

Handreiking voor een project
met praktijkondersteuning oncologie

Optimale Ondersteuning bij Kanker in de huisartspraktijk



Bijdragen

Mary Groeneveld
Verpleegkundig specialist Huisartspraktijk Wateringse Veld
Den Haag

Simone Breedvelt
Oncologie & palliatief verpleegkundige
Huisartspraktijk De Heer en van Gorcum
Nieuwerkerk aan de IJssel

Jolanda Dekker
Casemanager Oncologie Huisartspraktijk Copenhaege
Beleidsmedewerker ZEL
Vlaardingen

Jorien van den Doel
Huisarts in Huisartspraktijk Copenhaege
Vlaardingen

Engelien Geerdink
SCEN-arts
Voormalig huisarts
Bestuurslid inloophuis Camino
RvT Stichting OOK
Nieuwerkerk aan de IJssel

Anne-Marie Bart
Projectleider
Manager Onderzoek en Kwaliteit bij Stichting OOK
Capelle aan de IJssel

Vormgeving
Wesley van Zeben
Conceptontwikkelaar bij Stichting OOK
Capelle aan de IJssel



Voorwoord

In februari 2019 organiseerde Stichting OOK het symposium 'Ondersteuning bij kanker, Samen naar beter!'. Tijdens het symposium werden de uitkomsten van de QuickScans die de stichting uitvoert binnen ziekenhuizen gepresenteerd: screening vindt niet altijd plaats, een gesprek over de gevolgen van de ziekte kanker en de behandeling daarvoor wordt lang niet met alle patiënten gevoerd, er is onvoldoende kennis over het aanbod van ondersteunende zorg binnen maar vooral buiten het ziekenhuis en er wordt nauwelijks verwezen naar passende ondersteuning.

Een aantal aanwezigen merkte tijdens het symposium op dat deze conclusie niet alleen voor ziekenhuizen maar ook voor huisartspraktijken gold. En dat zij, in hun eigen huisartspraktijk, hier verandering in probeerden aan te brengen. Misschien zou Stichting OOK met hen eens naar dit segment van de gezondheidszorg voor mensen met kanker willen kijken? Zo is het project "De Koplopers" ontstaan.

Na een oproep op social media bleek een flinke groep mensen werkzaam in de huisartspraktijk in dit onderwerp

geïnteresseerd. Omdat na een aantal bijeenkomsten de groeps grootte het ontwikkelen van een gemeenschappelijk gedragen concept soms wat in de weg zat, is besloten om met een klein kernteam aan de slag te gaan en de overige deelnemers op de hoogte te houden van de uitkomsten. Uiteindelijk heeft dit traject, met een financiële impuls vanuit KWF/Samenloop voor hoop, geleid tot dit boekwerk met "tools" om een project/pilot "Praktijkondersteuner (POH) Oncologie" te starten. Binnen de huisartspraktijken van de Koplopers lopen deze project/pilots inmiddels, worden gegevens verzameld en gaat een evaluatie plaatsvinden.

Wij hopen dat de middelen die in deze TOOLBOX worden aangereikt een impuls bieden aan iedereen die goede ondersteuning bij kanker vanuit de huisartspraktijk aan het hart gaat.

Inhoudsopgave

Managementsamenvatting	6	7. Het opzetten van een regionaal, eerstelijns netwerk ondersteuning bij kanker	25
Inleiding	8	Tot slot	25
Achtergrond	8	Referentielijst	26
Oncologische zorg binnen de huisartspraktijk	8	TOOL 1: Matrix	28
Zwarte gat	9	TOOL 2: Opleidingen	32
De TOOLBOX	12	TOOL 3a: Functieprofiel POH Oncologie	34
1. Voorbereiding: afbakening van het project	13	TOOL 3b: Functieprofiel POH (LHV)	42
2. Wie gaat het doen? Omschrijving van de rol van POH Oncologie	13	TOOL 4: Plaats POH Oncologie t.o.v. andere oncologie zorgprofessionals	46
De POH Oncologie	13	TOOL 5: Fasering ZEL en NHG standaard fases	50
Taken van de POH Oncologie	14	TOOL 6: OOK Canvas	54
Functieprofiel	15	TOOL 7: Model Subjectief Beleefde Gezondheid (SBG)	56
3. Werkwijze ondersteuning in alle fases van de ziekte kanker	16	TOOL 8: Richtlijn detecteren behoefte psychosociale zorg	59
Fase 1: Diagnostische fase	16	TOOL 9: Verwijzingsschema Richtlijn Detecteren behoefte psychosociale zorg	60
Fase 2: Behandelfase	17	TOOL 10: ICPC Clusters Oncologie	61
Fase 3a: Nazorg en chronische fase	17	TOOL 11: Evaluatie indicatoren	63
Fase 3b: Palliatieve en terminale fase	18	TOOL 12: Voorbeeld Enquete Evaluatie	64
4. Werken met een screeningsinstrument	21	TOOL 13: Overzicht oncologie netwerken Verwijsgids Kanker	65
OOK Canvas	21		
SBG model	22		
Richtlijn "Detecteren behoefte psychosociale zorg bij kanker"	22		
5. Implementeren en evalueren	23		
Inzicht in oncologie populatie praktijk via ICT	23		
Starten met project.	23		
Evalueren	23		
6. Financiering	24		

Managementsamenvatting

Mevrouw de Vries, 61 jaar, heeft een oropharynxcarcinoom. Hiervoor heeft ze chemotherapie en radiotherapie gehad. Na de radiotherapie ontstaat er oedeem in haar keel, waardoor voedsel inname bemoeilijkt wordt. Mevrouw valt snel af, gaat conditioneel achteruit en voelt zich erg ongelukkig. Vanuit het ziekenhuis wordt geopperd om een PEG-sonde te plaatsen.

Mevrouw de Vries neemt in tranen contact op met de POH Oncologie die zij al eerder heeft gesproken. De POH Oncologie neemt contact op met de tweedelijns diëtist over het te volgen beleid. Gezien de situatie dat mevrouw snel achteruit gaat is in overleg gekozen voor het inschakelen van een eerstelijns diëtiste uit het netwerk van de POH Oncologie. Deze diëtiste kon dezelfde dag nog op huisbezoek bij mevrouw en heeft suggesties gegeven voor andere voeding die zij wel blijkt te verdragen. De POH Oncologie heeft vervolgens contact met het ziekenhuis opgenomen om toe te lichten welke interventie zij heeft ingezet. Omdat mevrouw de Vries snel aansterkt blijkt een PEG sonde uiteindelijk niet meer nodig. Mevrouw gaat op advies van de POH Oncologie ook weer aan de slag om haar conditie te verbeteren en kan zelfs na één maand weer aan het werk.

Doordat de ziekte kanker in een steeds vroeger stadium ontdekt kan worden en er effectievere behandelingen zijn stijgen de overlevingskansen en wordt kanker tegelijkertijd steeds vaker een chronische aandoening. De primaire focus ligt in de fase van diagnose en behandeling, begrijpelijk, op het behandelen en genezen. Uit onderzoek van KWF (KWF, 2016) blijkt echter dat patiënten, net als mevrouw de Vries, veel effecten ervaren van de ziekte en behandeling op het dagelijks leven, tijdens maar ook na deze fasen.

De Koplopers misten in hun eigen dagelijkse praktijk een protocol voor het werken met oncologie patiënten. Zorg in de eerstelijns wordt niet gestructureerd aangeboden en patiënten klaagden dat zij de eerstelijns misten in hun behandeltraject. De Koplopers misten juist zicht op de patiënt tijdens het behandeltraject als zij bijvoorbeeld in de palliatieve fase werden aangehaakt. De uitdaging was om daar verandering in aan te brengen. Daarom besloten zij de krachten te bundelen en hun kennis te delen.

In deze TOOLBOX hebben de Koplopers uitgewerkt hoe de oncologische patiëntenzorg in de eerste lijn gerealiseerd kan worden met behulp van een POH Oncologie. Het gaat om proactieve zorg, om de “Juiste Zorg op de Juiste Plek”, maar vooral ook op het juiste moment en met voldoende tijd. Een POH Oncologie ontlast niet alleen de huisarts maar verbetert tevens de kwaliteit van de eerstelijnszorg door meer tijd te besteden aan de patiënt.

De TOOLBOX is een hulpmiddel om ondersteuning bij kanker in de huisartspraktijk op gestructureerde wijze vorm te geven met behulp van een POH Oncologie.

Wat is kenmerkend voor een POH Oncologie?

- De POH Oncologie werkt in de huisartsenpraktijk en heeft een verpleegkundige opleiding of een paramedische opleiding op HBO niveau, gespecialiseerd in oncologische zorg.
- Zij wordt aangestuurd door de huisarts en heeft toegang tot het patiëntdossier. Zij werkt zelfstandig binnen teamverband.

- Zij is geschoold in het effect van ziekte en behandeling op het dagelijks leven van patiënten en naasten en het bespreken hiervan.
- Zij benadert de patiënt proactief vanaf het moment van de diagnose en bespreekt op het juiste moment met de patiënt hoe deze te begeleiden en te vervolgen (time-out gesprek). Dit is bij uitstek maatwerk.
- Zij is binnen de praktijk hét aanspreekpunt voor de patiënt met kanker en coördineert de eerstelijns zorg om de patiënt.

- Zij legt waar nodig de verbinding met de 2e lijn, maar ook met de 0e lijn.
- Zij draagt bij aan de Advanced Care Planning. En zij begeleidt mede de patiënt, ook in de stervensfase.
- Zij wordt nog niet standaard vanuit het basispakket betaald.



Inleiding

Achtergrond

Kanker is een veel voorkomende ziekte met verstrekkende gevolgen. Jaarlijks krijgen 120.000 Nederlanders de diagnose kanker. In 2018 bedroeg het aantal mensen dat leeft met kanker 809.346 (IKNL, 2019).

De zogeheten ‘vijfjaarsoverleving’ neemt in Nederland ieder jaar met ongeveer 1 procentpunt toe. Dat komt door betere en snellere diagnoses en behandelingen. In 1989, toen het Integraal Kankercentrum Nederland begon met de databank van kankerpatiënten, was de kans 42 procent dat iemand vijf jaar na de diagnose nog in leven was (IKNL, 2019). In 2018 was 65 procent van de patiënten die in 2013 de diagnose kanker kregen nog in leven. Een jaar eerder lag dat aantal nog op 64 procent.

