



Handreiking Oncologiezorg Eerste Lijn

MEI 2022

VERSIE 1.1

Zorgorganisatie Eerste Lijn

Inhoud

| | |
|---|-----------|
| Voorwoord | 3 |
| 1. Overzicht activiteiten in de oncologiezorg aangeboden vanuit de eerste lijn | 4 |
| 1.1 Overzicht activiteiten | 4 |
| 1.2 Gesprekstoos | 8 |
| 1.3 Zelfmanagement-opties | 8 |
| 1.4 Psychosociale ondersteuning | 8 |
| 1.5 Sociale kaart | 8 |
| 2. Ondersteuning gecoördineerd vanuit de huisartsenpraktijk | 9 |
| 2.1 Verdeling activiteiten en tijdsinvestering | 9 |
| 2.2 Patiëntreis | 10 |
| 2.3 POH als vast aanspreekpunt voor de eerste lijn | 11 |
| 3. Ondersteuning gecoördineerd vanaf buiten de huisartsenpraktijk | 13 |
| 3.1 Oncologie-gekwalificeerd paramedicus | 13 |
| 3.2 Verdeling activiteiten | 14 |
| 3.3 Patiëntreis | 15 |
| 4. Stappenplan | 16 |
| STAP 1: Inzicht in oncologie populatie huisartsenpraktijk via ICT | 16 |
| STAP 2: Bepaal het eerstelijns vaste aanspreekpunt oncologie | 17 |
| STAP 3: Maak praktische werkafspraken en stel een sociale kaart op | 17 |
| STAP 4: Evaluatie | 17 |
| Bijlage 1: Functieprofiel POH met aandachtsgebied oncologie | 18 |
| Bijlage 2: Praktische tools en instrumenten | 20 |
| 2.1 Gespreksinstrument OOK Canvas | 20 |
| 2.2 Gespreksinstrument Lastmeter | 22 |
| 2.3 Gespreksinstrument Positieve Gezondheid | 24 |
| Bijlage 3: Sociale kaart oncologie | 26 |
| Bijlage 4: Voorbeeldberekening tijdsinvestering POH als vast aanspreekpunt | 31 |
| Bijlage 5: werkgroep oncologie ZEL | 32 |

Voorwoord

Deze handreiking is een hulpmiddel voor huisartsenpraktijken of samenwerkingsverbanden rond huisartsenpraktijken die gezamenlijk de persoonsgerichte zorg voor oncologiepatiënten binnen de eerste lijn willen verbeteren. Dit document biedt handvatten voor een gestructureerde aanpak van het zorgproces rondom patiënten met oncologische aandoeningen in de eerste lijn.

Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) heeft al in 2014 een Standpunt opgesteld over de rol van de huisarts in de multidisciplinaire oncologische zorg. In het Standpunt wordt gesproken over versterking van continuïteit, samenhang en persoonsgerichtheid in de oncologische zorg door een meer proactieve attitude van de huisarts en structurering van diens begeleidende en ondersteunende rol te bepleiten. Het is belangrijk in de verschillende fasen van het ziekteproces na te gaan in hoeverre de patiënt een eigen inbreng wil en kan hebben.

De huisarts kan het proces van gedeelde besluitvorming en zelfmanagement bij uitstek ondersteunen. Echter, indien een huisartsenpraktijk onderdeel uitmaakt van een “regionaal multidisciplinair eerstelijns oncologiezorgnetwerk” kan mogelijk ook een andere zorgverlener vanuit dit netwerk een deel van deze ondersteuning op zich nemen.

In deze handreiking worden methodes besproken voor het structureren van de oncologische zorg. De eerste methode is het structureren van de ondersteuning aan oncologiepatiënten gecoördineerd vanuit de huisartsenpraktijk, door de huisarts zelf of bijvoorbeeld door het inzetten van een praktijkondersteuner voor de begeleiding van oncologiepatiënten. Met deze methode is een succesvolle pilot geweest in huisartsenpraktijk Copenhaege. Daarnaast wordt een andere methode beschreven om de ondersteuning aan oncologiepatiënten gecoördineerd buiten de huisartsenpraktijk te structureren, door een oncologie-gekwalificeerde paramedicus vanuit het “regionale multidisciplinaire eerstelijns oncologiezorgnetwerk” van de huisartsenpraktijk. Deze methode is als alternatief aangedragen door een door ZEL opgerichte multidisciplinaire werkgroep oncologie.

In deze handreiking worden activiteiten beschreven die mogelijk gestructureerd kunnen worden aangeboden door de huisartsenpraktijk en/of het vaste aanspreekpunt buiten de huisartsenpraktijk. De activiteiten worden besproken langs de fasen die zijn benoemd in het document “Regionaal Zorgplan Oncologie Eerste Lijn”:

- Fase 0: Preventie en Screening
- Fase 1: Diagnostische fase
- Fase 2: Behandelfase
- Fase 3a: Nazorg en chronische fase
- Fase 3b: Palliatieve en terminale fase

Waar in dit document hem of hij staat, kan ook haar of zij gelezen worden.

Deze handreiking is opgesteld door de werkgroep oncologie van ZEL (zie [bijlage 5: Werkgroep oncologie ZEL](#)) en is een levend document. Op- en aanmerkingen kunt u doorgeven aan het secretariaat van ZEL. Dit kan per mail naar secretariaat@zel.nl of telefonisch via 0174-201440. Op basis van voortschrijdend inzicht en wijzigingen in toekomstige richtlijnen worden zo nodig aanpassingen gemaakt in dit document.

1. Overzicht activiteiten in de oncologiezorg aangeboden vanuit de eerste lijn

Een belangrijke rol van de huisartsenpraktijk is het waarborgen van continue en persoonsgerichte zorg voor oncologische patiënten binnen de eerste lijn. Het is belangrijk in de verschillende fasen van het ziekteproces – en met name bij belangrijke beslismomenten – na te gaan in hoeverre de patiënt een eigen inbreng wil en kan hebben. Vanuit de huisartsenpraktijk kan het proces van gedeelde besluitvorming en zelfmanagement bij uitstek ondersteund worden.

Naast de huisarts en/of de praktijkondersteuner zou ook een oncologie gekwalificeerde paramedicus buiten de huisartsenpraktijk bepaalde activiteiten op een gestructureerde manier kunnen oppakken door zich op te stellen als **vast aanspreekpunt** voor de oncologiepatiënt binnen de eerste lijn.

1.1 Overzicht activiteiten

| Fase 0: Preventie en Screening | |
|--------------------------------|---|
| | <p>De huisartsenpraktijk vervult een belangrijke rol bij vragen van patiënten over deelname aan een bevolkingsonderzoek, in de communicatie over de uitslagen en bij de begeleiding van mensen met terecht positieve en mensen met foutpositieve uitslagen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De huisartsenpraktijk licht patiënten in over de betekenis van een positieve screenings-uitslag en bespreken de hierdoor ontstane onrust met de patiënt. • Bij twijfel of een vermoeden van kanker vindt in lijn met de richtlijnen verwijzing plaats naar het ziekenhuis voor nader onderzoek. |
| Fase 1: Diagnostische Fase | |
| | <p>Signalerende functie (en evt. verwijzing naar de huisarts)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alle eerstelijns zorgverleners hebben een signalerende functie op klachten die mogelijk passen bij een oncologisch ziektebeeld. Bij vermoeden of twijfel hierover verwijzen zij de patiënt naar de huisarts. |
| | <p>Diagnostiek in de huisartsenpraktijk</p> <p>Wanneer een patiënt zich meldt met klachten die mogelijk passen bij een oncologisch ziektebeeld vindt, in overleg met de patiënt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ofwel diagnostiek plaats in de eerste lijn met daarna een bespreking van de uitslagen en het vervolgbeleid (hetgeen een verwijzing naar de tweede lijn voor vervolgdagnostiek kan zijn). • Ofwel meteen verwijzing naar de tweede lijn plaats voor verdere diagnostiek. <p>Bij de afweging rondom nadere diagnostiek op kanker of verwijzing worden de individuele kenmerken van de patiënt betrokken (familiaire belasting, leefomstandigheden en gewoonten, medische voorgeschiedenis, bijkomende klachten, symptomen, ongerustheid en wensen van de patiënt).</p> |
| | <p>Verwijzing naar tweede lijn door de huisarts</p> <p>Na een gezamenlijk besluit tot verwijzing worden de redenen van verwijzing, de verwachte procedure en vervolgonderzoeken besproken met de patiënt.</p> |

