



White paper
Oncologische zorg in de eerste lijn

Utrecht, augustus 2016
Femke Seesing, Denise Seelen,
senior adviseurs Raedelijk
Versie 1.0





Inhoudsopgave

1	Oncologische zorg in de eerste lijn	3
2	Aantal kankerpatiënten en overlevenden stijgt.....	4
3	Kleine patiëntengroep, grote zorgvraag	5
4	Vertegenwoordigers huisartsen nog niet op één lijn	6
5	Patiënt wil persoonsgerichte, integrale zorg en continuïteit van oncologische zorg	7
5.1	Kwaliteitscriteria en behoeften patiënt	7
5.2	Ervaringen patiënten	7
6	Mogelijke rol van de eerste lijn per fase van het zorgproces.....	9
6.1	Preventie: Gezonde leefstijl verkleint kans op kanker	9
6.2	Screening	11
6.3	Diagnose : zelftesten en kiesgerust-gesprek.....	13
6.4	Behandeling: zorgcoördinatie, individueel zorgplan, gespecialiseerde thuiszorgverpleegkundigen en e-health.....	15
6.5	Nazorg & chronische fase: casemanager, verpleegkundig oncologieteam, zelfmanagement en samenwerking huisarts-bedrijfsarts	18
6.6	Palliatieve fase: Nationaal Programma Palliatieve Zorg biedt kansen	20
6.7	Tot slot.....	23
	Bijlage referenties.....	25
	Bijlage samenvatting in beeld	27



1 Oncologische zorg in de eerste lijn

Kanker is sinds 2007 de belangrijkste doodsoorzaak in Nederland. Het aantal kankerpatiënten blijft de komende jaren stijgen door de vergrijzing van de bevolking. Doordat de behandel mogelijkheden voor veel tumoren zijn verbeterd, leven patiënten langer. Dit resulteert in drie ontwikkelingen die gevolgen kunnen hebben voor de eerste lijn:

- 1 Nacontroles kunnen en hoeven niet meer altijd door een medisch specialist uitgevoerd te worden, maar kunnen in de eerste lijn uitgevoerd of gecoördineerd worden.
- 2 Steeds meer kankerpatiënten krijgen, soms jaren na afloop van hun behandeling, te maken met de gevolgen van hun ziekte en de behandeling ervan. De eerste lijn is vaak de eerste plaats waar deze patiënten met hun klachten terecht komen.
- 3 Kankerpatiënten verblijven het grootste deel van het ziekteproces thuis. Hierbij zullen zij met zorgvragen ook een beroep doen op de eerste lijn.

Raedelijn schetst in deze white paper een beeld van de ontwikkelingen rondom de oncologische zorgverlening in de eerste lijn, zowel landelijk als regionaal. We beschrijven waar en hoe eerstelijnszorgverleners tijdens de verschillende fasen van het oncologische zorgproces, inclusief de palliatieve fase een waardevolle bijdrage kunnen leveren. Hierbij geven we aan waar kansen en mogelijkheden liggen voor het veld.





2 Aantal kankerpatiënten en overlevenden stijgt

Eén op de drie mensen krijgt vroeg of laat kanker. Jaarlijks komen er ruim 100.000 nieuwe kankerpatiënten bij (stijging van 3%). Hiervan is 60% ouder dan 65 jaar. Huidkanker komt het meeste voor met 14.500 gevallen per jaar¹, gevolgd door kanker van de borst (14.400), darm (13.400), long (11.900) en prostaat (11.200). Naar verwachting zet deze groei de komende decennia door. Dit is onder andere het gevolg van de stijgende levensverwachting. In de regio Utrecht komen er jaarlijks ruim 7.000 nieuwe kankerpatiënten bij, de relatieve toename per vorm van kanker komt overeen met landelijke cijfers.

Naast de incidentie neemt ook de prevalentie van kankerpatiënten toe. Door de verbetering van de overleving in combinatie met de bevolkingsgroei en de vergrijzing, steeg de prevalentie in 2013 met 3,4%, harder dan de incidentie. Een kleine 4% van alle Nederlanders leeft met kanker of heeft in het verleden kanker gehad. De prevalentie van borstkanker is het hoogst (164.000 personen), gevolgd door huidkanker (110.000), prostaatkanker (90.000) en darmkanker (89.000)².

Figuur 1. Prognose prevalentie kanker per 10.000 inwoners in Midden-Nederland, peiljaar 2012

Prostaatkanker	2012	2016	2020
Regio Utrecht	39,07	48,56	58,41
Nederland	41,99	52,64	63,50
Borstkanker	2012	2016	2020
Regio Utrecht	90,28	102,01	113,34
Nederland	93,39	106,25	118,34
Darmkanker	2012	2016	2020
Regio Utrecht	39,13	45,09	51,41
Nederland	41,34	48,07	54,98
Longkanker	2012	2016	2020
Regio Utrecht	11,50	12,72	14,10
Nederland	12,17	13,53	14,99

Bron: gebiedsanalyse Raedelijk



3 Kleine patiëntengroep, grote zorgvraag

In een normpraktijk van 2.350 patiënten, van wie 1.840 achttien jaar en ouder is, heeft een huisarts gemiddeld **25 nieuwe volwassen patiënten** met kanker per jaar. Deze patiënten hebben gemiddeld **11 contacten** met de huisartsenpraktijk per jaar, ruim twee keer zoveel als het gemiddeld aantal contacten van alle volwassen Nederlanders. In de periode van nul tot negen jaar na de diagnose zijn er gemiddeld **73 kankerpatiënten** in een normpraktijk³.

Van de kankerpatiënten die bij de huisarts komen, lijdt ongeveer 70% ook aan een andere chronische aandoening (comorbiditeit). Dit draagt bij aan een hoge ziektelast. Vaak gaat het om hart- en vaatziekten, diabetes mellitus, osteoporose en chronische longziekten. Hoe lager de SES, hoe hoger de kans op comorbiditeit⁴.

De huisarts heeft bij kanker van oudsher veelal een rol in de fase rondom de diagnose en in de palliatieve fase. De verwachting is dat huisartsen een grotere rol krijgen in de nazorg van behandelde kankerpatiënten en kankerpatiënten in de chronische fases. Belangrijkste redenen zijn de genoemde toename van het aantal patiënten met kanker, aangetoond gebrek aan meerwaarde van regelmatige follow-up in de tweede lijn en kenmerkende eigenschappen van eerstelijnszorgverleners zoals **persoonsgerichte, integrale zorg en continuïteit van zorg**.

Voor de eerste lijn wordt verwacht dat uitgaande van het huidige zorggebruik in de huisartspraktijk de totale vraag naar huisartsenzorg tussen 2010 en 2020 met 7% zal stijgen, waarvan 1% wordt veroorzaakt door kanker. Een grotere rol van de huisarts bij de nazorg en nacontrole zorgt voor een extra groei van de vraag naar huisartsenzorg met nog eens 3% in de periode 2010-2020. In totaal groeit de behoefte aan huisartsenzorg in de chronische fase bij kanker over die periode naar schatting dus met 4%.