Voor veel kankersoorten geldt zelfs dat vier op de vijf patiënten de ziekte overleven. Het gaat om huidkanker, borstkanker, prostaatcancer en minder vaak voorkomende soorten als zaadbalkanker en hodgkinlymfoom. Om die reden komt er steeds meer aandacht voor restklachten en kwaliteit van leven van mensen die van kanker zijn genezen. Doordat de ziekte kanker in een steeds vroeger stadium ontdekt kan worden en er effectievere behandelingen zijn stijgen de overlevingskansen en wordt kanker tegelijkertijd steeds vaker een chronische aandoening (KWF, 2019).

De primaire focus van zorgprofessionals en patiënt ligt in de fase van diagnose en behandeling, begrijpelijk, op het behandelen en genezen. Uit onderzoek van KWF

(KWF, 2016) blijkt echter dat patiënten veel effecten ervaren van de ziekte en behandeling op het dagelijks leven, ook na deze fasen. Patiënten weten vaak niet welke ondersteuning beschikbaar is en vragen er niet naar. Zij zijn als het ware “onbewust en onbekwaam”. Bovendien is het aanbod slecht vindbaar voor patiënten en naasten. Patiënten missen beschikbare ondersteuning waardoor de klachten kunnen verergeren (en intensievere zorg is vereist).

Oncologische zorg binnen de huisartspraktijk

Dat de oncologische zorg in beweging is, wordt ook in de huisartspraktijk ervaren. Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) heeft al in 2014 een Standpunt opgesteld met betrekking tot de rol van de huisarts in de multidisciplinaire oncologische zorg. Het is gebaseerd op de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 en bedoeld als handreiking voor ontwikkeling en innovatie.

De huisarts ziet kankerpatiënten in verschillende ziektefasen en is het vaste aanspreekpunt voor de patiënt in de gezondheidszorg. Een belangrijke rol van de huisarts is het waarborgen van continue en persoonsgerichte zorg. Het NHG Standpunt beschrijft de rol van de huisarts in alle fasen van het zorgcontinuüm. Voor een groot deel betreft dat zorg die op dit moment al dagelijks in praktijk wordt gebracht. Vernieuwend in het NHG Standpunt is de visie op versterking van continuïteit, samenhang en persoonsgerichtheid in de oncologische zorg door een meer proactieve attitude van de huisarts te bepleiten en

structurering van zijn begeleidende en ondersteunende rol. 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. De huisarts kan het proces van gedeelde besluitvorming en zelfmanagement bij uitstek ondersteunen. Deze toolbox beoogt de huisartspraktijk te faciliteren in het organiseren van deze taak.

Een van de aanbevelingen uit het NHG Standpunt is dat de huisarts na verwijzing naar het ziekenhuis contact houdt met de patiënt. Tijdens dit contact kan de huisarts met de patiënt de verstrekte informatie van de specialist bespreken en ook afspraken maken over vervolcontacten op basis van de behoefte van de patiënt. Hierdoor voorkomt de huisarts dat het contact met de patiënt tijdens de behandelingsfase verloren gaat. Contact houden vergroot de betrokkenheid van de huisarts bij de patiënt en diens naasten en anticipeert op goede nazorg. Nazorg in de huisartspraktijk is een onderdeel van de huisartsenzorg, maar wordt nog niet op gestructureerde wijze aangeboden. Het bevorderen van gedeelde besluitvorming en zelfmanagement vraagt naast tijd en aandacht ook specifieke eisen aan attitude en competenties van de huisarts en de POH Oncologie.

Zwarte gat

Uit veel publicaties komt naar voren dat patiënten na afloop van de actieve behandelingsfase ervaren dat zij in een “zwart gat” terechtkomen. Nadat alle aandacht gefocust is geweest op behandelen wordt

de patiënt in de periode die daarop volgt ten volste geconfronteerd met de gevolgen van ziekte en behandeling op het dagelijks leven. Sommige gevolgen zijn van tijdelijke aard, andere zijn blijvend. Omdat patiënten onbewust en onbekwaam zijn op dit terrein duurt het lang voor ondersteuning wordt gevraagd en geboden. Veel patiënten ervaren deze periode als een “zwart gat” waar zij zich met moeite weer uit worstelen. (Publicaties KWF, NFK).

Kanker heeft, vanwege het vaak grillige, onvoorspelbare en levensbedreigende karakter van de ziekte, grote gevolgen op het dagelijks leven van mensen. Uit onderzoek van NIPO en KWF (2016) blijkt dat 86% van de mensen met kanker klachten ervaart. De vier klachten die volgens dit onderzoek de meeste negatieve impact hebben op de kwaliteit van leven zijn: emoties, vermoeidheid, de relatie met de partner en bijwerkingen van de behandeling voor kanker. Veel mensen met kanker doorlopen in wisselende duur diverse stadia van de ziekte: preventieve, de curatieve, de palliatieve en in sommige gevallen een terminale fase. Dit maakt het van belang om ook na de behandelingsfase in het ziekenhuis de zorg en ondersteuning te blijven geven die de patiënt nodig heeft. En dan ook op de plaats waarop dit voor de patiënt het best tot zijn recht komt: vanuit de thuissituatie.



“Ik heb de wens om oncologie patiënten in de eerste lijn beter te kunnen begeleiden. Ik merkte dat patiënten na het behandeltraject in het ziekenhuis vaak zoeken naar de juiste hulp of ondersteuning. Dat kost patiënten veel energie, die ze beter ergens anders aan kunnen besteden. Idealiter zou bij elke huisarts iemand moeten werken die ondersteuning geeft bij kanker, zodat de begeleiding van oncologiepatiënten zo optimaal mogelijk is”.

Jolanda Dekker



“Het belang is groot! Door vroegtijdig problemen te benoemen, te herkennen en te behandelen voorkom je problemen jaren later na de kanker. Denk hierbij aan relatieproblemen, werk gerelateerde problemen, psychische en sociale klachten verminderde conditie en vermoeidheid, maar ook lichamelijke problemen en beperkingen. Het Koplopersproject helpt enorm. Samen sta je sterk en kan je meedenken, elkaar motiveren en ondersteunen om het project in je eigen omgeving vorm te geven.”

Mary Groeneveld



“Vanuit de praktijk was er behoefte aan extra ondersteuning voor oncologiepatiënten in de vorm van een gespecialiseerde ondersteuner. De meerwaarde hiervan is dat het voorkomt dat de patiënt uit beeld raakt en de behandelrelatie verbetert. De praktijkondersteuner is al heel belangrijk voor de begeleiding van chronisch zieken, maar dit kan nog worden uitgebreid voor oncologie patiënten”.

Simone Breedvelt



In 2019 is “De Koplopers” opgericht. Een groep mensen werkzaam binnen de eerste lijn in de rol van verpleegkundig specialist, oedeemfysiotherapeut (met kennisgebied oncologie), huisarts of praktijkverpleegkundige (met kennisgebied oncologie).

“De Koplopers” wisselen ervaring en kennis uit over ondersteuning van mensen met kanker in de huisartspraktijk. Inmiddels is door hen een gestructureerde werkwijze ontwikkeld voor de huisartspraktijk en passen zij deze werkwijze toe. Voor het invullen van deze taak worden zij deels (tijdelijk) financieel ondersteund door de zorgverzekeraar in hun werkgebied of betaald vanuit het totale huisartsenbudget.

Om te voorkomen dat iedereen die wil starten met ondersteuning van mensen met kanker vanuit de huisartsenpraktijk zelf het wiel moet uitvinden is door de Koplopers een TOOLBOX ontwikkeld. Deze TOOLBOX is bedoeld om een impuls te geven aan de uitrol van ondersteuning bij kanker in de huisartspraktijk.

De TOOLBOX bestaat uit de volgende onderdelen:

1. Voorbereiding: Afbakening van het project;
2. Wie gaat het doen: Functie POH Oncologie;
3. Werkwijze POH Oncologie in alle fases van de ziekte;
4. Werken met een screeningsinstrument;
5. Implementatie en evaluatie;
6. Financiering;
7. Regionale netwerken/Sociale Kaart;
8. Literatuuroverzicht.

De TOOLBOX is een voorbeeld van een stappenplan dat op onderdelen (werkwijze, functieomschrijving, middelen) door de Koplopers is opgezet en vormgegeven, maar kan worden aangepast aan de eigen wensen van een huisartspraktijk.



1. Voorbereiding: afbakening van het project

Als eerste stap is het van belang om het project te kaderen. Welke zorg wil de huisartspraktijk gaan bieden, wie gaat dit bieden en wanneer wordt er bijvoorbeeld doorverwezen, dan wel terugverwezen. Kortom, een afbakening waarbij gekeken wordt naar wat in de huisartspraktijk wel en wat niet opgepakt wordt.

[TOOL 1](#) is een matrix, ontwikkeld door Prevaas en van der Tak, die daarbij als hulpmiddel kan worden gebruikt. Met behulp van deze matrix worden alle elementen die van belang zijn bij de start van het project in kaart gebracht.



2. Wie gaat het doen? Omschrijving van de rol van POH Oncologie

Nadat het programma is afgebakend wordt het van belang om te kijken wie de functie van POH Oncologie gaat vervullen. De Koplopers hebben een functieprofiel beschreven dat is gebaseerd op het profiel van een ondersteuningsconsulent (Stichting OOK 2019).

Van belang is dat er voldoende uren capaciteit is, zodat de POH Oncologie ook daadwerkelijk voor iedereen met kanker (en naasten van mensen met kanker) binnen de huisartspraktijk beschikbaar is.

De POH Oncologie

De POH Oncologie is een medewerker van de huisartspraktijk met een verpleegkundige opleiding of een paramedische opleiding op HBO niveau, gespecialiseerd in oncologische zorg. Hiernaast heeft een POH Oncologie een vervolgopleiding gevolgd waarin kennis van het effect van ziekte en behandeling op het dagelijks leven van patiënten en naasten en professionele gespreksvoering centraal staan. [TOOL 2](#) geeft een overzicht van bestaande training/opleiding op dit gebied.