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> In de verwijzing worden de reden van verwijzing, bevindingen van het onderzoek, de ziektegeschiedenis, comorbiditeit, fysieke/psychosociale klachten, medicatie, familiegeschiedenis en eventuele behandelwensen van de patiënt beschreven. |
| | <p>Diagnostiek in tweede lijn</p> <ul style="list-style-type: none"> De huisarts(enpraktijk) monitort het diagnostisch traject, houdt contact met de patiënt en intervineert bij onverwachte vertragingen of andere ongewenste gebeurtenissen. Wanneer een belangrijke diagnose wordt gesteld in het ziekenhuis, wordt de huisartsenpraktijk hier meteen van op de hoogte gesteld. Bij voorkeur wijst de specialist of het vaste aanspreekpunt in de tweede lijn op de mogelijkheid van een Time-out gesprek met de huisarts. |
| | <p>Contact met de patiënt na diagnose kanker Huisarts benadert patiënt/naasten voor het:</p> <ul style="list-style-type: none"> afstemmen van verwachtingen voor het vervolgtraject tussen patiënt en huisarts(enpraktijk); eventueel bespreken wie het vaste aanspreekpunt voor de patiënt is in de eerste lijn (binnen of buiten de huisartsenpraktijk); bieden van de mogelijkheid tot een Time-out gesprek (indien gewenst); Eventuele verwijzing naar zorgverleners uit de sociale kaart oncologie (indien gewenst) (zie 1.5 sociale kaart). |
| | <p>Time-out gesprek (Gesprek met de huisarts):</p> <ul style="list-style-type: none"> Reflectie op de impact van de diagnose. Verheldering van vragen en onduidelijkheden die ter plaatse of in het ziekenhuis aan de orde dienen te komen. Verheldering van persoonlijke voorkeuren en prioriteiten die meegewogen moeten worden om tot een passende behandelkeuze te komen. Het afstemmen van verwachtingen voor het vervolgtraject tussen patiënt en huisarts (en/of vast aanspreekpunt). Eventuele verwijzing naar zorgverleners uit de sociale kaart oncologie (zie 1.5 sociale kaart). |

| Fase 2: Curatieve Behandelfase | |
|---------------------------------------|--|
| | <p>Beperkte rol voor de huisartsenpraktijk/eerste lijn Curatieve behandeling vindt primair plaats in de tweede lijn.</p> |
| | <p>Contact met de patiënt Contact wordt gehouden door het vaste aanspreekpunt volgens de afspraken die met de patient en naasten zijn gemaakt. Het vaste aanspreekpunt is beschikbaar voor vragen. Bij contact met de patiënt:</p> <ul style="list-style-type: none"> heeft het vast aanspreekpunt aandacht voor somatische, psychische en sociale aspecten en (terugkeer naar) werk; wordt eventueel gebruik gemaakt van een gespreksinstrument (zie 1.2 gesprekstoel). Het ziekenhuis informeert de huisarts(enpraktijk) over de behandeling, controles, complicaties of bijwerkingen en bij beëindiging van de curatieve behandeling. De huisarts(enpraktijk) informeert een eventueel vast aanspreekpunt buiten de eigen praktijk over deze zaken. |
| | <p>In het geval van comorbiditeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hoofdbehandelaarschap van niet aan de kanker gerelateerde comorbiditeit blijft (zoveel als mogelijk) bij de betreffende zorgverlener. |

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • In het geval van ontregeling door de oncologische behandeling, is overleg met de specialist over hoofdbehandelaarschap mogelijk. • Dit kan leiden tot (tijdelijke) overname van het hoofdbehandelaarschap van de comorbiditeit door de specialist. |
|---|

Fase 3a: Nazorg en chronische fase

| |
|---|
| <p>Bericht afronden behandelfase (overdracht hoofdbehandelaarschap):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Het vaste aanspreekpunt binnen de huisartsenpraktijk ontvangt bericht van de specialist dat de actieve behandelfase is afgerond. Indien een vast aanspreekpunt buiten de huisartsenpraktijk is aangesteld, wordt deze geïnformeerd. • Indien er nog geen vast aanspreekpunt is aangewezen wordt dit in deze fase alsnog gedaan in samenspraak met de patiënt en diens naasten. • Er vindt overdracht plaats tussen het vaste aanspreekpunt (casemanager) in de tweede lijn en het vaste aanspreekpunt in de eerste lijn. |
| <p>Nazorg door de huisarts(enpraktijk): De huisarts(enpraktijk) voert nazorg uit afhankelijk van de afspraken met het ziekenhuis. Deze nazorg kan omvatten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • signaleren en opsporen van terugkeer of nieuwe vormen van kanker door middel van geplande medische onderzoeken (nacontroles); • zorg voor de gevolgen van de kanker(behandeling): signalering van, begeleiding bij en behandeling van fysieke en psychische klachten en sociaalmaatschappelijke problemen; • voorlichting, begeleiding en ondersteuning bij eigen regie, aandacht voor werk(-hervatting) en leefstijlinterventies, ten behoeve van herstel en preventief; • in geval van comorbiditeit wordt de nazorg bij kanker afgestemd op de zorg en medicatie voor de betreffende chronische ziekten. |
| <p>Nazorg door het vaste aanspreekpunt eerstelijns (binnen of buiten de huisartsenpraktijk)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contact houden met en informeren van de patiënt en/of naasten. • Afspraken met de patiënt maken over de wijze en frequentie van contact. • Aandacht hebben voor de psychosociale aspecten rondom het oncologisch proces, zowel van de patiënt als naasten. Het vaste aanspreekpunt kan daarbij gebruik maken van screeningsinstrumenten. • Contact houden met de betrokken verpleegkundige of verpleegkundig specialist uit het ziekenhuis voor een overdracht. • Aanbieden van leefstijlinterventies en zelfmanagement tools. (zie 1.3 zelfmanagement-opties) • Doorverwijzen naar ondersteunende zorg uit de sociale kaart (indien nodig). • Alert zijn op late effecten van de behandelingen voor kanker. • Samenwerken met de bedrijfsarts. • Zo nodig overleg met andere zorgverleners. |
| <p>Uitwisseling tussen vaste aanspreekpunt eerstelijns en huisarts:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bij veranderingen van beleid, opnames of ontslag; • bij voor de patient belangrijke momenten; • bij overige relevante ontwikkelingen. |

Fase 3b: Palliatieve en terminale fase

Start palliatieve fase (deze fase kan enkele weken tot jaren duren).

De start van de palliatieve fase is het slechtnieuwsgesprek dat de behandelend arts voert met de patiënt en diens naasten. Hierin wordt verteld dat genezing van kanker niet mogelijk is. Gedurende de palliatieve fase kunnen wel intensieve behandelingen in de tweede lijn plaatsvinden ter verlichting van symptomen of ter verlenging van het leven.

Afspraken communicatie eerste- en tweede lijn

- Belangrijk is dat er een tijdige en adequate (zo mogelijk warme) overdracht plaatsvindt tussen de behandelend arts en de huisarts(enpraktijk).
- Indien het vaste aanspreekpunt eerste lijn buiten de huisartsenpraktijk werkt, wordt deze ingelicht door de huisartsenpraktijk (tenzij hier onderling andere afspraken over gemaakt zijn).

Activiteiten vaste aanspreekpunt tijdens palliatieve fase:

- Het beschikbaar zijn voor vragen van de patiënt en naasten.
- Het tijdig en herhaaldelijk bespreken van persoonlijke doelen en wensen van de patiënt, ook rondom het levenseinde (advanced care planning).
 - Op thuisarts.nl staat informatie en een keuzehulp die de patiënt kan helpen met nadenken over de wensen t.a.v. het levenseinde (zie [1.2 gesprekstools](#)).
- Bespreken wat er aan zorg wel en niet mogelijk is (verwachtingenmanagement).
- Contact houden met de andere betrokken zorg- en hulpverleners.
- Waar nodig psychosociale hulpverleners inschakelen. (zie [1.4 psychosociale ondersteuning](#))

Start terminale fase (deze fase kan enkele dagen tot weken duren).

In de terminale fase breekt het besef door dat de dood binnen afzienbare tijd zal volgen.

In de terminale fase is de patiënt meestal aan bed gebonden en is de levensverwachting gewoonlijk enkele dagen tot weken. Het is niet goed mogelijk een scherpe grens te trekken tussen beide fasen. Het gaat om een continuüm waarin de conditie van de patiënt steeds verder achteruitgaat en het toekomstperspectief verandert. (LESA Palliatieve zorg 2006)

Aandachtspunten huisarts en/of vaste aanspreekpunt tijdens terminale fase:

- Hou regelmatig proactief contact met de patiënt en/of naasten. De wijze waarop dit contact plaatsvindt wordt bepaald in afstemming met de patiënt en de naasten.
- Bespreek wensen rondom het levenseinde en welke ondersteuning mogelijk is. Indien van toepassing wordt er verwezen naar passende ondersteuning, zoals bijvoorbeeld netwerk palliatieve zorg WSD.
- Hou contact met de andere betrokken zorg- en hulpverleners.
- Wees alert op signalen van mogelijke overbelasting van mantelzorgers en bespreek met hen de mantelzorgondersteuning en palliatieve voorzieningen als hospices.
- Schakel psychosociale hulpverleners in waar nodig. (zie [1.4 psychosociale ondersteuning](#))

Activiteiten na overlijden patiënt:

- Na het overlijden van de patiënt neemt de huisarts of het vaste aanspreekpunt initiatief tot een gesprek met naasten met betrekking tot rouwverwerking.
- Het vaste aanspreekpunt draagt zorg voor het op de hoogte brengen van nauw betrokken zorgverleners na het overlijden van de patiënt.

De inhoud van het oncologische zorgproces is zoveel als mogelijk functioneel omschreven.

Beschreven is wat patiënten aan zorg mogen verwachten en welke organisatorische voorwaarden er zijn. Door de modelmatige beschrijving van de zorg kan de indruk ontstaan dat preventie, diagnostiek, behandeling en nazorg in een vaste volgorde plaatsvinden. Maar omdat de zorgverlening situatie- en patiëntgebonden is hoeft dit in de praktijk niet het geval te zijn. In werkelijkheid kunnen fasen elkaar overlappen, of kunnen bepaalde fasen zelfs geheel worden overgeslagen.

1.2 Gesprekstoets

[Bijlage 2.1 Gespreksinstrument OOK CANVAS](#)

[Bijlage 2.2 Gespreksinstrument Lastmeter](#)

[Bijlage 2.3 Gespreksinstrument Positieve Gezondheid](#)

Keuzehulp NHG [Verken uw wensen voor zorg en behandeling | Thuisarts.nl](#)

1.3 Zelfmanagement-opties

Wetenschappelijk betrouwbare keuzehulpen en apps ter bevordering van zelfmanagement zijn te vinden op [kanker.nl](#) | [appstore](#).

1.4 Psychosociale ondersteuning

Het tijdig herkennen van behoefte aan psychosociale ondersteuning heeft een positief effect op de kwaliteit van leven van de patiënt en de tevredenheid over de zorg en komt ten goede aan de communicatie met de zorgverleners.