Verschillende onderzoeken beschrijven dat de nazorg van oncologische patiënten goed door de eerste lijn uitgevoerd kan worden. Huisartsen lijken hier merendeels positief tegenover te staan (Mednet/IKNL-peiling 2014)⁶, maar zien werkdruk als belangrijkste knelpunt voor de uitvoering. De mening van medisch specialisten is wisselend. Een deel is terughoudend, waarbij zij de deskundigheid van de huisarts als mogelijk struikelblok noemen (Mednet). Anderen stimuleren verschuiving van de nazorg naar de eerste lijn, op basis van inhoudelijke argumenten en toekomstgerichte argumenten. De toegevoegde waarde van medisch specialistische zorg in de nazorgfase is voor een aantal kankersoorten niet aangetoond. Door de toename van patiënten met kanker is het belangrijk om na te gaan welke zorgverlener in welke fase van het zorgproces de meeste waarde toevoegt.



4 Vertegenwoordigers huisartsen nog niet op één lijn

Zowel de wetenschappelijke vereniging (NHG) als de belangenvereniging (LHV) van huisartsen erkennen de meerwaarde en toename van de zorg voor kankerpatiënten in de eerste lijn. Deze visie wordt ondersteund door patiëntenverenigingen. In 2014 heeft de NHG een standpunt oncologische zorg in de huisartsenpraktijk uitgebracht. Zij beschrijft hierin dat ze een rol ziet weggelegd voor de huisarts en andere zorgverleners in de eerste lijn tijdens alle fasen van het ziekteproces⁷.

Met name de **persoonsgerichte, integrale zorg en continuïteit** van huisartsenzorg zorgt voor belangrijke toegevoegde waarde tijdens het zorgproces van kankerpatiënten. In geval van comorbiditeit is de huisarts een belangrijk en laagdrempelig aanspreekpunt. En ook tijdens de palliatieve en terminale fase speelt de huisarts een belangrijke rol.

NHG standpunt

"Door de persoonsgerichte benadering biedt de huisarts zorg op maat. Afhankelijk van de zorgvraag van de patiënt kan de opstelling van de huisarts in meer of mindere mate proactief zijn. Dit geldt ook voor patiënten die kanker hebben (gehad). De opstelling van de huisartsen waarbij zij reageren op vragen en signalen van patiënten is wellicht in veel gevallen het meest gepast. Een groot deel van de patiënten heeft naast kanker één of meerdere andere aandoeningen. Daarbij past bij uitstek de laagdrempelige zorg van de huisarts en zijn team."

Het NHG standpunt is niet goedgekeurd door de LHV. De LHV is van mening dat eerst aan een aantal randvoorwaarden moet worden voldaan (ondersteuning, tijd), voordat de huisarts een grotere rol kan gaan spelen bij de zorg voor kankerpatiënten. Dit kan mogelijk belemmerend werken in de uitvoering, gezien de huidige beperking op de groei van zorguitgaven. Anderzijds heeft minister Schippers onlangs voor de eerste keer op macroniveau een overheveling van de zorguitgaven van de tweede naar de eerste lijn geaccordeerd op basis van substitutieafspraken. Dit kan een perspectief zijn voor de oncologische zorg.

De aanbevelingen van de werkgroep 'Kankerzorg in de eerste lijn' van de KWF sluiten aan bij beide standpunten: zowel een gezamenlijke verantwoordelijkheid van eerste als tweede lijn en vergroting van capaciteit in de eerste lijn, zodat deze breder ingezet kan worden.

Figuur 2. Oncologische zorg in de huisartsenpraktijk, NHG





5 Patiënt wil persoonsgerichte, integrale zorg en continuïteit van oncologische zorg

5.1 Kwaliteitscriteria en behoeften patiënt

Verschillende tumorgerichte patiëntenverenigingen hebben kwaliteitscriteria geformuleerd waar de kankerzorg aan dient te voldoen, vanuit het perspectief van de patiënt. Opvallend is dat wat kankerpatiënten belangrijk vinden, generiek is voor de verschillende diagnosegroepen. Deze kwaliteitscriteria worden in grote lijnen bevestigd door resultaten van wetenschappelijk onderzoek.

Kwaliteitscriteria van patiënten zijn:

- deskundigheid zorgverleners
- informatievoorziening (inhoudelijk over ziekte, maar ook folders van bijvoorbeeld patiëntenvereniging)
- snelle doorlooptijden
- de mate waarin zorgverleners zelfmanagement stimuleren
- goede onderlinge inhoudelijke afstemming en overdracht tussen zorgverleners
- screenen van behoefte aan psychosociale zorg
- aandacht voor de werksituatie

De behoeften van de patiënt rondom invulling van nazorg en nacontrole zijn aan individuele variatie onderhevig.

5.2 Ervaringen patiënten

Het NIVEL heeft in 2010 onderzoek gedaan naar de ondersteuningsbehoeften van (ex)-kankerpatiënten en de rol van de huisarts daarin⁹. Belangrijke bevindingen zijn de behoefte aan coördinatie van zorg, wensen omtrent informatievoorziening en contact met de huisarts:

Meer behoefte aan coördinatie van zorg

- 43% van de patiënten ervaart gebrek aan regie en coördinatie van de zorg.
- 10% geeft aan (meer) behoefte te hebben aan één persoon die de zorg van verschillende hulpverleners op elkaar afstemt en het overzicht bewaakt over de zorg, hulp en diensten die verschillende zorgverleners bieden.
- de behoefte aan zorgcoördinatie komt overeen met die van andere chronisch zieken.

Wie zou de zorg moeten coördineren?

- 30% van de kankerpatiënten ziet de huisarts als geschikte persoon voor het afstemmen van de zorg, hetgeen impliceert dat veel kankerpatiënten wel degelijk een rol voor de huisarts binnen de oncologische zorgketen zien weggelegd. Eveneens 30% zegt dat een familielid de zorgcoördinatie op zich kan nemen en 22% geeft aan dat de behandelend medisch specialist het beste de zorg kan coördineren.

Wie zou informatie moeten verstrekken?

- Patiënten krijgen informatie bij voorkeur van de specialist, een klein deel wil dat het liefst van de huisarts.



Het feit dat een grote groep kankerpatiënten niet door hun huisarts over kanker is geïnformeerd, hangt mogelijk samen met de rol die de huisarts op dit moment in de oncologische zorgketen speelt: de huisarts verwijst mensen naar de tweede lijn bij verdenking van kanker en ziet de patiënt vaak pas terug na het behandeltraject. Op het moment van verwijzen, weet de huisarts (nog) niet wat de definitieve diagnose is. Hierdoor kan de huisarts nog geen informatie verstrekken over de ziekte. Hij zou wel een duidelijke rol kunnen spelen bij de informatievoorziening over psychosociale begeleiding en bij de nazorg in een latere fase van het ziekteproces.

Meer behoefte aan contact met de huisarts

In vergelijking met andere chronisch zieken heeft een kleiner deel van de kankerpatiënten contact met de huisarts en is het gemiddeld aantal keren dat ze contact hebben met de huisarts lager. Twaalf procent van de kankerpatiënten in de NIVEL-studie geeft aan behoefte te hebben aan (meer) contact met de huisarts en velen vinden de huisarts een geschikt persoon als zorgcoördinator. Het percentage (ex-)kankerpatiënten dat contact heeft met de huisarts en het gemiddeld aantal contacten neemt af in de jaren na de diagnose, terwijl de behoefte aan contact met de huisarts over de jaren heen, gelijk blijft. Patiënten bij wie twee tot vijf jaar geleden de diagnose kanker is gesteld, blijken de grootste behoefte te hebben aan zorgcoördinatie, zelfmanagementondersteuning en informatie.