De taken van de POH Oncologie zijn:

- Volgen van het diagnostische traject van de patiënt;
- Informeren van patiënt en/of naasten;
- Indien nodig, in opdracht van of in samenwerking met de huisarts, voeren van een time-out gesprek;
- Aandacht voor de psychosociale aspecten rondom het oncologisch proces zowel van patiënten als naasten. De POH Oncologie maakt daarbij gebruik van screeningsinstrumenten zoals bijvoorbeeld het model van Subjectief Beleefde Gezondheid (SBG), de 10 leefdomeinen van het OOK Canvas of de Lastmeter;
- Contact met betrokken verpleegkundige of verpleegkundig specialist uit het ziekenhuis (indien nodig);
- Bespreken van het eerstelijns individueel zorgplan met de patiënt;
- Aanbieden van leefstijlinterventies en zelfmanagement tools;
- Doorverwijzen naar ondersteunende zorg uit sociale kaart (indien nodig);
- Afspraken maken met patiënt over wijze en frequentie van contact met patiënt en/of naasten;
- Alert zijn op late effecten ten gevolge van behandelingen voor kanker;
- Samenwerken met de bedrijfsarts;
- Levenslange gesprekken voeren, advanced care planning, in overleg met de huisarts;
- Gesprek met naasten, na overlijden, met betrekking tot rouwverwerking;
- Bijhouden van kennis rondom oncologie;
- Opzetten van of aansluiten bij een eerstelijns oncologienetwerk;
- Overleggen met huisartsen en/of andere zorgverleners.

Funcieprofiel

De rol van de POH Oncologie zoals door de Koplopers in de TOOLBOX is uitgewerkt kan een losstaande functie binnen de praktijk zijn of een aanvullende rol op een reeds bestaande functie, bijvoorbeeld POH ouderenzorg.

De rol van POH Oncologie vraagt om specifieke kennis, vaardigheden en attitudes. Kennis over het brede palet van oncologische ziektebeelden en therapieën maar vooral ook vaardigheden en attitudes op het gebied van psychosociale begeleiding en ondersteuning. De POH Oncologie is extra gefocust op het zoeken van de balans tussen nabijheid en afstand, op zelfreflectie en op het signaleren en bespreekbaar maken van ethische vraagstukken (expertisegebied oncologieverpleegkundige, V&VN, juli 2015).

[TOOL 3](#) bestaat uit een uitgebreide beschrijving van het expertisegebied en welke kennis en attitude de POH Oncologie moet beschikken, gebaseerd op de functieomschrijving Ondersteuningsconsulent (Stichting OOK 2019).

Het belangrijkste verschil van een POH Oncologie ten opzichte van andere zorgprofessionals in de oncologie is dat deze altijd vanuit de huisartspraktijk en samen met de huisarts werkt. Huisartsenzorg is persoonsgerichte zorg. Huisartsen leveren samen met hun team goede medische zorg. Huisartsen werken als medisch-generalist samen met andere zorg- en hulpverleners om passende zorg te leveren (Kernwaarden Huisartsenzorg, De Argumentenfabriek in samenwerking met o.a. NHG en LHV, 2019).

De POH Oncologie komt niet in de plaats van andere rollen in de begeleiding van mensen met kanker zoals de oncologie verpleegkundige binnen de thuiszorg, de casemanager in het ziekenhuis of een ondersteuningsconsulent, maar wil een samenwerkingspartner vanuit de huisartspraktijk 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.

[TOOL 4](#) geeft een overzicht van de positie van de POH Oncologie ten opzichte van andere oncologische ondersteuners.



3. Werkwijze ondersteuning in alle fases van de ziekte kanker

De Koplopers onderscheiden (in samenwerking met Zorgorganisatie Eerste Lijn (ZEL), regio Nieuwe Waterweg Noord en Delfland, Westland en Oostland) vier mogelijke fasen in het looppad van een oncologie patiënt, parallel aan de fasen die worden benoemd in het NHG Standpunt met betrekking tot de rol van de huisarts in de multidisciplinaire oncologische zorg (NHG 2014): de Diagnostische fase, de Behandelfase, de Nazorg en chronische fase en de Palliatieve en terminale fase. In elke fase hebben zowel huisarts als POH Oncologie eigen taken.

De POH Oncologie voert het zorgproces ondersteunende zorg bij kanker in de huisartspraktijk uit. In elke ziektefase heeft de POH Oncologie een rol. Omdat dit de kern vormt van projecten rondom het invoeren van een POH Oncologie volgt hieronder een uitgebreide beschrijving hoe dat er per fase uitziet. [TOOL 5](#) geeft een schematische weergave van de rol van huisarts en POH Oncologie tijdens de verschillende fasen van kanker (bron ZEL).

Fase 1: Diagnostische fase

Contact met patiënt na diagnose kanker (Time-out gesprek)

Voor de patiënt is kanker een diagnose die veel vragen en onzekerheden met zich meebrengt. De huisarts heeft een belangrijke rol bij de opvang van de patiënt en zijn naasten na de diagnose en bij de begeleiding in het vervolgtraject. Als de huisarts vanaf het begin van de ziekte betrokken is bij de behandeling voor kanker in het ziekenhuis is het ook makkelijker en vanzelfsprekender om de patiënt en zijn naasten later te blijven ondersteunen. Aanbevolen wordt dat de huisarts bij verwijzing naar de medisch specialist de patiënt proactief vraagt een afspraak te maken voor een vervolgconsult of telefonisch contact op te nemen bij een diagnose met belangrijke consequenties.

Nadat de specialist de uitkomst van het onderzoek en een voorstel tot behandeling met de patiënt heeft besproken gaan huisarts en/of POH Oncologie samen met de patiënt een time-out gesprek aan. Het time-out gesprek is niet voorbehouden aan de diagnostische fase en kan meerdere malen tijdens het ziekteproces worden gevoerd, op momenten dat er sprake is van veranderingen in het behandelplan.

Doelen van het Time-out gesprek (RTA oncologische zorg Utrecht, 2019):

1. Reflectie op de impact van de diagnose;
2. Verheldering van vragen en onduidelijkheden die ter plaatse of in het ziekenhuis aan de orde dienen te komen;
3. Verheldering van persoonlijke voorkeuren en prioriteiten die meegewogen moeten worden om tot een passende behandelkeuze te komen;
4. Het afstemmen van verwachtingen voor het vervolgtraject tussen patiënt en huisarts.

Het Time Out gesprek is niet primair gericht op medisch inhoudelijke bespreking van therapieopties. De huisarts/POH Oncologie gaat niet op de stoel van de medisch specialist zitten. Het kan meerwaarde hebben bij de patiënt bewustwording te creëren dat er verschillende keuzemogelijkheden voor behandeling bestaan, waaronder ook niet-behandelen en een second opinion mogelijk is. Een Time Out gesprek biedt de patiënt gelegenheid tot reflectie. De POH Oncologie kan daarbij psychosociale ondersteuning bieden en vragen stellen vanuit de sociale context. De patiënt wordt zo in een rustige setting en vanuit een ander perspectief ondersteund bij het nemen van beslissingen.

Fase 2: Behandelfase

Tijdens de behandelfase zijn vaak meerdere zorgverleners bij de patiënt betrokken. De behandeling van kanker vindt plaats in de tweede lijn. Een goede informatieoverdracht tussen tweede en eerste lijn is daarom wenselijk, zodat de huisarts kan inspelen op actuele ontwikkelingen (bijvoorbeeld ontslag na ziekenhuisopname). Dit kan via een individueel zorgplan plaatsvinden.

Contact met de patiënt tijdens behandelfase

Omdat behandeling van kanker steeds meer ambulantly plaats vindt, neemt de kans toe dat een

huisarts/POH Oncologie wordt geconfronteerd met vragen over (problemen als gevolg van) de behandeling. Enig inzicht in de gevolgen van de vele behandelingen van kanker is voor deze begeleidende rol dan ook noodzakelijk.

Tijdens de behandeling hebben patiënten vaak vragen, bijvoorbeeld over bijwerkingen, de zin van een behandeling en psychosociale problematiek. De huisarts/POH Oncologie en patiënt spreken tijdens de behandelfase af met welke regelmaat en op welke manier zij hierover contact houden.



Fase 3a: Nazorg en chronische fase

De nazorg start bij het afsluiten van de behandeling in het ziekenhuis. Veel patiënten hebben na een oncologische behandeling klachten en problemen die gerelateerd zijn aan fysiek, emotioneel, cognitief, seksueel en sociaal functioneren. Bijvoorbeeld moeheid, cognitieve disfunctie, slaapproblemen en pijn. In de huidige situatie kan de patiënt hiervoor in het kader van nazorg contact hebben met een verpleegkundig specialist in het ziekenhuis. De Koplopers zijn van mening dat deze vorm van nazorg ook door een POH Oncologie in de huisartspraktijk kan plaatsvinden.

In het NHG Standpunt uit 2014 is sprake van een Nazorg & Nacontrole fase. De Koplopers benoemen deze fase als Nazorg en chronische fase, omdat voor een groeiende groep patiënten kanker het karakter van een chronische aandoening krijgt.

Nazorg

De huisarts en/of POH Oncologie kan de nazorg overnemen en zich daarbij richten op de bevordering van zelfredzaamheid en zelfmanagement van de patiënt. Zo nodig wordt gewezen op of verwezen naar gespecialiseerde zorgverleners in het lokale en/of regionale samenwerkingsnetwerk van de huisartsenpraktijk in de eerste lijn.

De ondersteuning van zelfmanagement is maatwerk en bij uitstek een taak voor de POH Oncologie. Het gaat om het informeren en instrueren van patiënten en hun naasten, het stimuleren van intrinsieke motivatie en het verwerven van inzichten en vaardigheden. Zodat de patiënt de ziekte, de behandeling en de bijkomende lichamelijke en psychosociale gevolgen op korte en langere termijn beter kan hanteren.

De POH Oncologie als casemanager voor de oncologie

Voor de coördinatie van de nazorg biedt de POH Oncologie als casemanager uitkomst: iemand met een brede blik, die een goede relatie heeft met de patiënt en optreedt als vast aanspreekpunt. Iemand die initiatief neemt en zo continuïteit

van zorg garandeert. De huisarts heeft hiervoor vaak weinig tijd. Daarom biedt een taakverdeling uitkomst, waarbij de huisarts de regie over het medische deel voert en een POH Oncologie de afstemming en samenhang van het niet-medische zorgdeel bewaakt.

Fase 3b: Palliatieve en terminale fase

Palliatieve zorg is de fase in het ziekteproces waarin geen curatie meer mogelijk is. Deze fase kan enkele weken tot jaren duren. Onderdeel hiervan is de terminale fase voor het overlijden, die van enkele dagen tot weken kan duren.

Het in 2009 uitgebrachte NHG-Standpunt Huisarts en palliatieve zorg gaat met name in op de rol

die de huisarts speelt in de terminale levensfase, kort voor het overlijden. De palliatieve zorg heeft voor veel patiënten met kanker echter een langduriger karakter. Tijdens de ziektegerichte behandelperiode, vaak in combinatie met symptoomgerichte behandeling, is er regelmatig nog een lange periode waarin de patiënt een goede kwaliteit van leven ervaart, waarin de POH Oncologie een grote rol kan vervullen.