Patiënten met behoefte aan psychosociale ondersteuning kunnen, afhankelijk van de vraag en mogelijkheden, begeleiding krijgen van de huisarts of POH-GGZ, of worden verwezen naar lotgenotencontact (bijvoorbeeld inloophuizen of [www.kanker.nl](#)) en/of een gespecialiseerd aanbod op het gebied van psychosociale ondersteuning van kankerpatiënten (denk hierbij aan de geestelijk verzorger, oncologieverpleegkundige en/of het palliatief team van de thuiszorgorganisaties, psycho-oncologische centra, (medisch specialistische) oncologische revalidatie of de medisch psycholoog).

Er zijn verschillende ondersteuningsprogramma's, bijvoorbeeld van [Stichting OOK](#), of het [Helen Dowling Instituut](#), of [FortaGroep de Vruchtenburg](#), voor het omgaan met de gevolgen van kanker.

1.5 Sociale kaart

Beschikbaarheid van een sociale kaart is voorwaarde om de verwijfsfunctie goed te kunnen vervullen. Zie [bijlage 3 sociale kaart oncologie](#), die naar eigen inzicht in te vullen is. Op initiatief van KWF Kankerbestrijding, IKNL en NFK is een Digitale Verwijsgids Oncologie ontwikkeld, die bij verwijzing behulpzaam kan zijn: [www.verwijsgidskanker.nl](#)

2. Ondersteuning gecoördineerd vanuit de huisartsenpraktijk

Het structureren van de ondersteuning aan oncologiepatiënten gecoördineerd vanuit de huisartsenpraktijk kan uitgevoerd worden door uitsluitend de huisarts zelf, of bijvoorbeeld door het inzetten van een praktijkondersteuner naast de huisarts.

2.1 Verdeling activiteiten en tijdsinvestering

In het schema op de volgende pagina worden de activiteiten weergegeven die tijdens de begeleiding van een oncologiepatiënt in de huisartsenpraktijk kunnen plaatsvinden. De linker kolom geeft weer welke activiteiten er altijd bij de huisarts plaatsvinden. De rechter kolom geeft de activiteiten weer die de huisarts op zou kunnen pakken, maar die ook door de praktijkondersteuner binnen de praktijk kunnen worden opgepakt. (zie ook het document “Zorgproces Oncologie Eerste Lijn” voor een uitgebreide toelichting van de activiteiten in de verschillende mogelijke ziektefasen).

De tabel op de volgende pagina geeft slechts een illustratie van de verdeling van de werkzaamheden tussen de huisarts en de POH. De daadwerkelijke verdeling dient in onderling overleg tussen de huisarts en de POH te worden gemaakt en vastgelegd in werkafspraken.

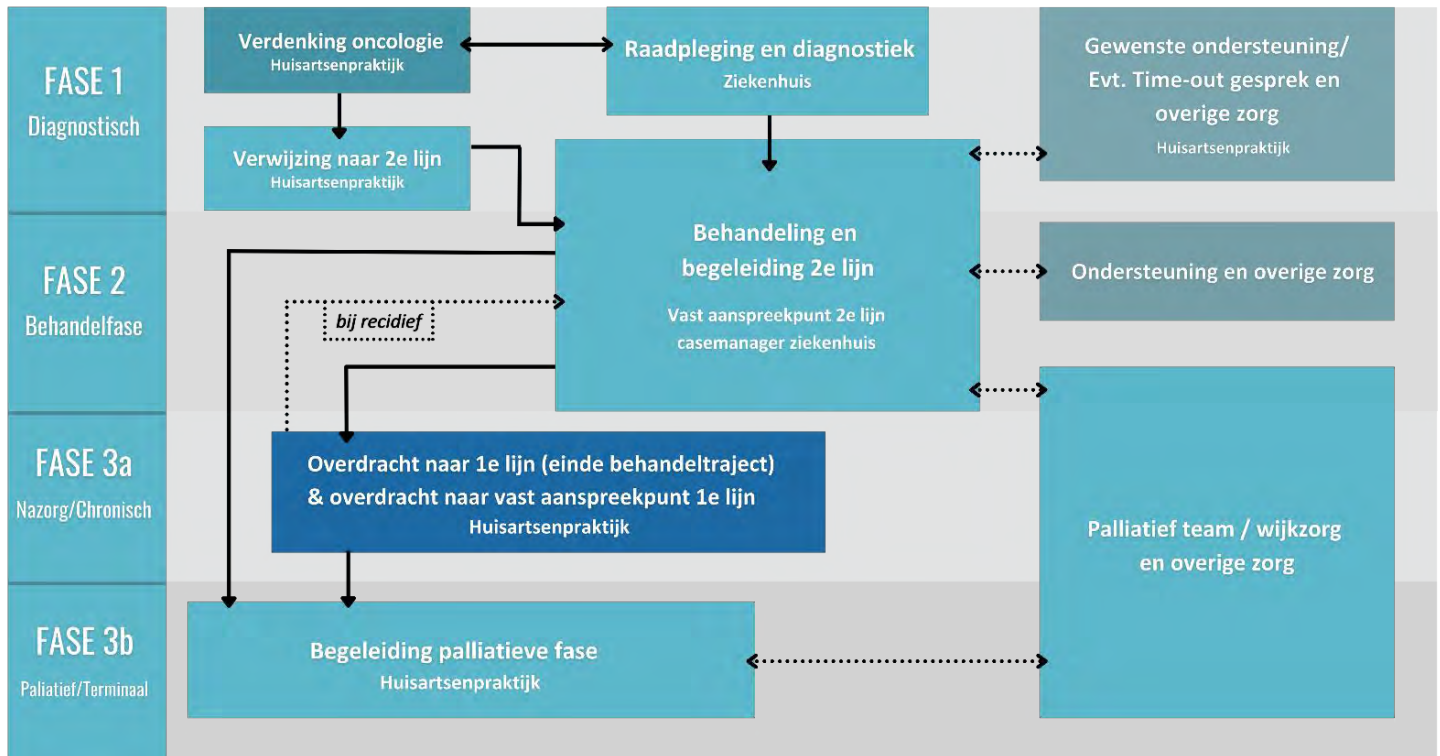
De extra tijdsinvestering vanuit de huisarts of de huisarts en POH die nodig is om de zorg te bieden conform dit schema is niet precies aan te geven. Dit is sterk afhankelijk van de huidige organisatie van de oncologische zorg binnen een huisartsenpraktijk en in hoeverre alle stappen uit het schema in de organisatie worden opgenomen. In [bijlage 4](#) van dit document is een berekening opgenomen vanuit een praktijk in de regio waar wordt gewerkt conform het onderstaande schema, waarbij de POH de rol heeft als vast aanspreekpunt eerste lijn. Vanuit de berekening blijkt dat hier 0,1 fte POH per normpraktijk wordt ingezet om de oncologiezorg volledig conform het schema te organiseren. Hoeveel tijd de huisartsen in de praktijk voor de activiteiten binnen de oncologiezorg kwijt zijn is niet bepaald.

| FASE | Activiteiten huisartsenpraktijk (huisarts) | Vast aanspreekpunt 1e lijn binnen huisartsenpraktijk (huisarts of POH) | FASE |
|------|---|--|------|
| 0 | <ul style="list-style-type: none"> Toelichting aan patiënt over de betekenis van een positieve screeningsuitslag | <ul style="list-style-type: none"> Aandacht voor ontstane onrust door positieve uitslag | 0 |
| 1 | <ul style="list-style-type: none"> Verzorgen verwijzing ziekenhuis met goede informatievoorziening aan de specialist, inclusief contactgegevens Diagnostiek door de huisarts Contact houden met patiënt. Eventueel: <ul style="list-style-type: none"> Time-out gesprek Monitoren comorbiditeit | <ul style="list-style-type: none"> Contact leggen met patiënt; <ul style="list-style-type: none"> Volgen diagnostische traject Aandacht voor de psychosociale aspecten rondom oncologisch proces zowel van patiënten als naasten | 1 |
| 2 | <ul style="list-style-type: none"> Indien nodig/gewenst contact met behandelend specialist en vice versa Monitoren comorbiditeit | <ul style="list-style-type: none"> Contact onderhouden met aandacht voor somatische, psychische en sociale aspecten en terugkeer naar het werk indien van toepassing <ul style="list-style-type: none"> Indien nodig contact met betrokken verpleegkundige uit het ziekenhuis; Eerstelijns individueel zorgplan met patiënt bespreken Aanbieden leefstijlinterventies | 2 |
| 3A | <ul style="list-style-type: none"> Berichtgeving over afronding behandel fase documenteren <ul style="list-style-type: none"> Alert zijn op late effecten a.g.v. behandelingen voor kanker Samenwerking bedrijfsarts indien nodig Eventuele nazorg uitvoeren (afhankelijk van de afspraken met het ziekenhuis) | <ul style="list-style-type: none"> Gesprek met patiënt over afronden behandel fase met aandacht voor somatische, psychosociale aspecten <ul style="list-style-type: none"> Indien nodig doorverwijzen naar ondersteunende zorg uit sociale kaart Afspraken met patiënt maken over wijze en frequentie van contact met patiënt en/of naasten Alert zijn op late effecten a.g.v. behandelingen voor kanker Psychosociaal screenen en voorlichten | 3A |
| 3B | <ul style="list-style-type: none"> In afstemming binnen praktijk contact met patiënt en naasten onderhouden <ul style="list-style-type: none"> Levens einde gesprekken voeren; Bespreken wat er aan zorg wel en niet mogelijk is (verwachtingenmanagement) Consultatie palliatief team indien nodig Zorgen voor continuïteit van zorg Na overlijden gesprek met naasten m.b.t. rouwverwerking. | <ul style="list-style-type: none"> In afstemming binnen praktijk contact met patiënt en naasten onderhouden <ul style="list-style-type: none"> Levens einde gesprekken voeren Bespreken wat er aan zorg wel en niet mogelijk is (verwachtingenmanagement) Indien nodig doorverwijzen naar zorgverleners uit sociale kaart Na overlijden gesprek met naasten m.b.t. rouwverwerking | 3B |

2.2 Patiëntreis

In onderstaande figuur wordt ter illustratie een voorbeeld gegeven van een patiëntreis en de daarbij mogelijk betrokken zorgverleners. Een daadwerkelijke route zal echter voor iedere patiënt verschillen. Mensen met kanker kunnen in wisselende duur diverse stadia van de ziekte doorlopen: preventieve, de curatieve, de palliatieve en een terminale fase. De begeleiding door de huisarts (en POH) vraagt daarom om persoonsgerichte zorg en maatwerkoplossingen.