Figuur 3. Onderzoek NIVEL 2010, Ondersteuningsbehoeften van (ex-)kankerpatiënten en de rol van de huisarts





6 Mogelijke rol van de eerste lijn per fase van het zorgproces

Hieronder geven we per fase van het zorgproces aan wat de huidige situatie is en welke ontwikkelingen er voor de toekomst zijn, waarbij we specifiek aandacht besteden aan de mogelijke rol van de eerste lijn.

6.1 Preventie: Gezonde leefstijl verkleint kans op kanker

Het krijgen van kanker is in veel gevallen een kwestie van 'pech hebben'. Maar genetische aanleg en leefstijlfactoren spelen ook een rol. Naar schatting 30% van de nieuwe kankergevallen in Nederland worden veroorzaakt door een minder gezonde levensstijl en zou dus in principe voorkomen kunnen worden. Het gaat daarbij in de eerste plaats om niet-roken, maar ook gezonde voeding en voldoende bewegen helpen om het risico te verlagen. Echter, slechts 20% van de bevolking is van mening dat de eigen leefstijl het risico op kanker verhoogt



(TNS NIPO meting, 2014). Daar is een rol voor de eerste lijn weggelegd.

Preventie is reeds een geïntegreerd onderdeel van het dagelijks werk van de huisarts. Van stoppen met roken tot afvallen en beweegprogramma's, de huisarts (en POH) vullen daarin vaak al een rol richting patiënten.

De rol van de eerste lijn op het gebied van preventie wordt naar verwachting nog urgenter. In verschillende delen van het land zijn ervaringen opgedaan met projecten op doelgroep niveau (BigMove) en op individueel patiëntniveau (het sluiten van een 'contract').

Figuur 4. Voorbeeld preventie: 'kankerrisico-test'

De KWF heeft een website ontwikkeld waar burgers een 'kankerrisico-test' kunnen doen voor een tiental verschillende tumorsoorten. Laat de uitslag een gevarenzone zien, dan volgen tips voor het verkleinen van het risico op de betreffende kanker. Publiekscampagne KWF (2014)



PREVENTIE



FYSIEK

vraag patiënt

- overgewicht
- verslaving (roken, drank, drugs)
- immobiliteit
- zonnen
- familiale belasting
- erfelijkheid

rol eerste lijn

- leefstijlprogramma's
- advies en informatie
- verwijzing klinisch geneticus

MENTAAL

vraag patiënt

- hulp bij stoppen met roken en verslaving
- zorgen over mogelijke familiale belasting

rol eerste lijn

- verwijzen naar begeleiding stoppen met roken en verslaving
- verwijzen naar maatschappelijk werk
- steun bieden

SOCIAAL

vraag patiënt

- geen geld/ruimte voor gezonde leefstijl

rol eerste lijn

- verwijzen naar sociaal domein

EXISTENTIEEL

vraag patiënt

- ben ik bereid mijn leefstijl aan te passen voor mogelijke effecten in de toekomst?
- wil ik mij preventief laten inenten en wat zijn bekende voor- en nadelen?
- hoe past dit binnen mijn geloofsovertuiging?

rol eerste lijn

- bewustwording van effecten leefstijl op kanker
- informatieverstrekking
- verwijzen geestelijke verzorging

PRAKTISCH

vraag patiënt

- ongezonde werk-/leefomgeving

rol eerste lijn

- informeren over mogelijkheden aanpassen werk-/leefomgeving
- verwijzen sociaal domein
- verwijzen gemeente



6.2 Screening

In 2016 wordt er in Nederland bij vrouwen op borstkanker (vrouwen van 50 tot 75 jaar, tweejaarlijks onderzoek) en op baarmoederhalskanker (vrouwen van 30 tot 60 jaar, vijfjaarlijks onderzoek) gescreend. Vanaf 2015 worden zowel mannen als vrouwen tussen 55 en 75 jaar in Nederland tweejaarlijks op darmkanker onderzocht via een bevolkingsonderzoek.



De rol van de huisartsenpraktijk in de keten van bevolkingsonderzoek is bij borst- en darmkanker gelijk: informeren van deelnemers bij vragen en dilemma's over het bevolkingsonderzoek. En het geven van advies en begeleiding als een deelnemer aan het bevolkingsonderzoek een ongunstige uitslag krijgt en er aanleiding is tot vervolgonderzoek. Bij baarmoederhalsscreening voert de huisarts de screening uit.

Het nut van de bevolkingsonderzoeken blijft zowel nationaal als internationaal omstreden en leidt tot regelmatige discussies in de media. Het aantal foutpositieve uitslagen levert onnodige onrust en overdiagnostiek op. Daarnaast is het de vraag is of de kosteneffectiviteit van de bevolkingsonderzoeken opweegt tegen de gezondheidswinst in gewonnen levensjaren. Medio 2016 wordt er een vernieuwde test voor het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker ingevoerd waarvan de specificiteit en sensitiviteit nog ter discussie staan. Daarnaast is het relevant voor patiënten in de huisartsenpraktijk, dat mogelijk vervolgonderzoek onder de zorgverzekering vallen en dus mogelijk invloed hebben op het eigen risico van de patiënt.

Deze omstredenheid maakt de rol van de huisarts in het informeren van deelnemers bij vragen over het bevolkingsonderzoek, nog belangrijker.



SCREENING



FYSIEK	MENTAAL	SOCIAAL	EXISTENTIEEL	PRAKTISCH
vraag patiënt · wat zijn risico's van screening? · doet het pijn? rol eerste lijn · informeren	vraag patiënt · zorgen maken over uitslag screening rol eerste lijn · aanbieden steungesprek	vraag patiënt · groepsdruk · fabels rol eerste lijn · informeren en ondersteunen bij besluitvorming	vraag patiënt · waarom zou ik aan screening meedoen? · wil ik uitslag weten? · en dan? rol eerste lijn · informeren en ondersteunen bij besluitvorming · steun bieden	vraag patiënt · beschikbaarheid screening rol eerste lijn · signaleren



6.3 Diagnose : zelftesten en kiesgerust-gesprek

In de huidige situatie is het veelal zo dat de huisarts bij een patiënt met klachten of symptomen diagnostiek aanvraagt. De huisarts bespreekt de uitslag van de diagnostische tests met de patiënt en bij een verdenking op kanker verwijst hij de patiënt naar het ziekenhuis. De rol van de eerste lijn in deze fase zal zich in de toekomst ontwikkelen naar advisering bij en duiding van zelftesten en ondersteunen bij keuzes voor het vervolg van het traject in de vorm van bijvoorbeeld een kiesgerust-gesprek.