Start van de palliatieve fase

De overgang naar de palliatieve behandeling wordt vaak gestart door de medisch specialist in het ziekenhuis. De huisarts moet op tijd geïnformeerd worden over de ziektegerichte palliatieve behandelingen (bijvoorbeeld palliatieve chemotherapie of radiotherapie) die de specialist met de patiënt heeft besproken en

de consequenties daarvan voor de kwaliteit van het resterende leven. Patiënten blijken in deze fase persoonlijke aandacht en ondersteuning het allerbelangrijkste vinden. Daarnaast willen zij dat hun huisarts bereikbaar en beschikbaar is en goede uitleg geeft over het beloop van de ziekte, de te verwachten klachten en de behandel mogelijkheden.

De ingrijpende boodschap dat er geen zicht is op genezing betekent voor de patiënt een heroriëntatie op het levensperspectief, waarbij de naasten vaak van grote betekenis zijn. In de palliatieve fase gaat het erom de patiënt te ondersteunen bij het vinden en handhaven van de balans tussen draaglast en draagkracht.

De POH Oncologie is in deze fase bij uitstek geschikt als gesprekspartner. Het is belangrijk dat de laatste fase van het leven wordt gezien als een normaal onderdeel van het leven en dat noodzakelijke zorg zo veel mogelijk in de buurt van de patiënt wordt geboden. Deze laatste fase moet dan ook niet onnodig worden gemedicaliseerd.

Het is van belang dat de huisarts en/of POH Oncologie al in een vroeg stadium met de patiënt in gesprek gaat over de behoeften en wensen rond de zorg en het levenseinde, de zogenaamde Advanced Care Planning. Het tijdig en herhaaldelijk voeren van dergelijke gesprekken vermindert onnodige en belastende behandelingen bij een patiënt en zorgt voor een betere kwaliteit van leven vlak voor de dood.

Palliatieve zorg is teamwork. De huisarts maakt samen met de patiënt, de mantelzorgers en de professionele hulpverleners (waaronder paramedici) een behandelplan voor de palliatieve fase.

Het individuele zorgplan omvat de behandel doelen en een inventarisatie van problemen en/of vragen van lichamelijke, psychosociale en spirituele aard. Daarbij wordt ingevuld wie wat voor zijn rekening neemt. De gemaakte afspraken tussen zorgverleners en de patiënt worden vastgelegd in het dit zorgplan.

Hierbij zijn wijkverpleegkundigen belangrijke partners. De LESA palliatieve zorg geeft een

handreiking om de samenwerking vorm te geven. Voorbeelden van samenwerking waarin anticiperend beleid goed tot zijn recht komt zijn de zogenoemde PaTz groepen (Palliatieve Thuiszorggroepen), waarin huisartsen en wijkverpleegkundigen gestructureerd samenwerken in de zorg voor palliatieve patiënten in hun praktijk (www.patz.nu). In opdracht van de huisarts kan de POH Oncologie een rol spelen in dit overleg.

De huisarts en POH Oncologie streven naar een zo groot mogelijke persoonlijke continuïteit van zorg.

Het zorgen voor adequate overdracht tijdens afwezigheid (avond, nacht- en weekenddiensten en vakanties) is belangrijk.

Terminale fase

In deze fase is persoonlijk contact van groot belang. De POH Oncologie kan in sommige gevallen een deel van de terminale visites op zich nemen. Patiënten waarderen de beschikbaarheid van de huisarts en POH Oncologie voor thuisvisites en zorg buiten kantooruren. De manier van waarneming wordt besproken met de patiënt en zijn naasten, mantelzorgers en familie.

Mantelzorgers spelen een belangrijke rol in de terminale fase. De aanwezigheid van goede mantelzorg en contact met de wijkverpleging zijn essentieel om thuis te kunnen sterven. De huisarts/POH Oncologie moet alert zijn op signalen van mogelijke overbelasting van mantelzorgers en hen waar nodig attenderen op mantelzorgondersteuning en palliatieve voorzieningen als hospices.

Bij thuis overlijden van de patiënt zorgt de huisarts/POH Oncologie ervoor dat alle betrokken specialisten en andere zorgverleners worden geïnformeerd. Een schriftelijke of telefonische toelichting over het verloop van de laatste levensfase en het overlijden is op zijn plaats als de betrokken specialist de patiënt langdurig heeft begeleid.

Onderdeel van de palliatieve zorg is ook het bieden van zorg na overlijden aan directe nabestaanden in het gezin of samenlevingsverband. De huisarts en/of POH Oncologie stelt zich hierin proactief op, bijvoorbeeld door enige tijd na het overlijden contact met nabestaanden op te nemen.



4. Werken met een screeningsinstrument

Om ondersteuning bij kanker op een goede en structurele manier vorm te geven is het belangrijk om met een screeningsinstrument te werken. Hiermee wordt de situatie van de patiënt en of naasten in kaart gebracht. Dat kan bijvoorbeeld de Lastmeter zijn, het model van Machteld Huber of het OOK Canvas (in combinatie met het model van Subjectief Beleefde Gezondheid (SBG)).

OOK Canvas

De Koplopers kiezen er voor om met het OOK Canvas als screeningsinstrument te werken. Het OOK Canvas is een methodiek om gericht en gestructureerd een gesprek te voeren met mensen over hoe om te gaan met de gevolgen van kanker op hun leven. Het OOK Canvas is een gespreksinstrument dat de patiënt kan gebruiken voorafgaand aan en/of tijdens het gesprek met de POH Oncologie. In dit gesprek worden de gevolgen die iemand met kanker of een naaste ervaart helder gemaakt en besproken. Aan de hand van het Canvas kan worden uitgelegd welke interventies eventueel nuttig zijn en hoe contact kan worden gelegd met hulpverleners of instanties indien van toepassing. Met als doel het bereiken van passende ondersteuning voor ieder mens met kanker en hun naasten.

Het OOK Canvas ([TOOL 6](#)) geeft overzichtelijk 10 levensdomeinen weer waar patiënten last in kunnen ervaren:

1. Voeding en spijsvertering;
2. Veranderingen in of aan het lichaam;
3. Een goed afscheid;
4. Gedachten en emoties;
5. Zingeving;
6. Relaties en omgeving;
7. Kinderen;
8. Actief leven;
9. Voorzieningen en regelgeving;
10. Energie en bewegen.

De patiënt kan aangeven of en in hoeverre de betreffende levensdomeinen aan de orde zijn.



Voeding & Spijsvertering



Veranderingen in/aan het lichaam



Een goed afscheid



Gedachten & Emoties



Energie & Bewegen

SBG model

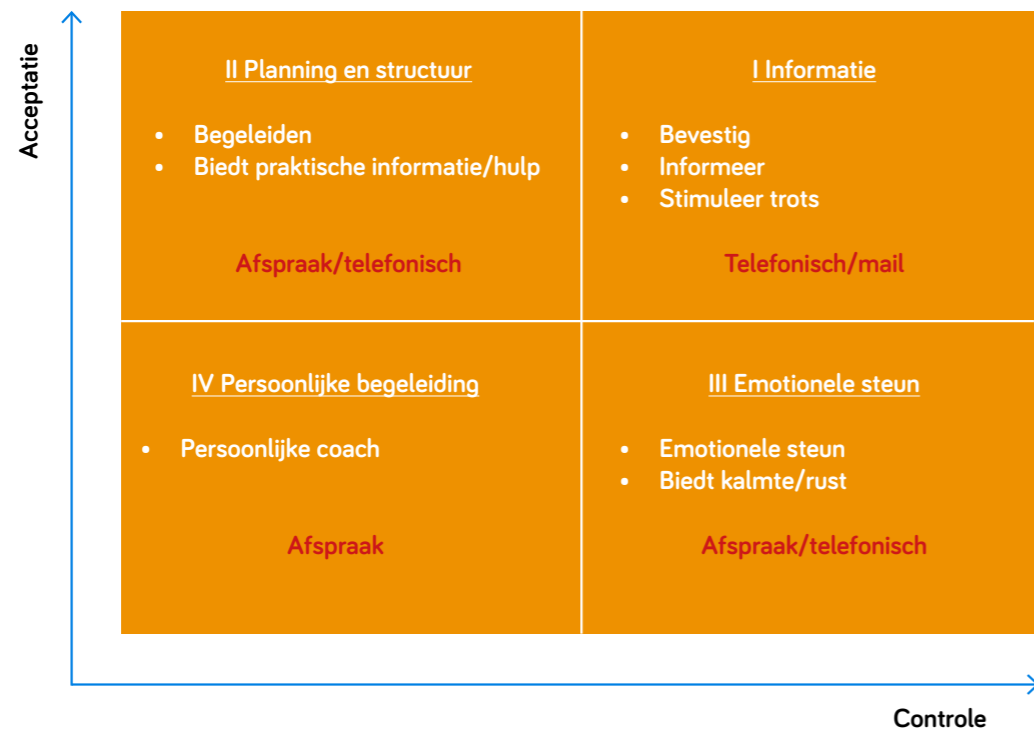
Het SBG-model (Subjectief Beleeft Gezondheid) van Prof. Dr. Sjaak Bloem is een gevalideerde methode die kan worden gebruikt om in te schatten hoeveel ondersteuning passend is voor een persoon. Dit kan variëren van persoonlijke één op één begeleiding tot zelfstandig online aan de slag gaan.

Volgens Bloem en Stalpers is bij het toewijzen van ondersteunende zorg belangrijk om rekening te houden met de manier waarop mensen hun gezondheid beleven. Zo zal de ondersteuning beter aansluiten bij de wensen en behoefte van

de patiënt/naaste en zal de zorg leiden tot grotere tevredenheid. Subjectief beleeft gezondheid kan gedefinieerd worden als: de beleving van het geestelijk en lichamelijk functioneren om het leven te leiden dat je wilt leiden binnen de grenzen van je mogelijkheden (Bloem & Stalpers, 2016).

Aan de hand van de resultaten van 6 vragen kan de POH Oncologie mensen met kanker en hun naasten in één van de vier kwadranten plaatsen.

[TOOL 7](#) is de vragenlijst van het SBG model en de uitwerking daarvan.



Richtlijn "Detecteren behoefte psychosociale zorg bij kanker"

De richtlijn detecteren behoefte psychosociale zorg (Op gesteld door de NVPO en ondersteund door o.a. V&VN, NHV en LHV) beschrijft dat een aanzienlijk deel van alle patiënten (30-45%) tijdens de curatieve en palliatieve behandeling, in de controlefase of nadat de behandeling is afgesloten, zoveel distress* ervaart dat verwijzing nodig lijkt voor behandeling door een gespecialiseerde psychosociale, (para)medische zorgverlener en/of medisch specialistische revalidatie.