Organisatie oncologische patiënt met aanspreekpunt **binnen** huisartsenpraktijk (route patiënt)



2.3 POH als vast aanspreekpunt voor de eerste lijn

Binnen de huisartsenpraktijk kan ervoor gekozen worden om de POH een rol te geven als vast aanspreekpunt. De begeleiding door de POH van oncologiepatiënten in de eerste lijn komt niet in plaats van die van andere zorgverleners, zoals de oncologieverpleegkundige binnen de thuiszorg, de casemanager in het ziekenhuis of een ondersteuningsconsulent. De POH kan een samenwerkingspartner vanuit de huisartsenpraktijk zijn, om zo te waarborgen dat de patiënt en zijn of haar naasten de juiste zorg en ondersteuning zoveel mogelijk in hun eigen leefomgeving ontvangen. Voor het functieprofiel van de POH met aandachtsgebied oncologie zie [bijlage 1](#).

Plaats POH als vast aanspreekpunt binnen de Eerste lijn t.o.v. andere oncologie zorgprofessionals. De POH:

- is werkzaam in de huisartsenpraktijk en heeft affiniteit met en bij voorkeur werkervaring in de oncologische zorg;
- kan persoonsgericht handelen, werken en denken;
- heeft inzage in het patiëntdossier via de huisartsenpraktijk;
- is in alle fasen van de ziekte beschikbaar voor mensen met kanker en hun naasten;

- neemt proactief contact op met mensen met kanker en hun naasten op vastgestelde momenten in het ziekteproces;
- maakt bij voorkeur deel uit van een lokaal multidisciplinair eerstelijns oncologiezorgnetwerk;
- verwijst rechtstreeks naar noodzakelijke overige ondersteuning of doet dit in nauw overleg met huisarts;
- heeft nauw contact en structurele overlegmomenten met de huisarts.

3. Ondersteuning gecoördineerd vanaf buiten de huisartsenpraktijk

In een door ZEL opgerichte multidisciplinaire werkgroep oncologie is vastgesteld dat de begeleiding van de oncologiepatiënt mogelijk gecoördineerd kan worden in nauwe samenwerking met een oncologie-gekwalificeerde paramedicus van buiten de huisartsenpraktijk. In dit hoofdstuk wordt een schets gemaakt op welke manier dit kan en welke paramedici hiervoor in aanmerking komen.

3.1 Oncologie-gekwalificeerd paramedicus

Oncologie-gekwalificeerde paramedici zijn paramedici die zijn opgenomen in de [Verwijsgids Kanker](#), hiermee tonen zij aan dat ze voldoen aan de criteria op het gebied van oncologische zorg, die zijn vastgesteld vanuit hun eigen beroepsgroep.

Hier kan gedacht worden aan paramedici gespecialiseerd op het gebied van oncologie:

- oncologieverpleegkundige thuiszorg
- ondersteuningsconsulenten oncologie in de eerste lijn ([Ondersteuningsconsulent - IKNL | Verwijsgids Kanker](#))

Oncologie-gekwalificeerde paramedici kunnen zijn (indien opgenomen in de Verwijsgids Kanker):

- diëtisten
- fysiotherapeuten
- huid- en oedeemtherapeuten
- logopedisten
- podotherapeuten

Een oncologie-gekwalificeerde paramedicus die de begeleiding van de patiënt vanaf buiten de huisartsenpraktijk kan coördineren, voldoet minimaal aan de volgende voorwaarden. De paramedicus:

- is als zorgverlener werkzaam in de eerste lijn;
- heeft affiniteit met en bij voorkeur werkervaring in de oncologische zorg
- kan persoonsgericht denken en handelen;
- is in alle fasen van de ziekte beschikbaar voor mensen met kanker en hun naasten;
- maakt bij voorkeur deel uit van een lokaal multidisciplinair eerstelijns oncologiezorgnetwerk;
- heeft nauw contact en structurele overlegmomenten met de huisartsenpraktijk.

Om een goede, gestructureerde aanpak van de begeleiding van de oncologiepatiënt te kunnen waarborgen is het van belang dat zowel de huisarts als de gekwalificeerde paramedicus in (schriftelijke) werkafspraken vastleggen wat zij van elkaar kunnen verwachten en op welke wijze. De paramedicus en de huisarts hebben structureel overleg met elkaar, maar houden elkaar daarnaast op de hoogte bij relevante ontwikkelingen.

Het is voor zowel de zorgverleners zelf als voor de patiënt goed om af te spreken wie fungeert als het vaste aanspreekpunt voor de patiënt bij hulpvragen die ontstaan tijdens en na de medische behandeling van kanker. De paramedicus verleent de gewenste zorg of maakt de patiënt wegwijs waar hij/zij de zorg kan vinden binnen het oncologiezorgnetwerk of op de sociale kaart, passend bij zijn hulpvraag.

3.2 Verdeling activiteiten

Indien een oncologiepatiënt en diens huisarts voor de begeleiding de samenwerking zoeken met een oncologie-gekwalificeerde paramedicus buiten de huisartsenpraktijk, kunnen de werkzaamheden van de huisarts en de paramedicus op de onderstaande wijze worden verdeeld (zie ook het document “Zorgproces Oncologie Eerste Lijn” voor een uitgebreide toelichting van de activiteiten in de verschillende ziektefasen).

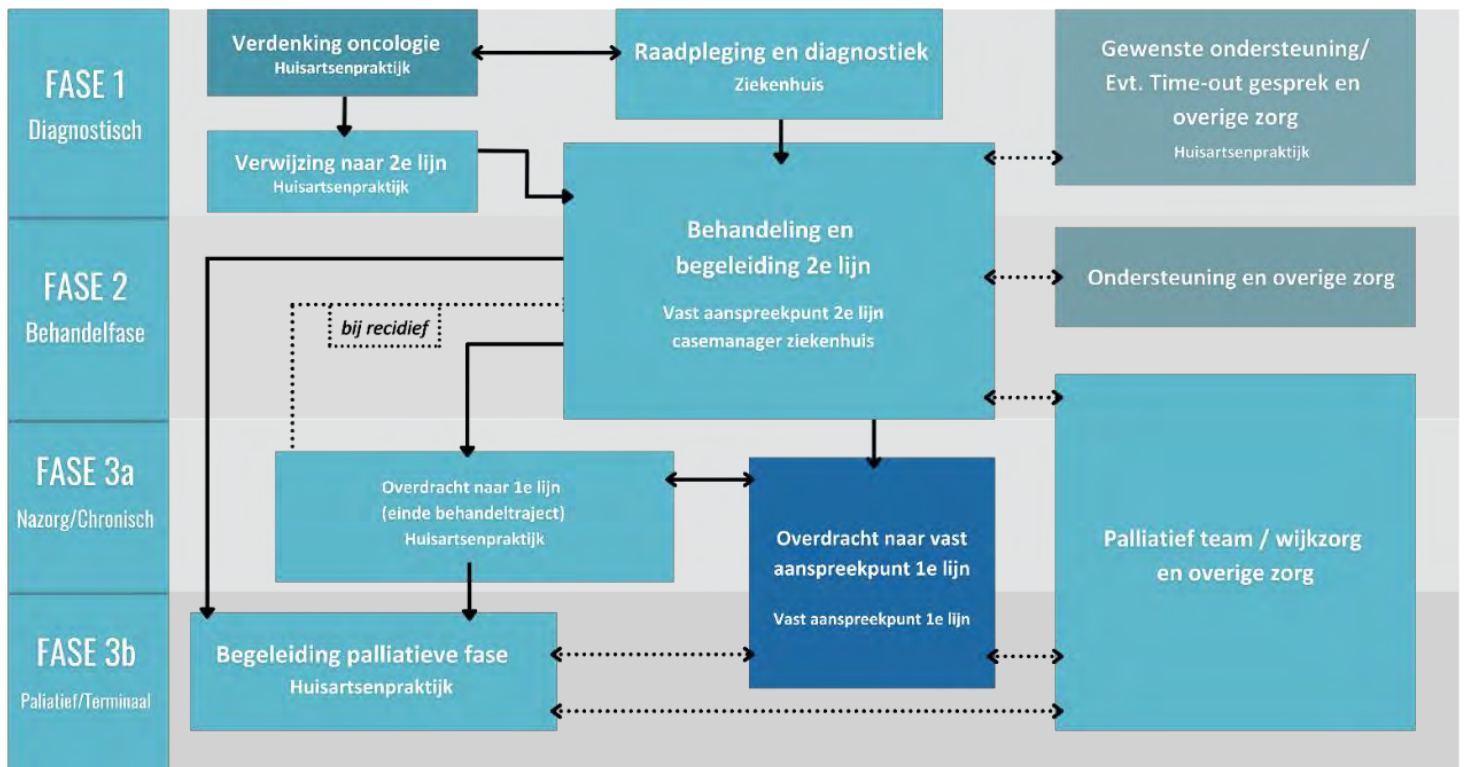
De onderstaande tabel geeft slechts een illustratie van de verdeling van de werkzaamheden tussen de huisarts en paramedicus. De daadwerkelijke verdeling dient in onderling overleg tussen de huisarts en paramedicus te worden vastgesteld en vastgelegd in werkafspraken. Hierbij dient ook te worden vermeld dat in de werkpraktijk van de huisarts meerdere oncologie-gekwalificeerde paramedici werkzaam kunnen zijn waarmee samengewerkt kan worden voor verschillende patiënten.