Zelftesten

Er komen steeds meer zelftesten beschikbaar voor kanker. Zo is tegenwoordig via internet eenvoudig een PSA-test aan te schaffen. De testen maken gebruik van bio-markers, een techniek waarmee afwijkingen in het lichaam kunnen worden opgespoord, bijvoorbeeld via eiwitten of genen. De kwaliteit en betrouwbaarheid van dergelijke commerciële doe-het-zelftesten, staat momenteel niet vast. De verwachting is wel dat zelftesten een vlucht zullen nemen en dat men met een positieve testuitslag naar de huisarts gaat. De duiding hiervan is een taak voor de huisarts.

Kiesgerust-gesprek

De belangenvereniging 'Leven met kanker' pleit voor een time-out tussen diagnose en behandeling in de vorm van een kiesgerust-gesprek met de eigen huisarts. Een gesprek waar de huisarts met de patiënt nagaat of deze beschikt over alle relevante informatie om een weloverwogen keuze te kunnen maken¹⁰.

Het time-out of kiesgerust-gesprek zijn vormen van gedeelde besluitvorming. Belangrijke instrument hierbij zijn de verschillende keuzehulpen, veelal digitaal beschikbaar.

Eerstelijnszorgverleners kunnen ondersteunen in attenderen op en duiden van keuzehulpen.

Figuur 5. Keuzehulp.nl en Grip op kanker

Keuzehulp.nl	Grip op kanker
Hulp bij het maken van een keuze welke medische behandeling het best past bij jou als patiënt. Binnenkort zijn er naast borstreconstructie ook digitale keuzehulpen beschikbaar voor borstkanker, endeldarmkanker, prostaatkanker en huidkanker.	Onderzoek door Juliuscentrum over begeleiding van kankerpatiënten in de eerste lijn. Aan dit wetenschappelijke onderzoek doen 150 patiënten mee. De helft krijgt een 'klassieke' behandeling, de andere helft wordt direct na de diagnose kanker en nog voor hun behandeling terugverwezen naar de huisarts. Die voert een 'kiesgerust-gesprek'. Daarin worden behandelmogelijkheden besproken en heeft de huisarts aandacht voor de impact op het leven en de sociale omgeving van de patiënt. Tijdens de behandeling blijft de huisarts als gids aanwezig en is hij in samenwerking met een oncologieverpleegkundige aanspreekpunt voor de patiënt.

Kanker, en hoe nu verder?



DIAGNOSE



FYSIEK	MENTAAL	SOCIAAL	EXISTENTIEEL	PRAKTISCH
vraag patiënt · symptomen · lichamelijke klachten · welke behandeling past bij mij? rol eerste lijn · verwijzen naar digitale keuzehulp voor patiënten (www.kanker.nl) · counselen en ondersteunen bij nemen van beslissingen · na beslissingen (kiesgerust-gesprek)	vraag patiënt · onzekerheid · woede · angst · verdriet · schuldgevoel rol eerste lijn · betrekken mantelzorg · bieden van emotionele steun	vraag patiënt · onbegrip omgeving · verwijzen naar sociaal domein rol eerste lijn · verwijzen naar sociaal domein	vraag patiënt · waarom ik? rol eerste lijn · verwijzen naar psychische ondersteuning of geestelijke bijstand · steun bieden	vraag patiënt · geen geld voor behandeling tweede lijn (eigen risico) rol eerste lijn · verwijzen naar gemeente?

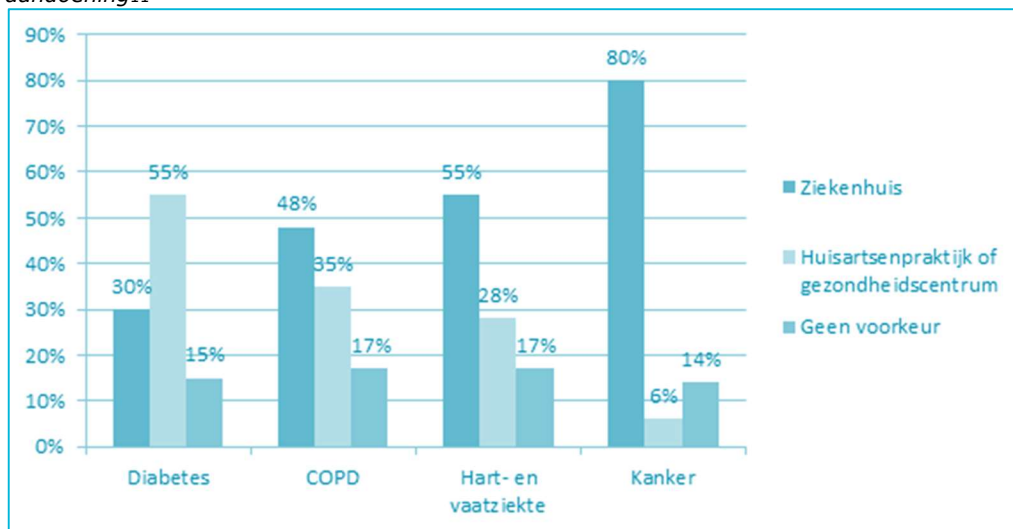


6.4 Behandeling: zorgcoördinatie, individueel zorgplan, gespecialiseerde thuiszorgverpleegkundigen en e-health

Tijdens de behandelingsfase zijn vaak meerdere zorgverleners bij de patiënt betrokken. Primair vindt de behandeling van kanker plaats in de tweede lijn. Een patiënt met meerdere aandoeningen bezoekt ook regelmatig de huisarts. Een goede informatieoverdracht tussen tweede en eerste lijn is wenselijk, zodat de huisarts kan inspelen op actuele ontwikkelingen (bijvoorbeeld ontslag na ziekenhuisopname). Deze informatieoverdracht kan via een individueel zorgplan plaatsvinden. Daarnaast kunnen gespecialiseerde thuiszorgverpleegkundigen bijdragen aan de verzorging van de kankerpatiënt op de juiste plek.

In vergelijking met patiënten met een chronische aandoening, zoals diabetes, COPD of hart- en vaatziekten hebben patiënten met kanker een veel grotere voorkeur om zorg te ontvangen vanuit het ziekenhuis. Zie figuur 3. De belangrijkste reden die patiënten aangeven bij hun voorkeur voor het ziekenhuis is dat zij denken dat een specialist in het ziekenhuis kundiger is dan de huisarts. Omgekeerd vinden patiënten de bereikbaarheid van de huisarts de belangrijkste reden om voor de huisarts te kiezen. Het contact met de medisch specialist kan voor zowel de patiënt als de huisarts laagdrempeliger worden door gebruik van e-health toepassingen.

Figuur 6. Verschillen in voorkeur ziekenhuis of huisartsenpraktijk tussen deelnemers met een chronische aandoening¹¹



Zorgcoördinatie

Bij de behandeling van kankerpatiënten zijn vaak meerdere zorgverleners, vanuit verschillende disciplines, betrokken. Het is van belang te regelen wie van hen de coördinatie heeft. Dit hoeft niet altijd de hoofdbehandelaar te zijn. In de praktijk blijkt dat een (gespecialiseerd) verpleegkundige uit het ziekenhuis meestal fungeert als eerste aanspreekpunt.