Geadviseerd wordt om tijdig te signaleren of er sprake is van distress en/of zorgbehoefte, daarbij gebruik te maken van een signaleringsinstrument en triage.

[TOOL 8](#) is een uitwerking van het advies in de richtlijn

[TOOL 9](#) is een overzicht voor verwijzing naar psychosociale en (para)medische zorgverleners, zoals dat is opgenomen in de richtlijn.

5. Implementeren en evalueren

Om daadwerkelijk een project/pilot te implementeren binnen de eigen huisartspraktijk is het belangrijk te weten om hoeveel mensen met kanker het gaat en hoe deze groep is samengesteld. Vervolgens kan gefaseerd het werken met een POH Oncologie worden geïntroduceerd. Omdat het een nieuwe rol betreft is het zinvol om een aantal evaluatie-indicatoren bij te houden.

Inzicht in oncologie populatie praktijk via ICT

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

van de (chronische) oncologie populatie in de huisartsenpraktijk. Deze informatie kan tevens worden gebruikt om de benodigde capaciteit voor een POH Oncologie te bepalen. [TOOL 10](#) bestaat uit een voorbeeld van de ICPC Clustering die door de Koplopers wordt aangehouden.

Starten met project

Als duidelijk is hoeveel patiënten met kanker tot de huisartspraktijk behoren is de volgende stap het in kaart brengen van de fase van behandeling van de patiënten. Op basis hiervan kan een plan worden gemaakt om binnen een afgesproken tijdsbestek

alle patiënten in contact te brengen met de POH Oncologie. Het ligt voor de hand om te starten met alle nieuwe gediagnosticeerde patiënten en langzamerhand de overige categorieën toe te voegen door kennismakingsgesprekken in te plannen.

Evalueren

De Koplopers houden een beperkt aantal gegevens in een Excel document bij. Op basis van deze gegevens kan een evaluatierapport worden opgesteld voor intern en extern gebruik.

In het Excel document ([TOOL 11](#)) wordt o.a. bijgehouden of en hoe patiënten het OOK Canvas/SBG model invullen En welke ondersteuning wordt ingezet. Daarmee hopen de Koplopers te kunnen

aantonen dat de inzet van een POH Oncologie effect heeft op de 10 daarin levensdomeinen die door kanker geraakt kunnen worden.

Naast het bijhouden van gegevens in het bovengenoemde Excel document wordt ook op regelmatige basis aan patiënten en naasten gevraagd om een evaluatieformulier in te vullen.

[TOOL 12](#) is een voorbeeld van een evaluatieformulier.

*Distress is een onplezierige ervaring van psychologische (cognitief, gedragsmatig, emotioneel), sociale en/of spirituele aard die kan interfereren met het vermogen om effectief om te gaan met kanker, de daarbij behorende fysieke symptomen en de behandeling.

6. Financiering

De verwachting van velen is dat de zorg en ondersteuning in de eerstelijns doelmatig en doeltreffend is en kan leiden tot minder kosten in de tweedelijns. Dit is voor ondersteuning bij kanker echter nog niet door onderzoek aangetoond.

Er is vanuit zorgverzekeraars (nog) geen structurele financiering voor de inzet van een POH Oncologie in de huisartspraktijk. Wel is het voor de Koplopers al een aantal maal mogelijk gebleken om projectfinanciering van de zorgverzekeraar te krijgen. Zo wordt in Vlaardingen een pilot met "casemanagement oncologie" gedeeltelijk door DSW gefinancierd. In Den Haag wordt in een huisartspraktijk een pilot van verpleegkundig specialisten met aandachtsgebied oncologie deels vergoed door Zilveren Kruis, namelijk 1 euro per patiënt op het gebruikelijke tarief. In

Nieuwerkerk aan den IJssel wordt een pilot met een POH Oncologie voorlopig uit eigen middelen gefinancierd terwijl er gepoogd wordt het gesprek aan de regiotafel te voeren over S2 of S3 gelden. Deze pilots maken onderdeel uit van het Koplopersproject.

De Koplopers zetten zich in om structurele financiering tot stand te brengen voor ondersteuning en nazorg van mensen met kanker en hun naasten vanuit de huisartspraktijk. Met de uitkomsten van een evaluatie van de pilots willen de Koplopers voor zorgverzekeraars en branchevertegenwoordigers als NHG, LHV en V&VN inzichtelijk te maken wat de opbrengsten zijn van de inzet van een POH Oncologie. Zodra er op dit vlak ontwikkelingen zijn brengen we gebruikers van de toolbox op de hoogte.



7. Het opzetten van een regionaal, eerstelijns netwerk ondersteuning bij kanker

Om het mogelijk te maken dat vanuit de huisartspraktijk goede eerstelijns ondersteuning bij kanker kan worden aangeboden en aanbevolen, is het noodzakelijk om een zogenaamde sociale kaart op te stellen. Daarbij wordt geïnventariseerd wat het oncologie specifieke ondersteuningsaanbod is in het werkgebied van de huisartspraktijk.

Een goede eerste stap is om daarbij gebruik te maken van het aanbod dat door het IKNL is verzameld in de Verwijsgids Kanker (www.verwijsgidskanker.nl). Daarin zijn zorgprofessionals met specialisatie oncologie opgenomen die zijn aangesloten bij een erkende beroepsvereniging. Dit betekent echter niet dat dit het complete aanbod in een regio is.

Er zijn oncologie gekwalificeerde zorgprofessionals die zich niet hebben aangesloten bij de beroepsvereniging, vaak omdat zij onder meerdere beroepsverenigingen vallen (denk aan een oncologiefysiotherapeut die ook oedeemtherapeut is en ook "gewoon" fysiotherapeut). En er is oncologie specifiek aanbod dat valt onder de zogenaamde complementaire zorg. Tot nu toe

is die laatste groep nog niet opgenomen in de Verwijsgids Kanker.

In sommige regio's zijn eerstelijns netwerken oncologie opgericht. Deze netwerken oncologie kunnen worden ingezet in alle fasen van het ziekteproces van de patiënt.

De Koplopers zijn van mening dat een POH Oncologie een actieve rol speelt met betrekking tot het opzetten of onderhouden van een regionaal eerstelijns netwerk oncologie. Er zijn in Nederland al een flink aantal oncologie netwerken in de eerstelijns. In de Verwijsgids Kanker worden er momenteel (maart 2021) 34 genoemd ([TOOL 13](#)) maar dit zijn zeker niet alle reeds bestaande netwerken. Het is daarom raadzaam om dit voor de eigen regio uit te zoeken. Dat gaat vaak het eenvoudigst door contact te zoeken met oncologie fysiotherapeuten of oedeemtherapeuten in de regio. Zij zijn in de praktijk vaak initiator van netwerken. Binnen de Koplopers is ervaring met het opzetten van een netwerk en deze informatie delen wij op verzoek graag mondeling met geïnteresseerden.

Tot slot

Als er naar aanleiding van deze toolbox vragen zijn met betrekking tot het starten van een project met Praktijkondersteuning Oncologie in de huisartspraktijk neem dan contact op met Jolanda Dekker, via: jdekker@zel.nl.

Referentielijst

Anneloes van Staa, Lausanne Mies, Ada ter Maten-Speksnijder (2017).
Verpleegkundige ondersteuning bij zelfmanagement en eigen regie
Paperback Nederlands 2017 9789036818674

A.C. Laureijsen Van Bommel MANP i.o. (2019).
Behoeftes en verwachtingen van oncologische patiënten ten aanzien van de huisartsenzorg; een kwalitatieve studie.

Bjorn Prevaas en Theo van der Tak (2014).
Program Canvas.
Geraadpleegd via: <https://www.werkenaanprogrammas.nl/canvas>

Bloem, J.G. & Stalpers, J. (2016).
Gezondheidsbeleving en zorg op maat. *Geron*, september, no 3, p 20 – 24

Bloem, S. (2007).
Proefschrift: Beleving als medicijn.
Geraadpleegd via: <https://docplayer.nl/383979-Beleving-als-medicijn.html>

C. Völker, dr. M. van der Lee, A. Pet (2011)
De angst voor terugkeer van kanker.

College Zorg Opleidingen (2020).
Opleidingseisen van de opleiding tot oncologieverpleegkundige.

Eveline A. Noteboom e.a. (2019)
Off to a good start after a cancer diagnosis: implementation of a time out consultation in primary care before cancer treatment decision.
Heins, M., Kloek, C., Francke, A., Sinnige, J., Swinkels, I., Korevaar, J., de Jong, J. (2016).
Naar een toekomstbestendige nazorg bij kanker: is er ruimte voor een grotere rol van de eerste lijn? NIVEL, Utrecht.

IKNL (2019).
Kankerzorg in beeld. Over leven met en na kanker.
Geraadpleegd via: [https://www.iknl.nl/getmedia/fbcc6960-6755-4c36-b6c0-79d0265b18ce/kankerzorg-in-beeld-over-leven-met-en-na-kanker-\(2019\).pdf](https://www.iknl.nl/getmedia/fbcc6960-6755-4c36-b6c0-79d0265b18ce/kankerzorg-in-beeld-over-leven-met-en-na-kanker-(2019).pdf)
KWF Kankerbestrijding (2016).
Naar een optimale kwaliteit van leven van mensen die leven met en na kanker
Plan van Aanpak, Team betere kwaliteit van leven.

KWF & TNS NIPO (2016).
Behoeftetepeiling bij (ex-)kankerpatiënten.

KWF (2011)
Nazorg bij kanker: de rol van de eerste lijn.

Lambregts, J., Grotendorst, A., en Merwijk, C. van (2012)
Leren van de Toekomst: Verpleegkundigen en Verzorgenden 2020.

Machteld Huber
Geraadpleegd via: Institute for Positive Health. <http://www.ipositivehealth.com/positieve-gezondheid/>

NHG (2014).
NHG-Standpunt Oncologische zorg in de huisartspraktijk. Vastgesteld door de Algemene Ledenvergadering van de NHG op 26 juni 2014.

NHG, LHV en De Argumentenfabriek (2019)
Kernwaarden Huisartsenzorg.
Geraadpleegd via: <http://toekomsthuisartsenzorg.nl/wp-content/uploads/2019/01/Boek-Herijkte-Kernwaard-en-Kerntaken.pdf>

NVPO (2017).
Richtlijn detecteren behoefte psychosociale zorg.
Geraadpleegd via: https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/detecteren_behoefte_psychosociale_zorg/algemeen.html

Raedelijn en UMCU (2019).
Regionale Transmurale Afspraak Utrecht: Oncologische Zorg Gestructureerde samenwerking tussen de eerste en tweede lijn bij de behandeling en begeleiding van patiënten met kanker.