| FASE | Activiteiten huisartsenpraktijk (huisarts) | Vast aanspreekpunt 1e lijn buiten huisartsen (oncologie gekwalificeerde paramedicus) | FASE |
|------|---|--|------|
| 0 | <ul style="list-style-type: none"> Toelichting aan patiënt over de betekenis van een positieve screeningsuitslag Aandacht voor ontstane onrust door positieve uitslag | | |
| 1 | <ul style="list-style-type: none"> Verzorgen verwijzing ziekenhuis met goede informatievoorziening aan de specialist, inclusief contactgegevens Contact houden met patiënt. Eventueel: <ul style="list-style-type: none"> Time-out gesprek Monitoren comorbiditeit | | |
| 2 | <ul style="list-style-type: none"> Indien nodig/gewenst contact met behandelend specialist en vice versa Monitoren comorbiditeit indien nodig/gewenst contact onderhouden met aandacht voor somatische, psychische en sociale aspecten en terugkeer naar het werk indien van toepassing <ul style="list-style-type: none"> Evt. eerstelijns individueel zorgplan met patiënt bespreken | | |
| 3A | <ul style="list-style-type: none"> Berichtgeving over afronding behandelfase documenteren <ul style="list-style-type: none"> Alert zijn op late effecten a.g.v. behandelingen voor kanker Samenwerking bedrijfsarts indien nodig Eventuele nazorg uitvoeren (afhankelijk van de afspraken met het ziekenhuis) Bij ontwikkelingen overleg met vast aanspreekpunt | <ul style="list-style-type: none"> Gesprek met patiënt over afronden behandelfase met aandacht voor somatische, psychosociale aspecten <ul style="list-style-type: none"> Indien nodig doorverwijzen naar ondersteunende zorg uit sociale kaart Afspraken met patiënt maken over wijze en frequentie van contact met patiënt en/of naasten Alert zijn op late effecten a.g.v. behandelingen voor kanker Psychosociaal screenen en voorlichten Bij ontwikkelingen overleg met huisarts | 3A |
| 3B | <ul style="list-style-type: none"> In afstemming binnen praktijk contact met patiënt en naasten onderhouden <ul style="list-style-type: none"> Levensinde gesprekken voeren; Bespreken wat er aan zorg wel en niet mogelijk is (verwachtingenmanagement) Consultatie palliatief team indien nodig Zorgen voor continuïteit van zorg Na overlijden gesprek met naasten m.b.t. rouwverwerking. | <ul style="list-style-type: none"> In afstemming binnen praktijk contact met patiënt en naasten onderhouden <ul style="list-style-type: none"> Levensinde gesprekken voeren Bespreken wat er aan zorg wel en niet mogelijk is (verwachtingenmanagement) Indien nodig doorverwijzen naar zorgverleners uit sociale kaart Na overlijden gesprek met naasten m.b.t. rouwverwerking | 3B |

3.3 Patiëntreis

In onderstaande figuur wordt ter illustratie een voorbeeld gegeven van een patiëntreis en de daarbij mogelijk betrokken zorgverleners. De daadwerkelijke route zal voor iedere patiënt verschillen. Mensen met kanker kunnen in wisselende duur en soms terugkerend de diverse stadia van de ziekte doorlopen: de preventieve, de curatieve, de palliatieve en de terminale fase. De begeleiding van de huisarts en de oncologie-gekwalficeerde paramedicus die de rol als vast aanspreekpunt in de eerste lijn vervult vraagt daarom om persoonsgerichte zorg en maatwerkoplossingen.

Organisatie oncologische patiënt met aanspreekpunt **buiten** huisartsenpraktijk (route patiënt)



4. Stappenplan

Om dit zorgplan te implementeren binnen de huisartsenpraktijk en/of het eerstelijns oncologiezorgnetwerk is het belangrijk om te weten om hoeveel mensen met kanker het gaat en hoe deze groep is samengesteld. Vervolgens kunnen werkafspraken worden gemaakt over het vaste aanspreekpunt van de patiënt in de eerste lijn. Vanuit de huisartsenpraktijk kunnen afspraken gemaakt worden met één of meerdere eerstelijns zorgverleners buiten de huisartsenpraktijk die willen fungeren als vast aanspreekpunt. De zorgverleners in de huisartsenpraktijk (en het vaste aanspreekpunt buiten de huisartsenpraktijk) stellen gezamenlijk een lokale sociale kaart oncologie op, waarbij wordt geïnventariseerd wat het oncologie-specifieke ondersteuningsaanbod is in het werkgebied van de huisartsenpraktijk.

STAP 1: Inzicht in oncologie populatie huisartsenpraktijk via ICT

Met behulp van ICPC codes kan een overzicht van (chronische) oncologiepatiënten die al bekend zijn binnen de huisartsenpraktijk worden gemaakt. Door een uitdraai te maken van de ICPC-codes kan inzicht worden verkregen in de omvang en samenstelling van de (chronische) oncologiepopulatie in de huisartsenpraktijk.

| ICPC clusters oncologie | |
|-------------------------|--|
| ICPC | ICPC titel |
| A79 | Maligniteit met onbekende primaire lokalisatie |
| B72 | Ziekte van Hodgkin |
| B73 | Leukemie |
| B74 | Andere maligniteit bloed/lymfstelsel |
| D74 | Maligniteit maag |
| D75 | Maligniteit colon/rectum |
| D76 | Maligniteit pancreas |
| D77 | Andere/niet-gespecif. maligniteit spijsverteringsorganen |
| F74 | Neoplasma oog/adnexen |
| H75 | Neoplasma oor |
| K72 | Neoplasma hart vaatstelsel |
| L71 | Neoplasma bewegingsapparaat |
| N74 | Maligniteit zenuw stelsel |
| R84 | Maligniteit bronchus/long |
| R85 | Andere maligniteit luchtwegen |
| S77 | Maligniteit huid/subcutis |
| T71 | Maligniteit schildklier |
| T73 | Ander/niet-gespecificeerd neoplasma endocriene klieren |
| U75 | Maligniteit nier |
| U76 | Maligniteit blaas |
| U77 | Andere maligniteit urinewegen |
| W72 | Maligniteit in verband met zwangerschap |
| X75 | Maligniteit cervix uter |
| X76 | Maligniteit borst vrouw |
| X77 | Andere maligniteit geslachtsorganen vrouw |
| Y77 | Maligniteit prostaat |
| Y78 | Andere maligniteit geslachtsorganen/borsten man |

Als duidelijk is hoeveel patiënten met kanker tot de huisartspraktijk behoren is de volgende stap het in kaart brengen van de fase van de behandeling van deze patiënten. Op basis hiervan kan een plan worden gemaakt hoe de begeleiding van de oncologiepatiënten opgezet kan worden.

STAP 2: Bepaal het eerstelijns vaste aanspreekpunt oncologie

Maak een keuze hoe de begeleiding van oncologische patiënten in de eerste lijn kan worden gecoördineerd. Maak hierbij een keuze tussen begeleiding via een vast aanspreekpunt voor oncologiepatiënten binnen de huisartsenpraktijk (door de huisarts of praktijkondersteuner¹) of begeleiding via een vast aanspreekpunt voor oncologiepatiënten buiten de huisartsenpraktijk (door een lokale oncologie-gekwalificeerde paramedicus). Voor iedere individuele patiënt zal de keus van het vaste aanspreekpunt verschillend zijn, maar het is wenselijk van tevoren af te spreken wie binnen het eerstelijns netwerk deze functie kan vervullen.

Indien de praktijkondersteuner de patiënten gaat begeleiden als het eerstelijns vaste aanspreekpunt oncologie, is het noodzakelijk (evt 'verstandig') dat hij zich eerst bekwaamt op het gebied van de oncologie. Denk hierbij aan training, e-learning en meeloopstages.

STAP 3: Maak praktische werkafspraken en stel een sociale kaart op

Maak binnen de huisartsenpraktijk en in overleg met het vaste aanspreekpunt buiten de huisartsenpraktijk werkafspraken over de activiteiten op het gebied van oncologie binnen de eerste lijn. (zie activiteiten schema 1.1)

Inventariseer wat het oncologie-specifieke ondersteuningsaanbod is in het werkgebied van de huisartsenpraktijk en/of het eerstelijnsnetwerk en stel een sociale kaart op (zie bijlage 3). Spreek af wie hierin het voortouw neemt en wie verantwoordelijk is voor het actueel houden van deze sociale kaart.

STAP 4: Evaluatie

Evalueer met regelmaat (bijvoorbeeld jaarlijks) of betrokken zorgverleners en patiënten tevreden zijn over de manier waarop de begeleiding van oncologiepatiënten is georganiseerd. Vergeet hierbij de mantelzorgers niet.

Zorg ervoor dat de gebruikte werkafspraken en protocollen actueel zijn en gebruik de feedback van zorgverleners, patiënten en mantelzorgers om deze verder te verbeteren. Overweeg hierbij een registratie van de veranderingen t.o.v. eerdere versies.

¹ Indien meer inzet van de POH gewenst is voor de begeleiding van oncologiepatiënten in de huisartsenpraktijk adviseren wij om bij DSW/ de zorgverzekeraar na te vragen of er uitbreiding van de POH uren binnen de praktijk mogelijk is. Op dit moment is er geen aanvullende financiering voor de begeleiding van oncologiepatiënten door zorgverleners binnen de eerste lijn.