De zorgverlener met de coördinatiefunctie (de zorgcoördinator) heeft het overzicht van de patiënt en kan zo nodig zelf in actie komen of anderen verzoeken actie te ondernemen. De zorgcoördinator heeft voornamelijk een organisatorische en logistieke rol en moet voorkomen dat er gaten in de zorgverlening ontstaan en dat de patiënt de dupe wordt van gebrekkige samenwerking en afstemming. De huisarts of praktijkondersteuner zou een afstemmingsrelatie



met de zorgcoördinator moeten hebben¹² In de Zorgstandaard kanker¹³ is opgenomen dat voor goede en veilige ketenzorg de zorgverleners een aantal taken vastleggen:

- wie de hoofdbehandelaar is
- wie verantwoordelijk is voor de zorgcoördinatie
- wie voor de patiënt het vaste aanspreekpunt is

Deze afspraken worden gemaakt voor elke fase van de ziekte en behandeling, inclusief de nazorg en palliatieve zorg, waarbij ook medicatiebewaking de vereiste aandacht krijgt. Het streven is zo veel mogelijk één persoon die verantwoordelijk is voor de zorgcoördinatie en één persoon die het vast aanspreekpunt voor de patiënt is. Dit zijn beide casemanagementtaken binnen het verpleegkundige domein. Maar ook de huisarts zou deze rol(len) kunnen vervullen. Dit hangt mede af van de betrokken zorgverleners, de wens van de patiënt, de fase van het ziekteproces en het type kanker.

Individueel zorgplan

Om de zorgketen vloeiender te laten lopen, pleiten de NHG en het IKNL voor een individueel zorgplan (IZP) bij kankerpatiënten. De NHG is van mening dat dit door de huisarts moet worden geïnitieerd. Hierbij moet de rol van de patiënt duidelijk worden meegenomen. Het individueel zorgplan is de dynamische set afspraken van de zorgverlener(s) en de patiënt over de zorg en het zelfmanagement. Deze afspraken zijn gebaseerd op de individuele doelen, behoeften en de situatie van de patiënt.

Gespecialiseerde verpleegkundigen thuis

Indien de patiënt verzorging in de thuissituatie nodig heeft, kan dat worden geleverd door gespecialiseerde verpleegkundigen van de thuiszorg. Deze zorg wordt vergoed door de meeste zorgverzekeraars. Een ontwikkeling die kansen biedt voor het verstevigen van de kankerzorg thuis, is de nauwe samenwerking en netwerkvorming van oncologieverpleegkundigen uit de eerste en tweede lijn.

Optimaliseren conditie patiënt voor en na opname

Zoals bij ouderen met een heup- en knie-operatie de voor- en nazorg wordt ingericht op een optimale conditie met als doel sneller ontslag en herstel, zo worden ook diverse initiatieven voor kankerpatiënten opgezet. In de regio Utrecht wordt op dit moment een zorgpad ondervoeding bij oncologie opgesteld door diëtisten die specifiek gericht is op voor- en nazorg bij ziekenhuisopname. Daarnaast is het project MuON een voorbeeld van een regionaal netwerk, waarbij de focus ligt op het ondersteunen van oncologiepatiënten in de eerste lijn door middel van (oncologie)fysiotherapie en psychosociale hulpverlening. Er wordt gestreefd naar optimale aansluiting van het zorgpad in het streekziekenhuis op de beschikbare disciplines in de eerste lijn.

Laagdrempelig contact met zorgverleners via e-health toepassingen

Steeds meer ziekenhuizen en ook eerstelijnszorgorganisaties maken gebruik van e-health toepassingen. Het e-consult, telefonisch/video-consult, video-conferencing en de beschikbaarheid van het medisch dossier voor patiënt en huisartsen zijn voorbeelden van e-health-toepassingen die bij kunnen dragen aan zelfmanagement van de patiënt en samenwerking tussen zorgverleners uit zowel eerste als tweede lijn. Per 2016 wordt aan het video-contact met de medisch specialist ook waarde toegekend door de NZa.



BEHANDELING



FYSIEK	MENTAAL	SOCIAAL	EXISTENTIEEL	PRAKTISCH
vraag patiënt · pijn · misselijk · vermoeidheid · lymfoedeem · seksueel disfunctioneren · eetproblemen · gewichtsverlies · huidproblemen · uiterlijke veranderingen rol eerste lijn · behandelen klachten zo nodig na overleg kaderhuisarts of specialist · verwijzing naar andere zorgverleners zoals diëtist	vraag patiënt · angst dat behandeling niet aanslaat · depressieve klachten · machteloosheid · zoeken naar alternatieve behandelingen rol eerste lijn · verwijzen naar professionele psychosociale zorg (lastmeter) · inloophuis · lotgenoten · contactmogelijkheden	vraag patiënt · afhankelijkheid · gebrek aan steun uit omgeving · verlies vrienden/sociaal leven · ziekteverzuim rol eerste lijn · verwijzen naar sociaal domein · overleg bedrijfsarts	vraag patiënt · hoe lang moet ik hiermee doorgaan? · wat vind ik belangrijk in het leven? · verlies van hoop rol eerste lijn · inspelen op rituelen en gebruiken (andere culturen kennen)	vraag patiënt · geen mantelzorg rol eerste lijn · thuiszorg inschakelen



6.5 Nazorg en chronische fase: casemanager, verpleegkundig oncologieteam, zelfmanagement en samenwerking huisarts-bedrijfsarts

De behoefte aan ondersteuning verschilt in de verschillende fasen van het ziekteproces. De aandacht gaat meestal uit naar kankerpatiënten die in de behandelfase of herstelfase zitten, terwijl de NIVEL-studie laat zien dat de behoefte aan informatie, ondersteuning en zorgcoördinatie het grootst is bij de groep (ex-)kankerpatiënten die twee tot vijf jaar geleden gediagnosticeerd zijn. Deze groep patiënten geeft aan meer behoefte aan contact met de huisarts te hebben en hierin een proactieve houding van de huisarts te verwachten (KWF 2011). De late effecten van kanker worden niet altijd herkend en dikwijls onderschat, terwijl de impact op het leven van de patiënt groot is.

Casemanager

Voor de coördinatie van de nazorg zou een casemanager uitkomst kunnen bieden: iemand met een brede blik, die een goede relatie heeft met de patiënt en optreedt als centraal aanspreekpunt. Iemand die waar nodig initiatief neemt en zo de continuïteit van de zorg garandeert. De huisarts is hiervoor de aangewezen persoon, maar deze heeft vaak weinig tijd. Hieraan zou een vorm van casemanagement vanuit de huisartspraktijk tegemoet kunnen komen, waarbij de huisarts de regie over het medische deel voert en een andere zorgprofessional - zoals de POH of gespecialiseerd verpleegkundige van de thuiszorg - de afstemming en samenhang van het niet-medische zorgdeel bewaakt¹⁴.

Verpleegkundig oncologieteam

Een andere optie is het creëren van een verpleegkundige oncologieteam, met tweede en eerstelijns-oncologieverpleegkundigen, die gezamenlijk de nazorg voor hun rekening nemen. Zij kunnen ook toezien op late effecten van behandeling (bijvoorbeeld rugpijn, vermoeidheid). In de eerste lijn zijn op dit moment echter een beperkt aantal oncologieverpleegkundigen werkzaam.