RIVM (2016).
Een samenhangend beeld van kanker: ziekte, zorg, mens en maatschappij.
Geraadpleegd via: <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2016-0054.pdf>

V&VN (2015).
Expertisegebied Oncologieverpleegkundige

Opleidingsmogelijkheden:
Hanze Hogeschool (2021).
Geraadpleegd via: <https://www.hanzepro.nl/alle-opleidingen/zorg-en-welzijn/care/oncologie-en-palliatieve-zorg-in-de-1e-lijn/>

Stichting OOK (2021).
Geraadpleegd via: <https://www.stichting-ook.nl/opleiding-ondersteuningsconsulent/>

InHolland (2021).
Geraadpleegd via: <https://www.inholland.nl/academy/opleidingen/zorg-en-welzijn/zorg-en-samenleving/praktijkondersteuning-intensieve-zorg/>

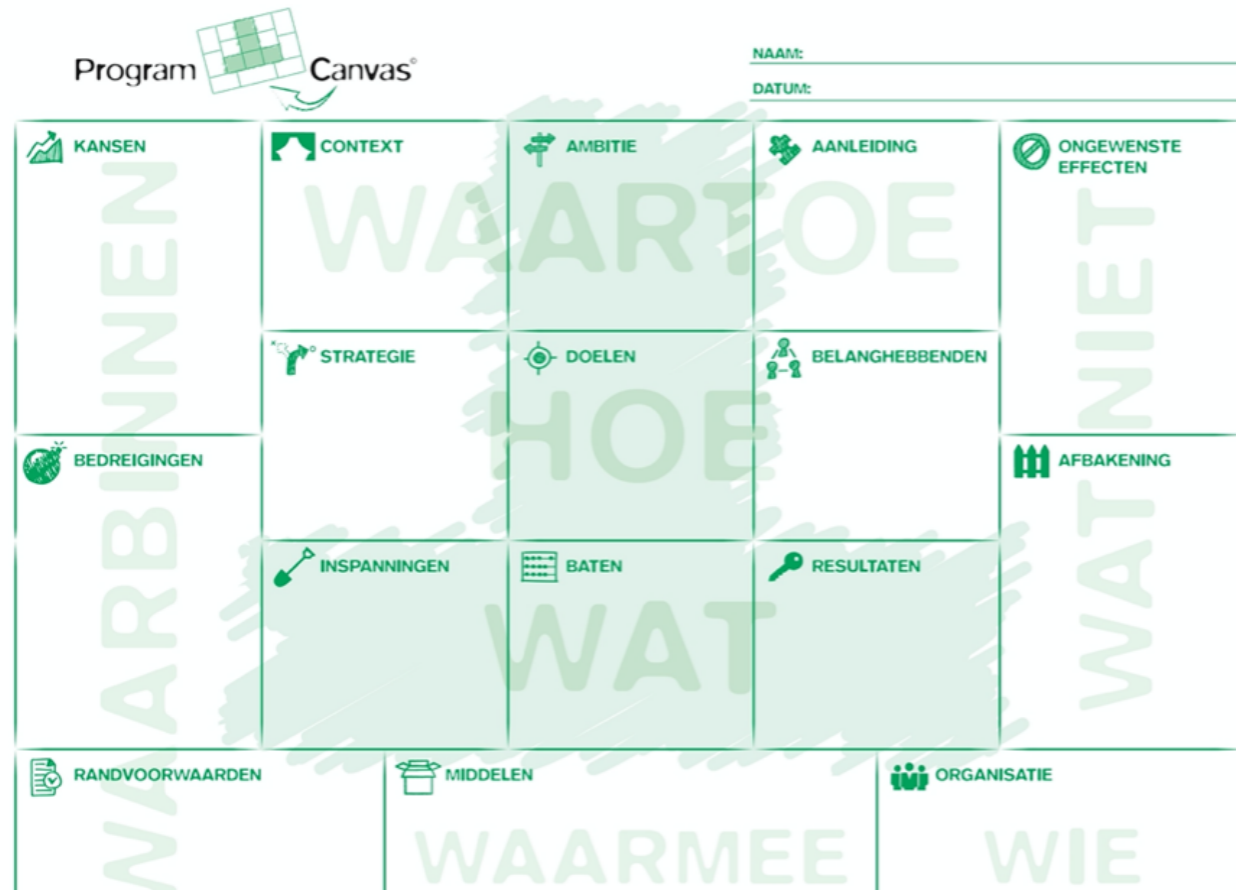
Avans (2021).
Geraadpleegd via: www.avansplus.nl/opleidingen/verpleegkunde-welzijn/wijkverpleegkunde/oncologische-nazorg-in-de-eerste-lijn



Tool 1: De matrix

POH Oncologie

Onderstaande matrix is ontwikkeld door Prevaas en van der Tak (2014) en kan helpen bij de afbakening van het programma. De ingevulde matrix zal er voor iedere huisartspraktijk anders uitzien. Er zullen verschillen zitten in de ambitie, randvoorwaarden, de middelen die beschikbaar zijn etc.



Korte toelichting bij het invullen van de matrix:

Context en aanleiding

Hier gaat het vooral om het waarom van het programma/project. Onderbouwing kan plaatsvinden door de landelijke ontwikkelingen te beschrijven, het beschrijven van casuïstiek of cijfers over prevalentie in de eigen praktijk.

Ambitie

Welk doel heeft het programma/project? Wat gaat bereikt worden? Waar staat de huisartspraktijk over bijvoorbeeld een jaar?

Strategie

De Koplopers hebben een werkwijze ontwikkeld. Strategie kan zijn om deze werkwijze te volgen. Hoe kan dat in jullie praktijk? Maak een stappenplan dat uiteindelijk leidt tot het bereiken van de ambitie.

Doelen

Wat moet het programma/project bereiken? Wat gaat straks beter? Dit kan een opsomming van meerdere zaken zijn. Bijvoorbeeld:

- Patiënten voelen zich gesteund door de eerste lijn tijdens de behandeling in de tweede lijn en na die periode.
- Patiënten ervaren minder vaak een zwart gat na afronding van de behandelingen in het ziekenhuis.
- Naasten (mantelzorgers) zijn beter in beeld tijdens het ziekteproces en eventuele overbelasting wordt eerder opgespoord.
- De juiste zorg op de juiste plek: vermindering werkdruk van gespecialiseerde (ziekenhuis) zorg, verbreding van het takenpakket van de huisartspraktijk.
- Ontlasten van de huisarts doordat patiënten preventief en proactief gezien worden en daardoor escalatie kan worden voorkomen.

Maak doelen SMART en evalueer/meet of het resultaat is bereikt. Bijvoorbeeld door gebruik te maken van enquêtes ([zie TOOL 12](#)) of vragenlijsten.

Belanghebbenden

Wie hebben er belang bij goede gestructureerde ondersteuning bij kanker vanuit de huisartspraktijk? Wie zijn er nodig om het programma/project te laten slagen? Voorbeelden zijn:

- patiënten en naasten;
- huisartsen en praktijkondersteuners;
- zorgprofessionals binnen het ziekenhuis;
- thuiszorg;
- eerstelijns oncologische netwerken;
- zorgverzekeraars;
- wijkteam (gemeente);
- bedrijfsartsen.

Door het in kaart te brengen is het ook gemakkelijker om alle belanghebbenden te informeren zodra het programma/project start.

Kansen

Waar liggen de kansen voor een project? Vanuit de Koplopers zijn er een aantal benoemd:

- Vergroten van de kans op structurele financiering: Ondersteuning van mensen met kanker en hun naasten vanuit de huisartspraktijk past goed in het programma "De juiste zorg op de juiste plek". Daarbij moet aantoonbaar worden gemaakt dat patiënten en naasten deze ondersteuning in de eerste lijn voldoende waarderen en er in tweede lijn kosten worden bespaard. Daarnaast moet aantoonbaar worden gemaakt dat de ondersteunende zorg in de huisartspraktijk niet inferieur is aan de ondersteuning in de tweedelijnszorg.
- Invulling geven aan secundaire preventie: Eerder mensen met kanker en hun naasten in beeld hebben zorgt voor secundaire preventie:

minder verergering van problematiek en minder escalatie van problematiek. Dat leidt ertoe dat de huisarts ontlast wordt omdat mensen op langere termijn minder klachten ontwikkelen.

Bijvoorbeeld door eerder tijdens het ziekteproces problemen in het arbeidsproces te signaleren waardoor langdurige uitval van mensen

wordt voorkomen. Of eerder signaleren dat mantelzorgers dreigen om te vallen

- Efficiënte inzet van mensen en middelen: Een andere kans ligt in blended care bijvoorbeeld door vanuit de eerste lijn de koppeling te maken met online ondersteuningsmogelijkheden.

Bedreigingen/ Uitdagingen

Natuurlijk zijn er ook uitdagingen. Het is goed om deze inzichtelijk te maken. Een aantal potentiële uitdagingen is door de Koplopers benoemd:

- Het wordt een uitdaging om deze nieuwe functie te implementeren binnen de huisartszorg en het aandachtsgebied van Praktijkondersteuning Huisarts uit te breiden.
- Het wordt een uitdaging om voldoende duidelijk te maken wat de meerwaarde van positionering binnen de huisartspraktijk is.
- Er zijn steeds meer mensen met een chronische vorm van kanker en/of met co-

morbiditeit. De uitdaging is om ook deze groep ondersteunende zorg te bieden. Omdat deze groep door steeds betere behandelingen steeds groter wordt is netwerkzorg (ook met informele zorg) hier de uitdaging. Belangrijk is dat het aantal mensen dat binnen de huisartspraktijk ondersteuning nodig heeft behapbaar blijft voor de huisartspraktijk.

- Het is een uitdaging om de samenwerking/ communicatie met de tweedelijnszorg goed op gang te brengen en deze te structureren.
- Het wordt een uitdaging om voldoende financiële middelen te verkrijgen, voor het project en structureel.



Inspanningen

Wat moet er gebeuren om het programma/project draaiend te krijgen? Hoeveel tijd gaat dat nemen? Van wie? Wanneer?

Baten

Uitvoering van de gestructureerde werkwijze van oncologische ondersteuning in de huisartspraktijken gaat in zowel kwantitatieve als kwalitatieve zin iets opleveren. Wat zijn deze baten, zowel in financiële als in immateriële zin?

