2022). Improved models of care for cancer survivors. *Lancet (London, England)*, 399(10334), 1551–1560. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00306-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00306-3)
26. Lagergren, P., Schandl, A., Aaronson, N. K. idr. (2019). Cancer survivorship: an integral part of Europe's research agenda. *Molecular Oncology*, 13(3), 624–635. <https://doi.org/10.1002/1878-0261.12428>
27. Lawler, M., De Lorenzo, F., Lagergren, P. idr. (2021). Challenges and solutions to embed cancer survivorship research and innovation within the EU Cancer Mission. *Molecular Oncology*, 15(7), 1750–1758. <https://doi.org/10.1002/1878-0261.13022>
28. Lim, C., Laidsaar - Powell, R. C., Young, J. M. idr. (2021). Colorectal cancer survivorship: A systematic review and thematic synthesis of qualitative research. *European Journal of Cancer Care*, 30(4), e13421. <https://doi.org/10.1111/ecc.13421>
29. Lisy, K., Kent, J., Dumbrell, J. idr. (2020). Sharing cancer survivorship care between oncology and primary care providers: a qualitative study of health care professionals' experiences. *Journal of Clinical Medicine*, 9(9), 2991. <https://doi.org/10.3390/jcm9092991>
30. Mayer, D. K. in Alfano, C. M. (2019). Personalized risk-stratified cancer follow-up care: its potential for healthier survivors, happier clinicians, and lower costs. *Journal of the National Cancer Institute*, 111(5), 442–448. <https://doi.org/10.1093/jnci/djy232>
31. Medisaukaite, A. in Kamau, C. (2017). Prevalence of Oncologists In Distress: Systematic Review and Meta-Analysis. *Psycho-Oncology*, 26(11), 1732–1740. <https://doi.org/10.1002/pon.4382>
32. Mollica, M. A., Mayer, D. K., Oeffinger, K. C. idr. (2020). Follow-Up Care for Breast and Colorectal Cancer Across the Globe: Survey Findings From 27 Countries. *JCO Global Oncology*, 6, 1394–1411. <https://doi.org/10.1200/GO.20.00180>
33. Monterosso, L., Platt, V., Bulsara, M. idr. (2019). Systematic review and meta-analysis of patient reported outcomes for nurse-led models of survivorship care for adult cancer patients. *Cancer Treatment Reviews*, 73, 62–72. <https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2018.12.007>
34. Murchie, P., Norwood, P. F., Pietrucin - Materek, M. idr. (2016). Determining cancer survivors' preferences to inform new models of follow-up care. *British Journal of Cancer*, 115(12), 1495–1503. <https://doi.org/10.1038/bjc.2016.352>
35. National comprehensive cancer network NCCN. (2021). NCCN Clinical practice guidelines in Oncology (NCCN Guidelines). Colorectal cancer screening. Dostopno na: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/colorectal_screening.pdf (pridobljeno 18. 1. 2023).
36. Rubin, G., Berendsen, A., Crawford, S. M. idr. (2015). The expanding role of primary care in cancer control. *The Lancet. Oncology*, 16(12), 1231–1272. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(15\)00205-3](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(15)00205-3)
37. South Australian Survivorship Framework. Statewide Survivorship Framework. (b. d.). Dostopno na: <https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/70480d3c-81d7-43b7-93b7-b37ccfba3256/South+Australian+Survivorship+Framework+SA+Cancer+Service.pdf?MOD=AJPERES> (pridobljeno 20. 1. 2023).
38. Sporočilo komisije Evropskemu parlamentu in svetu. Evropski načrt za boj proti raku. (2021). Dostopno na: https://ec.europa.eu/health/system/files/2021-02/eu_cancer-plan_sl_0.pdf (pridobljeno 12. 1. 2023)
39. Taylor, K., Chan, R. J. in Monterosso, L. (2015). Models of survivorship care provision in adult patients with haematological cancer: an integrative literature review. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 23(5), 1447–1458. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2652-6>

40. Thom, B., Boekhout, A. H., Corcoran, S. idr. (2019). Advanced practice providers and survivorship care: they can deliver. *Journal of Oncology Practice*, 15(3), e230–e237. <https://doi.org/10.1200/JOP.18.00359>
41. van Dipten, C., Olde Hartman, T. C., Biermans, M. C., idr. (2016). Substitution scenario in follow-up of chronic cancer patients in primary care: prevalence, disease duration and estimated extra consultation time. *Family Practice*, 33(1), 4–9. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz098>
42. Vos, J. A. M., Wieldraaijer, T., van Weert, H. C. P. M. idr. (2021). Survivorship care for cancer patients in primary versus secondary care: a systematic review. *Journal of Cancer Survivorship: research and practice*, 15(1), 66–76. <https://doi.org/10.1007/s11764-020-00911-w>
43. World health organization WHO. (2017). *Rehabilitation*. Geneva: World Health Organization. Dostopno na: <http://www.who.int/topics/rehabilitation/en> (pridobljeno 11. 1. 2023).
44. Young, A. M., Charalambous, A., Owen, R. I. idr. (2020). Essential oncology nursing care along the cancer continuum. *The Lancet. Oncology*, 21(12), e555–e563. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30612-4](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30612-4)
45. Zdravec - Zaletel, L. in Kurir - Borovčič, M. (2019). Idejna zasnova in strategija celostne rehabilitacije onkoloških bolnikov. *Državni program obvladovanja raka*, str. 15–21. Dostopno na: <https://dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-HDXGFJSA/5d18eb4a-c56a-457c-a825-7281d6ad08a1/PDF> (pridobljeno 20. 1. 2023).
46. Zdravec Zaletel, L., Zakotnik, B., Borštner, S. idr. (2018). Akcijski načrt celostne rehabilitacije za onkološke bolnike 2018–2021. *Državni program obvladovanja raka 2017 – 2021*. Dostopno na: <http://www.dpor.si/wp-content/uploads/2018/06/Akcijski-nacrt-CC-8Crt-celostne-rehabilitacije.pdf> (pridobljeno 20. 1. 2023).
47. Zhao, Y., Brettle, A. in Qiu, L. (2018). The Effectiveness of Shared Care in Cancer Survivors-A Systematic Review. *International Journal of Integrated Care*, 18(4), 2. <https://doi.org/10.5334/ijic.3954>
48. ZRC SAZU. Inštitut za slovenski jezik Frana Ramovša. (2017). Dostopno na: <https://isjfr.zrc-sazu.si/sl/terminologisce/svetovanje/prezivele-onkoloski-bolnik> (pridobljeno 10. 1. 2023).