Zelfmanagement-opties

Er zijn verschillende ondersteuningsprogramma's, bijvoorbeeld van het Helen Dowling Instituut, voor het omgaan met de gevolgen van kanker. De eerstelijnszorgverlener kan een rol spelen in het verwijzen en attenderen van patiënten op deze mogelijkheden of de verwijzing naar gespecialiseerde psychosociale hulpverleners.

Samenwerking huisarts en bedrijfsarts

Uit onderzoek van EenVandaag en de patiëntenbeweging 'Leven met kanker' blijkt dat 45% van de mensen na de diagnose kanker een andere invulling geeft aan hun werk. Een kwart van de werknemers die herstelt van kanker, krijgt uiteindelijk ontslag. Samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts is hierbij wenselijk.



FYSIEK	MENTAAL	SOCIAAL	EXISTENTIEEL	PRAKTISCH
vraag patiënt · vermoeidheid · lichamelijke klachten (pijn, verstoorde stoelgang) · spierzwakte · body image problems rol eerste lijn · deskundige verpleegkundige zorg inschakelen · fysiotherapeut · volgen richtlijn "oncologische revalidatie" www.mindermoebijkanker.nl · organiseren casemanagement	vraag patiënt · angst · emotioneel · vergeetachtig · slaapproblemen · neerslachtig · concentratieverlies · overige restklachten rol eerste lijn · verwijzen naar psychosociaal revalidatieprogramma of andere professionele psychosociale zorg (HDI) · verwijzen naar patiëntenvereniging · conform richtlijn "Herstel na kanker"	vraag patiënt · hobby's/vrijtijdsbesteding niet meer kunnen uitoefenen rol eerste lijn · attenderen op lotgenotencontact (bijvoorbeeld HDI)	vraag patiënt · bijstellen toekomstperspectief · verlies van hoop rol eerste lijn · steun bieden · verwijzen naar psychologische zorg of geestelijke bijstand	vraag patiënt · ADL beperkingen rol eerste lijn · hulpmiddelen · woningaanpassing · verwijzen naar ergotherapeut



6.6 Palliatieve fase: Nationaal Programma Palliatieve Zorg biedt kansen

Ongeveer de helft van de patiënten die in aanmerking komt voor palliatieve zorg heeft kanker. Als het gaat over palliatieve zorg is dit dus breder dan de alleen de oncologie, maar vormt deze wel een belangrijk onderdeel van het oncologisch zorgproces. Uit verschillende onderzoeken komt naar voren dat de kwaliteit van de palliatieve zorg in de eerste lijn nog een verbeterslag kan maken¹⁵. Zo vindt *advanced care planning*¹⁶ bij ongeveer 40% van de palliatieve patiënten plaats en er wordt beperkt beroep gedaan op de kaderhuisartsen palliatieve zorg. Uit onderzoek onder patiënten en nabestaanden komt naar voren dat men de deskundigheid van de eerste lijn onvoldoende vindt en dat er te weinig aandacht is voor spirituele en psychische begeleiding¹⁷. In 2014 is het Nationaal Programma Palliatieve Zorg (NPPZ) van start gegaan. Dit heeft geleid tot veel regionale initiatieven en agendering en verbetering van de palliatieve zorg.

NPPZ > Septet

De Rijksoverheid wil de komende jaren de kwaliteit van de palliatieve zorg verbeteren via het Nationaal Programma Palliatieve Zorg. De looptijd van dit programma is 2014 – 2020 en wordt grotendeels gefinancierd binnen het ZonMW-programma Palliantie. Naar aanleiding van het NPPZ is in de regio Midden-Nederland een verbeterprogramma door zeven netwerken palliatieve zorg, het IKNL en het Expertisecentrum Palliatieve Zorg (UMCU) vormgegeven in het consortium Septet. Het Septet legt prioriteit bij de palliatieve zorg in de eerste lijn door in te zetten op:

- 24/7 expertkennis en consultatie: o.a. via palliatieve teams
- instrumenten beschikbaar maken voor de praktijk: palliatief redeneren, signalering in de palliatieve fase, besluitvorming in de palliatieve fase, 4-dimensioneel Utrecht Symptoom Dagboek.
- lokale multidisciplinaire netwerkzorg: PaTz /Cirkelteams

Figuur 7. Matrix Programma Palliatieve zorg



Palliatief Team Midden-Nederland (PTMN)

Voor advies en ondersteuning bij palliatieve zorg kunnen alle zorgverleners 24 uur per dag telefonisch terecht bij de helpdesk van het PTMN. Het team bestaat uit 11 artsen en verpleegkundigen, gespecialiseerd in palliatieve zorg. Daarnaast heeft de consultant toegang tot een breed netwerk van medisch en verpleegkundig specialisten en psychosociale en spirituele zorgverleners. In 2013 is het PTMN 634 keer geconsulteerd over een kleine 500 unieke patiënten. Ruim 86% van de consultvragen komen van de huisarts.



PaTz-teams

Een ander initiatief op het gebied van palliatieve zorg in de eerste lijn is de Stichting PaTz, wat staat voor palliatieve thuiszorg. Het doel van PaTz: de samenwerking tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen bevorderen en hun deskundigheid verhogen, waardoor de kwaliteit in de palliatieve thuiszorg toeneemt. Concreet betekent dit dat huisartsen hun palliatieve patiënten 'kennen' en hun wensen en behoeften in kaart brengen. De huisarts bespreekt deze palliatieve patiënten eens per twee maanden in een overleggroep met (wijk)verpleegkundigen en een deskundige op het gebied van palliatieve zorg, veelal een kaderhuisarts. Uit onderzoek¹⁸ blijkt dat patiënten positiever oordelen over de coördinatie van zorg, het aantal ziekenhuisopnames in de laatste maand voor overlijden afneemt en de huisarts in meer gevallen de gewenste plaats van overlijden kent. In de regio Midden-Nederland zijn momenteel zo'n vijftien PaTz-groepen en cirkelteams¹⁹ actief. In 2016 is een regionaal project gestart met als doel het aantal PaTz-groepen te verdubbelen.



PALLIATIEF



FYSIEK	MENTAAL	SOCIAAL	EXISTENTIEEL	PRAKTISCH
vraag patiënt · pijn · benauwdheid · ascites · complicaties · co-morbiditeit rol eerste lijn · pijnbestrijding · behandeling gericht op kwaliteit van leven · reanimatiebesluit · overleg kaderhuisarts en inzetten thuiszorg (LESA palliatieve zorg) · conform methodiek "besluitvorming palliatieve fase" · richtlijn "palliatieve sedatie"	vraag patiënt · mentale vermoeidheid · angstig · gespannen · somber · slapeloosheid · prikkelbaar rol eerste lijn · wijzen op wilsverklaring · verwijzen naar professionele psychosociale zorg (lastmeter)	vraag patiënt · afhankelijkheid · zorgen om de toekomst van eigen gezin · verlies van (kwaliteit van) leven rol eerste lijn · advanced care planning: wat wil de patiënt nog doen voor hij overlijdt? wat vindt hij belangrijk?	vraag patiënt · angst voor het onbekende · herwaardering van het resterende leven · hoe neem ik afscheid? rol eerste lijn · inspelen op rituelen en gebruiken (andere culturen kennen) · verwijzen naar geestelijke zorg (conform richtlijn spirituele zorg)	vraag patiënt · verlies van baan · financiële problemen · ADL beperkingen rol eerste lijn · verwijzen sociaal domein · hulpmiddelen · woningaanpassing · verwijzen naar ergotherapeut