Resultaten

Wat levert het programma/project op? Bijvoorbeeld:

- Goede ondersteuning voor mensen met kanker en naasten in de eerste lijn.
- Een vast aanspreekpunt in de huisartspraktijk.
- Ondersteuning van patiënten in de eerste lijn vanaf de diagnose.
- Ontlasting van de huisarts door proactief in te spelen op mogelijke problematiek en daarmee escalatie te voorkomen.
- Een werkwijze voor ondersteuning bij kanker in de huisartspraktijk, op papier en getoetst in de praktijk op uitvoerbaarheid.
- Een beschrijving van functies en rollen binnen deze werkwijze.
- Middelen en trainingen.
- Publicaties.
- (Structurele) financiering.

Resultaten kunnen worden getoetst aan de hand van vastgestelde criteria en meetmomenten.

Middelen

Belangrijk is dat één middel sowieso beschikbaar is en dat is capaciteit/menskracht. Er moeten uren van gekwalificeerde mensen kunnen worden ingezet op de uitvoering van oncologische nazorg in de praktijk. Daarnaast kan gebruik worden gemaakt van:

- Ervaringen van de Koplopers;
- Training en opleiding;
- Screeningsinstrumenten;
- Marketing en communicatie om het programma/project op de kaart te zetten:
 - Via social media (LinkedIn, Facebook, Instagram, etc.);
 - Via nieuwsbrieven en op websites.

Randvoorwaarden

Het is belangrijk om aan te geven waar het programma/project zich op richt.

- Vanuit de Koplopers wordt gefocust op de ondersteunende zorg door de POH Oncologie. Die ondersteunende zorg vindt plaats vanaf de diagnose. Het gaat hierbij om ondersteunende zorg en nazorg en niet om nacontroles.
- Goede samenwerking met tweede lijn, wijkverpleging en nuldelijn, zodat goede netwerkzorg kan ontstaan.
- Etcetera.

Afbakening

Wat wordt zeker niet gedaan tijdens het programma/project. Bijvoorbeeld dat de zorg nooit zonder de samenwerking met de huisarts geleverd wordt. De basis is ondersteuning van mensen met kanker en hun naasten in samenwerking met de huisarts.

Ongewenste effecten

Benoem ongewenste (neven)effecten. Bijvoorbeeld dat er te veel casemanagers (zowel in de derde lijn, tweede lijn als eerste lijn) worden aangewezen, waardoor onduidelijkheid voor patiënten en naasten ontstaat.



Tool 2: Opleidingen

POH Oncologie

Oncologie en palliatieve zorg in de 1e lijn (Hanze Hogeschool)

Voor wie?

Verpleegkundigen POH, PVH, wijkverpleegkundigen en POH- GGZ

Na het volgen van deze module

- heb je basiskennis (anatomisch en fysiologisch) van de meest voorkomende kankervormen.
- heb je actuele basiskennis van de werking van de verschillende therapievormen zoals o.a. chemotherapie, chirurgische therapie, hormonale therapie, targettherapie, immunotherapie, biologische therapie en experimentele behandelingen.
- heb je basiskennis van de bijwerkingen en complicaties op lange en korte termijn van de meest voorkomende kanker vormen.
- ben je in staat in samenwerking met de huisarts (en andere professionals) in de praktijk een proactieve benadering vorm te geven en daarmee de nazorg en follow -up goed en gezamenlijk vorm te geven.
- ben je in staat op basis van klinisch redeneren en/of palliatief redeneren de behoefte aan verpleegkundige en ondersteunende zorg vast te stellen.
- ben je in staat zelfmanagement en eigen regie te ondersteunen bij de patiënt.
- ben je in staat risico's in te schatten en problemen vroegtijdig te signaleren.
- ben je in staat palliatieve zorg en advance care planning in samenwerking met de huisarts en andere zorgprofessionals vorm te geven.

Duur: 9 dagdelen



Opleiding Ondersteuningsconsulent (Stichting OOK)

De opleiding tot ondersteuningsconsulent bestaat uit zes modules. Gedurende de modules krijg je alle vereiste kennis, tools en vaardigheden aangereikt om invulling te geven aan deze unieke rol. De modules zijn met veel zorg samengesteld en ontwikkeld door Stichting OOK, op basis van onze ervaring met ondersteuningsconsulenten in de ziekenhuizen, het OOK Centrum en online via Mijn OOK. De opleiding is zo ontworpen, dat je als professional voldoende basis hebt om te voldoen aan het functieprofiel en in staat bent om de werkwijze toe te passen in het begeleiden van mensen met kanker en hun naasten.

Voor wie?

De opleiding tot ondersteuningsconsulent staat open voor oncologieverpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, casemanagers oncologie, praktijkverpleegkundigen huisarts en gespecialiseerde (para)medische zorg- en hulpverleners zoals oncologie fysiotherapeuten en maatschappelijk werkers met HBO opleidingsniveau en een aantoonbare specialisatie in de oncologie.

Duur: 10 dagdelen

Huisarts ondersteunen bij palliatieve en oncologische zorg in de huisartsenpraktijk (InHolland)

Huisartsen krijgen meer taken op hun bordje. Steeds vaker bieden ze oncologische zorg in alle fasen van het ziekteproces. Ze bieden preventie en diagnostiek maar ook (palliatieve) behandeling en nazorg. Dat is fijn voor de patiënt, die één vertrouwd aanspreekpunt heeft. Wel heeft de huisarts door deze toename van taken praktijkondersteuning nodig. Gelukkig kunnen sommige taken goed worden overgedragen.

Voor wie?

Ben jij praktijkondersteuner en wil jij je specialiseren in palliatieve en oncologische POH-zorg in de huisartsenpraktijk? Met de post-hbo opleiding Praktijkondersteuning intensieve zorg (POH-IZ) leg jij hiervoor een goede basis.

Duur: 13 bijeenkomsten in 18 maanden

Oncologische nazorg in de eerste lijn (Avans+)

Voor wie?

BIG-geregistreerde verpleegkundigen met een hbo-v diploma of verpleegkundig specialist. Als je geen hbo-v diploma hebt, behoort een toelatingsassessment tot de toelatingsprocedure. Voor de opleiding dien je een werkplek te hebben van minimaal 8 uur per week bij een organisatie

die (wijk)verpleegkundigen op hbo-niveau inzet in de eerstelijnszorg, bijvoorbeeld een thuiszorg-, VVT-instelling of ben je werkzaam als verpleegkundig-POH in de huisartsenzorg.

Duur: De opleiding duurt 5 maanden. Eén keer per twee weken les. In de tussenliggende weken werk je aan opdrachten op je werkplek. De gemiddelde studiebelasting is 10 tot 12 uur per week, exclusief de bijeenkomsten.



Tool 3a: Functieprofiel - POH Oncologie

Praktijkondersteuner Huisartsenzorg Oncologie

Het functieprofiel van een POH Oncologie, zoals hieronder beschreven, is identiek aan de rol van ondersteuningsconsulent die door Stichting OOK is ontwikkeld en beschreven aan de hand van de zogenaamde CanMeds rollen die door V&VN zijn opgesteld. De koplopers gaan uit van vier uur inzet van een POH Oncologie per week per normpraktijk.

Hieronder wordt per rol eerst een korte beschouwing op de specifieke rol van de POH Oncologie beschreven. Vervolgens worden per rol de geldende kennis en vaardigheden/attitude beschreven.



Gezondheidsbevorderaar

De POH Oncologie ondersteunt de patiënt in zijn zelfmanagement. De POH 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 Oncologie denkt mee bij het keuzeproces ten aanzien van alle beschikbare ondersteunende zorg en geeft de mogelijkheden aan van thuiszorg etc. De POH Oncologie geeft informatie en adviezen aan zowel de patiënt als zijn/haar naasten over de mogelijkheden van EHealth.

Kennis

De POH 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. Voorbeelden: culturele achtergronden, sociale netwerken, voorlichting, bemoeizorg, etc;

- 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 zo optimaal mogelijke terugkeer in het dagelijks leven, zoals werk en gezin;
- signalen van (dreigende) overbelasting van de naasten/mantelzorger en over het voorkomen hiervan.

Vaardigheden en attitude

De POH Oncologie adviseert bij het zoeken naar informatie en stimuleert zelfmanagement om ondersteunende zorg waar nodig in te bedenken in het leven van de patiënt.

De POH Oncologie kan:

- een deel van de zorg van de huisarts overnemen;
- de patiënt wegwijs maken in het ondersteunende circuit;
- 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 patiënt met kanker 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 ziekte en/of behandeling en maakt hierbij gebruik 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 (eerstelijnszorg in plaats van tweedelijnszorg) dit gebeurt door tijdige signalering en gepaste kwalificering van de ondersteuningsbehoefte;
- zorgen dat de maatschappelijke participatie van de patiënt (eerder) toe neemt;
- de patiënt met kanker ondersteunen bij het herstelproces.





Zorgverlener

De POH Oncologie is laagdrempelig bereikbaar en beschikbaar voor de patiënt gedurende de gehele zorgketen. Is een bron van kennis, vaardigheden

en emotionele steun en ondersteunt de patiënt in zijn zelfmanagement. Aandachtige en persoonlijke zorg zijn de basis van het handelen.

Kennis

De POH Oncologie heeft kennis over:

- de levensfasen van de mens, principes van zelfmanagement en verschillende stijlen van coping;
- de verschillende werkingsmechanismen van de verschillende therapieën, zoals chemotherapie, radiotherapie, immunotherapie, hormonale therapie, biologische therapie en targeted therapie. De POH 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 verschillende online tools;
- de sociale kaart.

Vaardigheden en attitude

De POH Oncologie kan:

- de eigen kracht van de patiënt versterken door normaliseren, informeren en adviseren zodat de patiënt eigen keuzes kan maken;
- de patiënt ondersteunen en is zich bewust van kwaliteit van leven naast kwaliteit van zorg;
- voorlichting geven over mogelijkheden van ondersteunende zorg;
- verwijzen naar ondersteunende zorg aanbieders.



Communicator

De communicatieve vaardigheden van de POH Oncologie zijn van groot belang om de patiënt in het hele ziekteproces optimaal te begeleiden, aangezien het gesprek een van de belangrijkste middelen is voor het in kaart brengen van de situatie en behoefte aan ondersteuning van de patiënt.

De POH Oncologie verzamelt informatie, bespreekt mogelijkheden met de patiënt

en zijn naasten, biedt persoonlijke ondersteuning en begeleidt de patiënt en zijn naasten bij het maken van afwegingen en keuzes.