Bijlage 1: Functieprofiel POH met aandachtsgedied oncologie

De POH met aandachtsgedied oncologie:

- is werkzaam in de huisartsenpraktijk en heeft affiniteit en bij voorkeur werkervaring met oncologie
- kan persoonsgericht denken en handelen;
- heeft inzage in het patiëntdossier via de huisartsenpraktijk;
- is in alle fasen van de ziekte beschikbaar voor mensen met kanker en hun naasten;
- neemt proactief contact op met mensen met kanker en hun naasten op vastgestelde momenten van het ziektebeloop;
- maakt bij voorkeur deel uit van een lokaal multidisciplinair eerstelijns oncologiezorgnetwerk;
- verwijst rechtstreeks naar noodzakelijke overige ondersteuning of doet dit in nauw overleg met de huisarts;
- heeft nauw contact en structurele overlegmomenten met de huisarts.

De POH met aandachtsgedied oncologie bespreekt met de patiënt en zijn naasten wat het betekent om te leven met kanker. In de gesprekken gaat het over alle medische en niet-medische zaken: de effecten van de ziekte en de behandeling op het dagelijks leven en het functioneren van de patiënt en zijn naasten.

De POH met aandachtsgedied oncologie denkt mee bij het keuzeprocess ten aanzien van alle beschikbare ondersteunende zorg en geeft de mogelijkheden aan van thuiszorg etc. De POH met aandachtsgedied oncologie geeft informatie en adviezen aan zowel de patiënt als zijn naasten over de mogelijkheden van E-Health.

De POH met aandachtsgedied oncologie is laagdrempelig bereikbaar en beschikbaar voor de patiënt gedurende het gehele zorgproces. De POH heeft kennis en praktische en emotionele vaardigheden en ondersteunt de patiënt in zijn zelfmanagement. Aandachtige en persoonlijke zorg zijn de basis van het handelen.

Kennis

De POH met aandachtsgedied oncologie heeft naast oncologische medische kennis óók kennis over:

- zelfmanagement en inzicht hoe dit te bevorderen;
- bevorderen en ondersteunen van gezonde leefpatronen en therapietrouw;
- de maatschappelijke context en het bevorderen van kwaliteit van leven;
- de wijze waarop de patiënt tijdens en na de oncologische behandelingen zijn conditie optimaal kan houden en de hinder van bijwerkingen tot een minimum kan beperken;
- oncologische revalidatie voor een optimale terugkeer in het dagelijks leven, zoals werk en gezin;
- signalen van (dreigende) overbelasting van de naasten en mantelzorgers en het voorkomen hiervan;
- de levensfasen van de mens, principes van zelfmanagement en verschillende stijlen van coping;
- de verschillende werkingsmechanismen van verschillende therapieën; de POH met aandachtsgedied oncologie kent de meest voorkomende bijwerkingen van deze therapieën op de korte en lange termijn;
- alle relevante informatie over de verschillende levensgebieden en de bijbehorende complementaire ondersteuningsmogelijkheden;
- de sociale kaart.

Vaardigheden en attitude

De POH met aandachtsgebied oncologie adviseert bij het zoeken naar informatie en stimuleert zelfmanagement om ondersteunende zorg waar nodig in te bedden in het leven van de patiënt.

De POH kan:

- een deel van de zorg van de huisarts overnemen;
- de patiënt wegwijs maken in de ondersteunende mogelijkheden; de zelfredzaamheid van de patiënt bevorderen door het structureel en proactief aanbieden van informatie en ondersteuning;
- zelfmanagement ondersteunen door het inzetten van instrumenten en online tools;
- mondelinge voorlichting en schriftelijke informatie aan de patiënt geven over een leefpatroon dat bijdraagt aan de kwaliteit van leven;
- informatie over ondersteunende zorg uit de verschillende bronnen zoals patiëntfolders, internet en gesprekken met anderen verifiëren en in de juiste context plaatsen;
- informatie geven over mogelijke noodzakelijke veranderingen in het leefpatroon ten gevolge van de ziekte of de behandeling en hierbij gebruik maken van de mogelijkheden van bijvoorbeeld patiëntenverenigingen;
- ervoor zorgen dat zorgconsumptie wordt gereduceerd door proactieve informatieverstrekking, vroegtijdige signalering en stimulering van zelfmanagement;
- zorgen dat escalatie van de problematiek afneemt door inzet van lichtere vormen van zorg (eerstelijns zorg in plaats van tweedelijns zorg). Dit gebeurt door tijdige signalering en juiste inschatting van de ondersteuningsbehoefte;
- zorgen dat de maatschappelijke participatie van de patiënt (eerder) toeneemt;
- de patiënt ondersteunen bij het herstelproces.

Bron: Dit functieprofiel is afgeleid van het functieprofiel voor de POH Oncologie van Stichting OOK (zie www.stichting-ook.nl)

Bijlage 2: Praktische tools en instrumenten

2.1 Gespreksinstrument OOK Canvas

Het OOK Canvas is een voorbeeld van een methodiek om een gericht en gestructureerd gesprek te voeren met kankerpatiënten over hoe zij kunnen omgaan met de gevolgen van de ziekte op hun leven. Het OOK Canvas is een gespreksinstrument dat de patiënt kan gebruiken voorafgaand aan of tijdens het gesprek met een verpleegkundige. In dit gesprek worden de gevolgen van de ziekte voor de patiënt of een naaste ervaart helder gemaakt en besproken. Aan de hand van het Canvas kan worden uitgelegd welke interventies misschien nodig zijn en hoe contact kan worden gelegd met hulpverleners of instanties, met als doel het bereiken van passende ondersteuning voor ieder mens met kanker en zijn naasten.

Tien levensdomeinen

Het OOK Canvas geeft overzichtelijk tien levensdomeinen weer waarin de patiënt last kan ervaren:

- Veranderingen in of aan het lichaam
- Voeding & Spijsvertering
- Energie & Bewegen
- Voorzieningen & Regelgeving
- Actief leven
- Kinderen
- Relaties & Omgeving
- Zingeving
- Gedachten & Emoties
- Een goed afscheid

Per leefdoorn kan de diepte in worden gegaan aan de hand van onderliggende thema's. OOK Canvas kan op twee manieren worden ingevuld: door de patiënt zelf voorafgaand aan het gesprek met de oncologieverpleegkundige/ondersteuningsconsulent om het daarna samen te bespreken, of tijdens het gesprek samen met de zorgverlener.

Naam _____

Ondersteuningsconsulent _____

Datum _____

Ziekenhuis _____

- Droge en verstopte neus
- Praten | Heesheid
- Mondslijmvlies
- Urine | Uitscheiding
- Opgezwollen gevoel
- Koud-Warm gevoel

- Ontspannen | Slapen
- Pijn
- Benauwdheid
- Evenwicht | Duizeligheid
- Hormonale veranderingen
- Seksuele functies

- Vochtophoping
- Stoten | Tintelingen | Dofgevoel
- Droge | Jeukerige huid
- Uiterlijk
- Nagelproblemen
- Haar(uitval)
- Littekens



In het Lichaam Veranderingen

Wat heb je nodig?



Een goed afscheid

- Rouwen | Overdragen
- Afscheid vormgeven
- Nalatenschap | Geld | Vermogen



Gedachten & Emoties

- Levenslust | Veerkracht
- Zelfvertrouwen | Veilig voelen
- Spanning | Stress | Piekeren
- Angst | Somberheid | Schuldgevoel
- Verdriet | Rouw | Verlies
- Acceptatie | Reflectie
- Lichaamsbeleving | Zelfbeeld
- Controleverlies | Frustratie
- Herinneringen | Geheugen
- Concentratie



Zingeving

- Zin van het leven
- Levensbeschouwing | Waarden
- Geluksmomenten | Troost
- Voldoening | Tevredenheid



Relaties & Omgeving

- Gezelschap | Eenzaamheid
- Familie | Vrienden
- Partner
- Intimiteit | Seksuele beleving
- Zorgverleners
- Mantelzorg
- Collega's | Leidinggevende

Woorden behorend bij jouw beste dag

| Vandaag | Afgelopen Maand |
|---------|-----------------|
| 10 | 10 |
| 9 | 9 |
| 8 | 8 |
| 7 | 7 |
| 6 | 6 |
| 5 | 5 |
| 4 | 4 |
| 3 | 3 |
| 2 | 2 |
| 1 | 1 |
| 0 | 0 |

Woorden behorend bij jouw slechtste dag

Wat heb je nodig?



Kinderen

- Zorg voor kinderen
- Omgang met kinderen
- Kinderwens
- Ouderschap



Actief leven

- Werk en Reïntegratie
- Werk en Betekenis
- Opleiding
- Hobby's | Passies
- Huishouden

& Voeding & Spijsvertering

- Koken | Eten | Voeding
- Reuk- | Smaakvermogen
- Veranderingen in gewicht
- Misselijkheid
- Slikken | Pijnlijke slokdarm
- Verstopping | Obstipatie
- Diarree



& Energie & Beweging

- Wassen | Aankleden
- Dagelijkse bezigheden
- Moeheid
- Conditie
- Frisse lucht | Beweging
- Spierkracht
- Omgaan met fysieke beperkingen
- Lichamelijke mobiliteit
- Stijfheid



& Voorzieningen & Regelgeving

- Wonen | Huisvesting
- Mobiliteit | Vervoer
- Kosten | Inkomen | Uitgaven
- Verzekering



2.2 Gespreksinstrument Lastmeter

De Lastmeter is een vragenlijst die de patiënt invult en daarna met de arts of verpleegkundige bespreekt. Uit de antwoorden op de vragen wordt duidelijk van welke problemen of zorgen de patiënt op dat moment last heeft. En of hij behoefte heeft aan extra ondersteuning.