6.7 Tot slot

De rol van de eerstelijnszorg in het oncologisch zorgproces wordt in de nabije toekomst nog belangrijker dan deze al is. Daarnaast zullen hier steeds meer formele afspraken over gemaakt gaan worden. Met name de zorg voor de groeiende groep patiënten die twee tot vijf jaar geleden de diagnose hebben gekregen, kan verbeterd worden. Coördinatie van zorg en oog voor klachtenpatronen, samenhangend met kanker, zijn belangrijke aandachtspunten. Patiënten geven aan dat zij hierin een meer proactieve houding van de huisarts verwachten. Mening van huisartsen(-vertegenwoordigers) verschillen hierover. Wel is duidelijk dat informeren van de patiënt over de rol van de huisarts aan het begin van het oncologisch zorgproces, onduidelijkheid en mogelijke onvrede kan voorkomen. Inrichten van verpleegkundige oncologieteams waarin verpleegkundigen uit de eerste en tweede lijn plaatsnemen, zou een manier kunnen zijn om vinger aan de pols te houden bij patiënten in de periode twee tot vijf jaar na de diagnose. Deze teams kunnen de nauwere samenwerking tussen eerste en tweede lijn bevorderen. Op dit moment worden op het gebied van palliatieve zorg veel initiatieven ontplooid, gestimuleerd door het Nationaal Programma Palliatieve Zorg.

Concreet zijn de volgende aandachtsgebieden aan te wijzen. Verbetermogelijkheden zijn:

- **Informatievoorziening door de eerste lijn kan beter**

Met name voor patiënten die twee tot vijf jaar geleden de diagnose hebben gekregen. De minder positieve ervaringen met de verkregen informatie hangt mogelijk samen met de rol die tijdens het begin van het zorgproces door de eerste lijn wordt ingenomen. Indien bij de verdenking op kanker de patiënt direct wordt geïnformeerd over de rol van de huisarts gedurende het vervolgtraject, kunnen verwachtingen beter afgestemd worden en weet de patiënt wanneer hij zorg van de huisartsenpraktijk kan verwachten. Dit kan bijvoorbeeld in de vorm van een kiesgerust-gesprek.

- **Behoeft aan verbetering coördinatie van zorg**

Afstemmen van de coördinatie bij begin van het zorgproces is belangrijk. Wie dit zou moeten doen, verschilt per patiënt en diagnose (eerste lijn, tweede lijn, familie)

- **Belang van integrale zorg en invoering van individueel zorgplan**

Met name het betrekken van de patiënt bij het opstellen van individueel nazorgplan laat te wensen over. Het opstellen van een individueel zorgplan is geen gemeengoed in de huisartsenzorg. In de eerste lijn wordt een patiënt juist integraal gezien en niet vanuit één aandoening. Dit beperkt de toepasbaarheid van de standaard oncologische individuele zorgplannen. Toepassen van persoonsgerichte zorg is in de huisartsenpraktijk van meer waarde dan voor elke patiënt een individueel zorgplan opstellen.

- **Aandacht voor organisatie van complexe zorg en deskundigheidsbevordering**

Met name in PaTz en in palliatieve fase. Het gaat ook om het herkennen van 'late klachten'.

- **Onderzoek naar betekenis van comorbiditeit bij oncologische ziektebeelden**

Aangezien meer dan 70% van de oncologische patiënten één of meerdere andere ziektebeelden heeft, kan de huisarts door zijn integrale perspectief belangrijke toegevoegde waarde bieden tijdens het zorgproces. Meer onderzoek naar betekenis van comorbiditeit tijdens het oncologisch zorgproces is nodig.



- **Palliatieve fase**

Specifiek voor de palliatieve fase geldt dat driekwart van de Nederlandse bevolking graag thuis wil overlijden bij een ongeneeslijke ziekte. Momenteel gebeurt dat in 53% van de gevallen. De rol van de eerste lijn in samenwerking met palliatieve teams is in deze fase van groot belang²⁰.



Bijlage referenties

- 1) Gilbert S, Reid KR, Lam MY, Petsikas D. Who Should Follow Up Lung, Cancer Patients After Operation? Ann Thorac Surg. 2000;69:1696-700
- 2) NKR
- 3) Oncologie in de huisartsenpraktijk. Korevaar, Heins, Donker, Rijken & Schellevis, Huisarts & Wetenschap, jan 2013
- 4) Louman WJ, Aarts MJ et al. A 50% higher prevalence of life-shortening chronic conditions among cancer patients with low socioeconomic status. Br J Cancer 2010
- 5) Nazorg bij kanker: de rol van de eerste lijn. KWF Kankerbestrijding, 30 mei 2011
- 6) Mednet/IKNL-peiling, augustus 2014 onder 117 huisartsen en 625 medisch specialisten
- 7) NHG Standpunt Oncologische zorg in de huisartsenpraktijk, 2014
- 8) Huisarts kan meer doen bij kanker. Van Weert et al, Medisch Contact 2012, Grunfeld E, Fitzpatrick R, Mant D, et al. Comparison of breast cancer patient satisfaction with follow-up in primary care versus specialist care: results from a randomized controlled trial. Br J Gen Pract. 1999;49:705- Adlard JW, Joseph J, Brammer CV, Gerrard GE. Open access follow-up for lung cancer: patient and staff satisfaction. Clin Oncol. 2001;13:404-8.
- 9) NIVEL 2010 Ondersteuningsbehoeften van (ex-)kankerpatiënten en de rol van de huisarts
- 10) www.kanker.nl
- 11) Meldactie NPCF, 'Zorg in het ziekenhuis of bij de huisarts', November 2014. Ruim 4.000 respondenten
- 12) Visie psychosociale oncologische zorg op maat. Kansen en knelpunten, 17 juli 2015. KWF Leven met kanker, NVPO, IPSO, IKNL, V&V, LVMP en stg. OOK
- 13) Zorgstandaard kanker. KWF, IKNL en Leven met Kanker, juli 2014
- 14) prof dr. J A Knottnerus en JFAM Wijffels, Nazorg bij kanker: de rol van de eerstelijns. KWF Kankerbestrijding, 30 mei 2011
- 15) Onderzoek Claessen (2013), Meeussen e.a. (2011), Francke (2015)
- 16) Advanced Care Planning: 'Advance care planning' (ACP) is een proces waarbij de patiënt met zijn behandelend arts zijn wensen, doelen en voorkeuren voor zorg rond het levenseinde bespreekt en eventueel vastlegt, vooruitlopend op het moment dat de patiënt zelf niet meer in staat is om beslissingen te nemen.
- 17) Palliactief, 2011



18) B. Onwuteaka-Philipsen, M. Hagens, A. van der Plas en R. Pasman, EMGO instituut voor onderzoek naar gezondheid en zorg, juli 2015

19) Een soortgelijke aanpak als PaTz groep, veelal vormgegeven met een hospice.

20) IKNL 2014, Palliatieve zorg in beeld



PREVENTIE



FYSIEK	MENTAAL	SOCIAAL	EXISTENTIEEL	PRAKTISCH
vraag patiënt · overgewicht · verslaving (roken, drank, drugs) · immobiliteit · zonnen · familiale belasting · erfelijkheid rol eerste lijn · leefstijlprogramma's · advies en informatie · verwijzing klinisch geneticus	vraag patiënt · hulp bij stoppen met roken en verslaving · zorgen over mogelijke familiale belasting rol eerste lijn · verwijzen naar begeleiding stoppen met roken en verslaving · verwijzen naar maatschappelijk werk · steun bieden	vraag patiënt · geen geld/ruimte voor gezonde leefstijl rol eerste lijn · verwijzen naar sociaal domein	vraag patiënt · ben ik bereid mijn leefstijl aan te passen voor mogelijke effecten in de toekomst? · wil ik mij preventief laten inenten en wat zijn bekende voor- en nadelen? · hoe past dit binnen mijn geloofsovertuiging? rol eerste lijn · bewustwording van effecten leefstijl op kanker · informatieverstrekking · verwijzen geestelijke verzorging	vraag patiënt · ongezonde werk-/leefomgeving rol eerste lijn · informeren over mogelijkheden aanpassen werk-/leefomgeving · verwijzen sociaal domein · verwijzen gemeente



SCREENING



FYSIEK	MENTAAL	SOCIAAL	EXISTENTIEEL	PRAKTISCH
vraag patiënt · wat zijn risico's van screening? · doet het pijn? rol eerste lijn · informeren	vraag patiënt · zorgen maken over uitslag screening rol eerste lijn · aanbieden steungesprek	vraag patiënt · groepsdruk · fabels rol eerste lijn · informeren en ondersteunen bij besluitvorming	vraag patiënt · waarom zou ik aan screening meedoen? · wil ik uitslag weten? · en dan? rol eerste lijn · informeren en ondersteunen bij besluitvorming · steun bieden	vraag patiënt · beschikbaarheid screening rol eerste lijn · signaleren



DIAGNOSE



FYSIEK	MENTAAL	SOCIAAL	EXISTENTIEEL	PRAKTISCH
vraag patiënt · symptomen · lichamelijke klachten · welke behandeling past bij mij? rol eerste lijn · verwijzen naar digitale keuzehulp voor patiënten (www.kanker.nl) · counselen en ondersteunen bij nemen van beslissingen · na beslissingen (kiesgerust-gesprek)	vraag patiënt · onzekerheid · woede · angst · verdriet · schuldgevoel rol eerste lijn · betrekken mantelzorg · bieden van emotionele steun	vraag patiënt · onbegrip omgeving · verwijzen naar sociaal domein rol eerste lijn · verwijzen naar sociaal domein	vraag patiënt · waarom ik? rol eerste lijn · verwijzen naar psychische ondersteuning of geestelijke bijstand · steun bieden	vraag patiënt · geen geld voor behandeling tweede lijn (eigen risico) rol eerste lijn · verwijzen naar gemeente?



BEHANDELING



FYSIEK	MENTAAL	SOCIAAL	EXISTENTIEEL	PRAKTISCH
vraag patiënt · pijn · misselijk · vermoeidheid · lymfoedeem · seksueel disfunctioneren · eetproblemen · gewichtsverlies · huidproblemen · uiterlijke veranderingen rol eerste lijn · behandelen klachten zo nodig na overleg kaderhuisarts of specialist · verwijzing naar andere zorgverleners zoals diëtist	vraag patiënt · angst dat behandeling niet aanslaat · depressieve klachten · machteloosheid · zoeken naar alternatieve behandelingen rol eerste lijn · verwijzen naar professionele psychosociale zorg (lastmeter) · inloophuis · lotgenoten · contactmogelijkheden	vraag patiënt · afhankelijkheid · gebrek aan steun uit omgeving · verlies vrienden/sociaal leven · ziekteverzuim rol eerste lijn · verwijzen naar sociaal domein · overleg bedrijfsarts	vraag patiënt · hoe lang moet ik hiermee doorgaan? · wat vind ik belangrijk in het leven? · verlies van hoop rol eerste lijn · inspelen op rituelen en gebruiken (andere culturen kennen)	vraag patiënt · geen mantelzorg rol eerste lijn · thuiszorg inschakelen



FYSIEK	MENTAAL	SOCIAAL	EXISTENTIEEL	PRAKTISCH
vraag patiënt · vermoeidheid · lichamelijke klachten (pijn, verstoorde stoelgang) · spierzwakte · body image problems rol eerste lijn · deskundige verpleegkundige zorg · inschakelen · fysiotherapeut · volgen richtlijn "oncologische revalidatie" · www.mindermoebijkanker.nl · organiseren casemanagement	vraag patiënt · angst · emotioneel · vergeetachtig · slaapproblemen · neerslachtig · concentratieverlies · overige restklachten rol eerste lijn · verwijzen naar psychosociaal revalidatieprogramma of andere professionele psychosociale zorg (HDI) · verwijzen naar patiëntenvereniging · conform richtlijn "Herstel na kanker"	vraag patiënt · hobby's/vrijtijdsbesteding niet meer kunnen uitoefenen rol eerste lijn · attenderen op lotgenotencontact (bijvoorbeeld HDI)	vraag patiënt · bijstellen toekomstperspectief · verlies van hoop rol eerste lijn · steun bieden · verwijzen naar psychologische zorg of geestelijke bijstand	vraag patiënt · ADL beperkingen rol eerste lijn · hulpmiddelen · woningaanpassing · verwijzen naar ergotherapeut



PALLIATIEF



FYSIEK

vraag patiënt

- pijn
- benauwdheid
- ascites
- complicaties
- co-morbiditeit

rol eerste lijn

- pijnbestrijding
- behandeling gericht op kwaliteit van leven
- reanimatiebesluit
- overleg kaderhuisarts en inzetten thuiszorg (LESA palliatieve zorg)
- conform methodiek "besluitvorming palliatieve fase"
- richtlijn "palliatieve sedatie"

MENTAAL

vraag patiënt

- mentale vermoeidheid
- angstig
- gespannen
- somber
- slapeloosheid
- prikkelbaar

rol eerste lijn

- wijzen op wilsverklaring
- verwijzen naar professionele psychosociale zorg (lastmeter)

SOCIAAL

vraag patiënt

- afhankelijkheid
- zorgen om de toekomst van eigen gezin
- verlies van (kwaliteit van) leven

rol eerste lijn

- advanced care planning: wat wil de patiënt nog doen voor hij overlijdt? wat vindt hij belangrijk?

EXISTENTIEEL

vraag patiënt

- angst voor het onbekende
- herwaardering van het resterende leven
- hoe neem ik afscheid?

rol eerste lijn

- inspelen op rituelen en gebruiken (andere culturen kennen)
- verwijzen naar geestelijke zorg (conform richtlijn spirituele zorg)

PRAKTISCH

vraag patiënt

- verlies van baan
- financiële problemen
- ADL beperkingen

rol eerste lijn

- verwijzen sociaal domein
- hulpmiddelen
- woningaanpassing
- verwijzen naar ergotherapeut