Een voorbeeld van de Lastmeter staat weergegeven op de volgende pagina. De Lastmeter kan ook digitaal door de patiënt worden ingevuld via de website [www.kanker.nl](https://www.kanker.nl/hulp-en-ondersteuning/lastmeter) (<https://www.kanker.nl/hulp-en-ondersteuning/lastmeter>).

Gebruik van de Lastmeter:

Hoe vaak de Lastmeter wordt gebruikt, hangt af van het ziekteproces. Het invullen van de Lastmeter wordt over het algemeen op de volgende momenten aanbevolen:

Vlak na de diagnose

De Lastmeter kan de eerste keer vlak na de diagnose worden ingevuld. In het gesprek tussen de patiënt en de huisarts of oncologieverpleegkundige kunnen de uitkomsten worden besproken.

Tijdens de behandeling

Tijdens de behandelfase wordt aangeraden de Lastmeter eens in de 3 maanden in te laten vullen. Ook wanneer er belangrijke veranderingen in het behandeltraject plaatsvinden, zoals bijvoorbeeld:

- bij de start en het einde van elke soort behandeling (chemotherapie, bestraling, hormoontherapie, doelgerichte therapie of immunotherapie);
- bij de overgang van behandeling- naar controleperiode;
- bij de overgang van controleperiode naar beëindiging van het contact met het ziekenhuis;
- als de ziekte terugkomt of wanneer er uitzaaiingen zijn gevonden;
- wanneer blijkt dat de patiënt niet meer beter kan worden;
- In de controlefase.

Het is goed om te bedenken dat de Lastmeter altijd weergeeft hoe de patiënt zich op dát moment voelt, in de week voorafgaand aan het bezoek. Tijdens het ziekteproces kunnen klachten ontstaan, maar die kunnen ook weer verdwijnen.

lastmeter

Invuldatum:

(dag - maand - jaar)

Vul eerst de thermometer in:

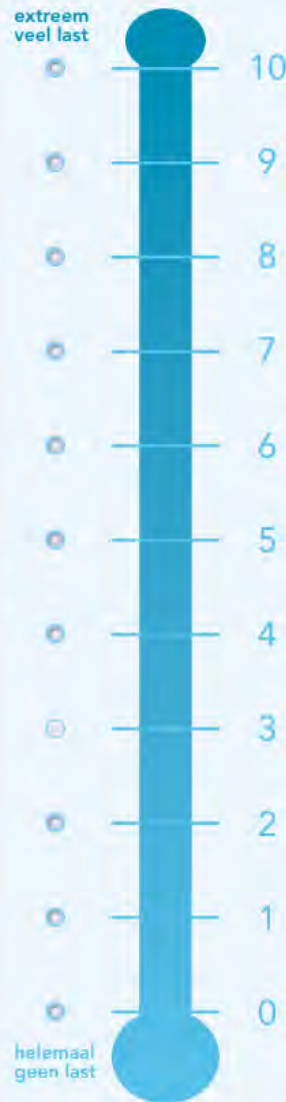
Omcirkel het nummer op de thermometer dat het best samenvat hoeveel last u de afgelopen week (inclusief vandaag) hebt gehad op lichamelijk, emotioneel, sociaal en praktisch gebied.

Disclaimer

De Lastmeter is met de grootst mogelijke zorgvuldigheid samengesteld. IKNL is niet aansprakelijk voor de juistheid, volledigheid of effectiviteit van het product. Het gebruik van de Lastmeter geschiedt voor volledig risico van de gebruiker.

Uitgave: IKNL © 2008 /
richtlijn Detecteren behoefte
psychosociale zorg

Thermometer



Probleemlijst

Wilt u voor onderstaande gebieden aangeven of u de afgelopen week (inclusief vandaag) hier moeite mee hebt gehad of problemen bij hebt ervaren. Wilt u elke vraag beantwoorden?

Als u Ja hebt geantwoord, wilt u dan met een cijfer van 1-10 aangeven hoeveel moeite of problemen u hebt ervaren? (1 = nauwelijks moeite of problemen en 10 = extreem veel moeite of problemen).

| ja | indien ja, hoeveel | nee | |
|-----------------------|----------------------|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | Praktische problemen |
| <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | zorg voor kinderen |
| <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | wonen / huisvesting |
| <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | huishouden |
| <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | vervoer |
| <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | werk / school / studie |
| <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | financiën |
| <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | verzekering |
| <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | Gezins- / sociale problemen |
| <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | omgang met partner |
| <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | omgang met kinderen |
| <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | omgang met familie / vrienden |
| <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | Emotionele problemen |
| <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | greep hebben op emoties |
| <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | herinneren van dingen |
| <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | zelfvertrouwen |
| <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | angsten |
| <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | neerslachtigheid / somberheid |
| <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | spanning |
| <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | eenzaamheid |
| <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | concentratie |
| <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | schuldgevoel |
| <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | controleverlies |
| <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | Religieuze/spirituele problemen |
| <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | zin van het leven / levensbeschouwing |
| <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | vertrouwen in God / geloof |

| ja | indien ja, hoeveel | nee | |
|-----------------------|----------------------|-----------------------|---------------------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | Lichamelijke problemen |
| <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | uiterlijk |
| <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | veranderde urine – uitscheiding |
| <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | verstopping / obstipatie |
| <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | diarree |
| <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | eten |
| <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | opgezwollen gevoel |
| <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | koorts |
| <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | mondslijmvlies |
| <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | misselijkheid |
| <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | droge, verstopte neus |
| <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | pijn |
| <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | seksualiteit |
| <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | droge, jeukerige huid |
| <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | slaap |
| <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | benauwdheid |
| <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | duizeligheid |
| <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | praten |
| <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | smaakvermogen |
| <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | veranderingen in gewicht |
| <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | tintelingen in handen / voeten |
| <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | wassen / aankleden |
| <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | dagelijkse bezigheden |
| <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | moeheid |
| <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | conditie |
| <input type="radio"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> | spierkracht |

Andere problemen

Zou u met een deskundige willen praten over uw problemen?

ja misschien nee

Zo ja, met wie?

| | |
|--|--|
| <input type="radio"/> verpleegkundige | <input type="radio"/> geestelijk verzorger |
| <input type="radio"/> diëtist | <input type="radio"/> psycholoog |
| <input type="radio"/> fysiotherapeut | <input type="radio"/> lotgenoten |
| <input type="radio"/> maatschappelijk werker | <input type="radio"/> iemand anders |

2.3 Gespreksinstrument Positieve Gezondheid

Machteld Huber introduceerde het concept 'Positieve Gezondheid' in Nederland in 2012. In dit concept wordt gezondheid niet meer gezien als de afwezigheid van ziekte, maar als het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale levensuitdagingen om te gaan en zoveel mogelijk eigen regie te voeren.

De WHO stelt dat gezondheid een toestand van compleet welbevinden is, lichamelijk, psychisch en sociaal. Maar eigenlijk zou dat betekenen dat vrijwel niemand gezond is. Zelfs als je geen ziekte hebt, doen zich gebeurtenissen voor in het leven waardoor het tijdelijk niet goed gaat. Zoals een echtscheiding of het overlijden van een dierbare. Daarbij komt dat de definitie weinig recht doet aan mensen met een chronische ziekte. Het impliciete appèl is dat je mensen moet blijven doorbehandelen, net zo lang tot ze een toestand van compleet welbevinden hebben bereikt. Dat kan niet de bedoeling zijn, aldus Huber.

Toelichting instrument

Positieve Gezondheid is de uitwerking in zes dimensies van de nieuwe definitie van gezondheid. Met die bredere benadering draag je bij aan het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven om te gaan. En om zo veel mogelijk eigen regie te voeren.

Hoe werkt het gespreksinstrument?

Mensen kunnen met het spinnenweb in kaart brengen hoe zij zelf hun gezondheid ervaren. Voel je je bijvoorbeeld tevreden, gelukkig of juist eenzaam? Lukt het je om de dagelijkse dingen te doen, zoals het huishouden? Beleef je nog plezier aan hobby's of bezigheden? Hulpverleners en hun patiënten kunnen met die uitkomsten een heel ander gesprek voeren. "Wat is voor ú echt belangrijk?" "Wat zou u willen veranderen?"

Hulpverleners bedenken samen met de patiënt wie (of wat) in de omgeving kan helpen om de situatie te verbeteren. De verschillende mogelijkheden worden voor de hulpverlener en voor de patiënt zichtbaar en vindbaar.

Hoe kan een patiënt meedoen?

- Laat de patiënt een persoonlijk account aanmaken op www.mijnpositievegezondheid.nl.
- Na het inloggen kan de patiënt de test starten.
- Indien gewenst kan op een later moment opnieuw worden ingelogd om de test nogmaals te doen.

Hoe krijgt een patiënt de uitkomst in zijn bezit?

De testresultaten worden gepresenteerd aan de hand van het spinnenwebmodel. Dit ingevulde model kan vervolgens worden gedownload, opgeslagen of geprint.

Meer weten over Positieve Gezondheid? Kijk op www.vilans.nl of www.iph.nl.

MIJN POSITIEVE GEZONDHEID

- Zorgen voor jezelf
- Je grenzen kennen
- Kennis van gezondheid
- Omgaan met tijd
- Omgaan met geld
- Kunnen werken
- Hulp kunnen vragen



DAGELIJKS
FUNCTIONEREN



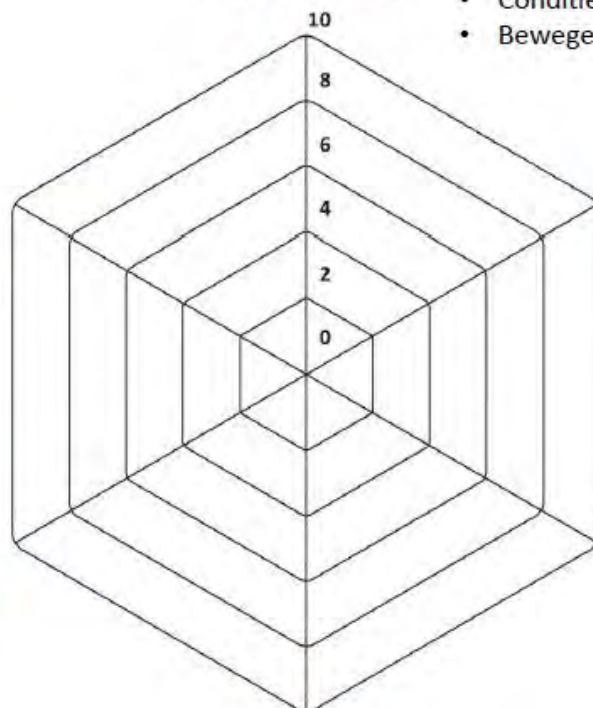
MEEDOEN

- Sociale contacten
- Serieus genomen worden
- Samen leuke dingen doen
- Steun van anderen
- Erbij horen
- Zinnvolle dingen doen
- Interesse in de maatschappij



LICHAAMSFUNCTIES

- Je gezond voelen
- Fitheid
- Klachten en pijn
- Slapen
- Eten
- Conditie
- Bewegen



MENTAAL
WELBEVINDEN

- Onthouden
- Concentreren
- Communiceren
- Vrolijk zijn
- Jezelf accepteren
- Omgaan met verandering
- Gevoel van controle



ZINGEVING

- Zinvol leven
- Levenslust
- Idealen willen bereiken
- Vertrouwen hebben
- Accepteren
- Dankbaarheid
- Blijven leren



KWALITEIT VAN LEVEN

- Genieten
- Gelukkig zijn
- Lekker in je vel zitten
- Balans
- Je veilig voelen
- Hoe je woont
- Rondkomen met je geld

Bijlage 3: Sociale kaart oncologie

| Naam Organisatie | Naam contact persoon | Contactgegevens | | | Samenwerkings-afspraken | Overig |
|--|----------------------|-----------------|------------|--------------------|-------------------------|--------|
| | | Telefoonnummer | Emailadres | Siilo (ja of nee?) | | |
| <u>Lokale eerstelijns zorgverleners</u> | | | | | | |
| Huisartsenpraktijk | | | | | | |
| Oedeem- en Oncologiefysiotherapie | | | | | | |
| Psychosociale ondersteuning | | | | | | |
| Ergotherapie | | | | | | |
| Diëtetiek | | | | | | |
| Logopedie | | | | | | |
| Thuiszorg | | | | | | |
| Casemanager dementie | | | | | | |
| Wondverpleegkundige | | | | | | |
| (school)maatschappelijk werk | | | | | | |
| Geestelijk verzorger | | | | | | |

| Naam Organisatie | Naam contact persoon | Contactgegevens | | | Samenwerkings-afspraken | Overig |
|--|----------------------|-----------------|------------|--------------------|-------------------------|--------|
| | | Telefoonnummer | Emailadres | Siilo (ja of nee?) | | |
| Arbo-arts/Bedrijfsarts Consulent Oncologie (BACO) | | | | | | |
| Psycholoog | | | | | | |
| Borstprotheseleverancier | | | | | | |
| Haarwerker | | | | | | |
| Hospice | | | | | | |
| Seksuoloog | | | | | | |
| Apotheker | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| Naam Organisatie | Naam contact persoon | Contactgegevens | | | Samenwerkingsafpraak | Overig |
|--|----------------------|-----------------|------------|--------------------|----------------------|--------|
| | | Telefoonnummer | Emailadres | Siilo (ja of nee?) | | |
| <u>Medewerkers vanuit de ziekenhuizen</u> | | | | | | |
| Medisch maatschappelijk werk | | | | | | |
| Verpleegkundig specialist | | | | | | |
| Coördinerend oncologieverpleegkundigen | | | | | | |
| Palliatief verpleegkundige | | | | | | |
| Ondersteuningsconsulent | | | | | | |
| Transferverpleegkundige | | | | | | |
| Specialist | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| Naam Organisatie | Naam contact persoon | Contactgegevens | | | Samenwerkingsafspraken | Overig |
|--|----------------------|-----------------|-----------------------|--------------------|------------------------|--------|
| | | Telefoonnummer | Emailadres | Siilo (ja of nee?) | | |
| <i>Regionale netwerken/organisaties</i> | | | | | | |
| Netwerk palliatieve zorg (WSD) regio DWO | Jopke Kruyt | 06 2057 6490 | info@npzdwo.nl | | Palliaweb.nl | |
| Netwerk palliatieve zorg (WSD) regio NWN | Huub Schreuder | 06 5370 1176 | h.schreuder@careyn.nl | | Palliaweb.nl | |
| Zorgbemiddelingskantoor <u>Loketten en rijdend bijkantoor</u> <u>- DSW Zorgverzekeraar</u> | | | | | | |
| Mantelzorgmakelaar | | | | | | |
| Inloophuis | | | | | | |
| Psycho-oncologisch centrum (Sanavera) | | | | | | |
| Thuiszorg | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| Naam Organisatie | Naam contact persoon | Contactgegevens | | | Samenwerkings-afspraken | Overig |
|--|----------------------|-----------------|--|--|-------------------------|--------|
| | | Telefoonnummer | Emailadres | Siilo (ja of nee?) | | |
| <i>Landelijke organisaties</i> | | | | | | |
| Stichting OOK | | | www.stichting-ook.nl | Stichting OOK | | |
| NFK | | | www.nfk.nl | NFK | | |
| Kanker.nl | | | www.kanker.nl | Kanker.nl | | |
| Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg | | | www.vptz.nl | Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg | | |
| Lotgenoten | | | | Lotgenoten | | |
| Stichting OOK | | | www.stichting-ook.nl | Stichting OOK | | |
| NFK | | | www.nfk.nl | NFK | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Bijlage 4: Voorbeeldberekening tijdsinvestering POH als vast aanspreekpunt

Huisartsenpraktijk Copenhaege in Vlaardingen is een voorbeeld van een praktijk in de regio waar de rol van vast aanspreekpunt oncologie in de eerste lijn is opgepakt door een POH. Uit de cijfers van praktijk Copenhaege blijkt dat 4,6% van de praktijkpopulatie patiënten zijn die een diagnose kanker hebben, of deze diagnose in het verleden hadden. Gemiddeld 76% van deze patiënten is in het kader van ondersteuning vanwege oncologie in het afgelopen jaar gezien door de POH (3,5% van de praktijkpopulatie). De 24% van de patiënten die niet in het afgelopen jaar door de POH zijn gezien bevinden zich met name in de chronische fase (3a).

In de onderstaande tabel wordt een berekening weergegeven van de inzet POH per normpraktijk (2095 patiënten). Hierbij is uitgegaan van de ervaringen die zijn opgedaan in huisartsenpraktijk Copenhaege in de afgelopen jaren.

| Gemiddelde patiëntgebonden inzet per jaar - in fases (normpraktijk) | | |
|---|------------------|-------------------------|
| | <i>patiënten</i> | <i>tijdsinvestering</i> |
| Fase 1 | 9,2 | 23 uur |
| Fase 2 | 9,2 | 17,5 uur |
| Fase 3a | 46 | 69 uur |
| Fase 3b | 9,2 | 46 uur |
| Totale benodigde inzet | | 155,5 uur |

Bij een normpraktijk van 2095 patiënten is een gemiddelde benodigde tijdsinvestering van de POH 155,5 uur per jaar voor patiëntgebonden inzet.

Naast deze patiëntgebonden inzet zal de POH ook tijd nodig hebben voor algemene taken zoals het bijhouden van de sociale kaart, bijhouden van kennis en het opzetten en bijhouden van een netwerk oncologie. Naar verwachting zal dit 28 uur per jaar in beslag nemen.

In totaal is de benodigde inzet van een POH daarmee 183,5 uur per normpraktijk per jaar. Dit komt grofweg neer op 0,1 fte POH inzet per normpraktijk per jaar voor de oncologie.

Let op: De daadwerkelijke benodigde inzet is sterk afhankelijk van de taken die de POH op zich neemt, de samenwerking binnen de praktijk, op welke manier de begeleiding wordt uitgevoerd en de werkwijze en competenties van de POH.

Bijlage 5: werkgroep oncologie ZEL

Deze handreiking is opgesteld door de werkgroep oncologie van ZEL en is een levend document. Op- en aanmerkingen kunt u doorgeven aan het secretariaat van ZEL. Dit kan per mail naar secretariaat@zel.nl of telefonisch via 0174-201440. Op basis van voortschrijdend inzicht en wijzigingen in toekomstige richtlijnen worden zo nodig aanpassingen gemaakt in dit document.

Werkgroep oncologie ZEL

Auteurs:

Jolanda Dekker, POH oncologie en adviseur oncologie ZEL

Natasja van den Ende, huisarts en aandachtfunctionaris ZEL

Tjalke Weiss, junior projectleider ZEL

Robin Lok, programmamanager chronische zorg ZEL

Andere leden werkgroep:

Johanna van 't Lindenhout, kaderhuisarts palliatieve zorg

Jorien van den Doel, kaderhuisarts palliatieve zorg

Thea Groenewegen, oncologie/wijkverpleegkundige Careyn

Eveline Clasquin, POH-GGZ sociaal psychiatrisch verpleegkundige

Annemarie Bijl, ervaringsdeskundige