De POH Oncologie is in staat om de balans tussen levensduur, kwaliteit van leven en gevolgen van behandeling bespreekbaar te maken met de patiënt en zijn naasten.

Kennis

De POH Oncologie heeft kennis over:

- de verschillende communicatie niveaus (de inhoud van wat iemand vertelt, de procedure of de manier waarop iets wordt verteld en het proces van de betrekkingen tussen de spreker en luisteraars, en de gevoelens tijdens de communicatie);
- de verschillende gesprekstechnieken voor motivatie en empowerment en kan deze inzetten in de gespreksvoering;
- de verschillende coping strategieën van de patiënt en zijn naasten.

Vaardigheden en attitude

De POH Oncologie kan:

- actief luisteren, samenvatten, spiegelen en reflecteren op inhoud, gevoel en betekenis (enkelvoudig en complex reflecteren);
- vragen en behoeftes verhelderen. Kan hierbij de 'vraag achter de vraag' signaleren;
- angst, depressie, verdriet en andere psychosociale gevolgen van kanker bespreekbaar te maken;
- informatie gedoseerd afstemmen op behoefte en draagkracht van de patiënt;
- online effectief communiceren met patiënten en hen begeleiden.





Samenwerkingspartner

De POH Oncologie vormt de verbinding tussen het ziekenhuis, huisarts en alle ondersteunende zorg in en buiten het

ziekenhuis. Heeft het overzicht van alle ondersteunende zorg en mogelijkheden in de eerste en de tweede lijn.

Kennis

De POH Oncologie heeft kennis:

- van de sociale kaart en de samenwerkingspartners (rollen, deskundigheid en bevoegdheden);
- van het overzicht van alle ondersteunende zorg en betrouwbare hulp- en
- informatiebronnen in de tweede en eerste lijn, informele zorg, (zelf)hulp en online (eHealth);
- de ketenprocessen en de organisatie van zorg in de eigen regio.

Vaardigheden en attitude

- in houding en gedrag toegankelijk zijn;

De POH Oncologie kan voor patiënten en naasten:

- voorlichting geven over mogelijkheden van ondersteunende zorg voor mensen met kanker en naasten;
- op maat adviseren bij het keuzeprocess t.a.v. alle beschikbare ondersteunende zorg, waarbij de patiënt (zoveel mogelijk) eigen regie heeft;
- helpen bij het maken van een overzicht van aanbieders van ondersteunende zorg waar de patiënt uit kan kiezen, rekening houdend met de situatie van de patiënt, woonadres, mobiliteit, online vaardigheid, mate van zelfredzaamheid (SBG), moeheid / fysieke vermogen, persoonlijke voorkeuren (bijvoorbeeld 'doener' in plaats van 'prater') financiën enzovoort;
- helpen de weg te vinden in de complexiteit van ondersteunende zorg en verwijst zo snel mogelijk naar de eerste lijn.
-
-

De POH Oncologie kan samenwerken met professionals:

- vormt de verbinding tussen het ziekenhuis, huisarts en alle ondersteunende zorg in en buiten het ziekenhuis.
- werkt samen, onderhoud contacten en versterkt samenwerkingsrelaties.
- zorgt voor laagdrempelige bereikbaarheid en (persoonlijk) bekend te zijn bij samenwerkingspartners en aanbieders van ondersteunende zorg.
- is goed op de hoogte van de organisatie van zorg in de eigen regio, kent samenwerkingsafspraken die betrekking hebben op de oncologische zorg (ketens / netwerken).
- is bij uitstek de professional die zorgt voor continuïteit van zorg en ondersteuning over de muren van de instelling heen.
- is ambassadeur van de rol van POH Oncologie en stimuleert dat verwijzingen plaats vinden naar de POH Oncologie vanuit oncologische zorgpaden in het ziekenhuis.



Reflectieve professional

Binnen de oncologische zorg spelen veelomvattende ethische vraagstukken die hun weerslag hebben op het vakgebied van de POH Oncologie. De professionele rol van de POH Oncologie in deze vraagstukken speelt zich af binnen het primaire zorgproces en in het contact met de patiënt en zijn naasten. In het perspectief van de POH Oncologie staat de kwaliteit van leven en de kwaliteit van sterven centraal.

De rol van reflectieve professional heeft geen duidelijke grens, maar moet steeds opnieuw gezocht worden. Het lezen van vakliteratuur, diepgaande zelfreflectie en intercollegiaal overleg spelen hierin een belangrijke rol. Het is van groot belang dat de POH Oncologie voldoende professionele zelfzorg heeft en burn-out klachten voorkomt. De POH Oncologie kan dit doen door het vormen van netwerken om reflectie en intervisie te realiseren.

Kennis

De POH Oncologie heeft kennis over:

- de actuele ethische thema's en ontwikkelingen in het eigen vakgebied;
- de eigen waarden en normen van de beroepsgroep en de instelling waaraan de POH Oncologie verbonden is;
- levensbeschouwelijke en religieuze opvattingen en stromingen;
- de professionele standaarden en actuele richtlijnen binnen de oncologische en palliatieve zorg en is op de hoogte van de wetgeving rondom euthanasie.

Vaardigheden en attitude

De POH Oncologie kan:

- als professional zowel enkelvoudig als complex reflecteren op eigen deskundigheid en de onderbouwing van het handelen;
- het eigen functioneren waarderen en kritisch benaderen;
- feedback van collega's en leidinggevenden ontvangen en vertalen in handelen;
- omgaan met ethische- en zingevingsvraagstukken van de patiënt. Kan deze herkennen en benoemen;
- zorg dragen voor intervisie.



Organisator

Met het totaaloverzicht over de ondersteunende zorg heeft de POH Oncologie een belangrijke basis als het gaat om de rol als organisator van de zorg voor de patiënt met kanker.

De POH Oncologie is bij uitstek de professional die zorgt voor continuïteit over de muren van de instelling heen. Helpt de patiënt de weg te vinden in de complexiteit van ondersteunende zorg en wijst op alle mogelijkheden.

Kennis

De POH Oncologie heeft kennis over:

- de missie en visie van de zorgorganisatie en is in staat om dit te vertalen naar het praktische zorgbeleid;
- wet- en regelgeving op sociaal-maatschappelijk vlak op basis niveau, zoals ten aanzien van werk, zorgwetgeving en vergoedingen;
- de sociale kaart ten aanzien van de oncologische zorg;
- hoe de zorg in de eigen regio georganiseerd is;
- de positie die hij of zij inneemt ten opzichte van de vele domeingrenzen van zorgprofessionals en weet binnen en over deze domeingrenzen heen samenwerkingsverbanden te realiseren.

Vaardigheden en attitude

De POH Oncologie kan:

- eraan bijdragen dat er continuïteit is in informatievoorziening voor de patiënt en zijn naasten;
- de patiënt informeren over de wijze van handelen bij problemen en vragen in de thuissituatie,
- bij voorbeeld onverwachte complicaties of bijwerkingen;
- de patiënt informeren over samenwerkingsafspraken;
- waar nuttig gebruik maken van digitale/online informatie- en communicatietechnologieën.



Professional en kwaliteitsverbeteraar

De POH Oncologie is net als de oncologieverpleegkundige verantwoordelijk voor de eigen beroepsuitoefening en beroepsontwikkeling. Professioneel gedrag is leidend voor de attitude van de POH Oncologie en bepalend voor toekomstige ontwikkeling van de kwaliteit van zorg.

De POH Oncologie levert een bijdrage door het bijhouden van de vakliteratuur,

deelname aan deskundigheid bevorderende activiteiten voor zichzelf en anderen. Volgt de ontwikkelingen binnen het vakgebied op een positief-kritische wijze.

De POH Oncologie draagt bij aan richtlijn- en protocolontwikkeling en signaleert hiaten daarin. Signaleert eveneens hiaten in de schriftelijke informatie en instructie voor patiënten en naasten.

Kennis

De POH Oncologie heeft kennis over:

- nieuwe ontwikkelingen in de oncologie;
- hoe uitkomsten van zorg en kwaliteit van leven gemeten kunnen worden;
- actuele richtlijnen van de psychosociale
- ondersteuning, herstel na kanker en oncologische revalidatie;
- kwaliteitskaders en professioneel en persoonlijk leiderschap;
- actuele en relevante onderzoeksresultaten.

Vaardigheden en attitude

De POH Oncologie kan:

- de visie op kwaliteit van zorg in begrijpelijke bewoordingen naar voren brengen.
- omgaan met spanningsvelden, zoals zakelijkheid-betrokkenheid, afstand-nabijheid en culturele en maatschappelijke spanningsvelden;
- binnen de oncologische zorg overstijgend denken ten aanzien van het primaire zorgproces en op proactieve wijze meewerken
- aan verbeteren van de kwaliteit van ondersteunende zorg;
- een bijdrage leveren aan wetenschappelijk onderzoek onder andere door mee te werken aan gegevensverzameling en implementatie van onderzoeksresultaten;
- intermediair zijn tussen praktijk en landelijke richtlijnontwikkeling en draagt bij aan het enthousiasmeren van collega's hiervoor.



Tool 3b: Functieprofiel - POH (LHV)

Praktijkondersteuner Huisartsenzorg

1. Doelstelling van de functie

Verleent gedelegeerde medisch-inhoudelijke huisarts-geneeskundige generalistische zorg aan patiënten met chronische- en progressieve- en/of complexe somatische problematiek. Naast het leveren van generalistische zorg kan het accent liggen op diabetes, COPD/ Astma, CVRM, kwetsbare ouderen of leefstijl en voeding. Ook kan sprake zijn van het behandelen van patiënten met klachten op het gebied van oncologie, dementie of het bieden van palliatieve zorg.

2. Plaats in de organisatie

Organisatorisch rapporteert de POH aan de huisarts of leidinggevende, die hiërarchisch (personeel of financieel) verantwoordelijk is voor de functie.

3. Resultaatgebieden

3.1 Zorgverlening

- Houdt spreekuur en legt zonodig huisbezoeken af; Kan als casemanager fungeren; Inventariseert en analyseert demedische-, verpleegkundige- of sociale problemen van de patiënt, waarbij sprake is van chronische- en/of complexe patiëntsituaties (multi problematiek);
- Verricht triage en zonodig lichamelijk onderzoek en kan op basis van anamnese en bevindingen doorverwijzen naar andere zorgverleners in de 1^olijn en, i.o.m./c.g. onder verantwoordelijkheid van de huisarts, naar de 2^o lijn;
- Onderzoekt samen met de patiënt mogelijke oplossingsrichtingen voor gecompliceerde vraagstukken;
- Stelt in overleg met de patiënt een plan op, voert dit uit en bewaakt het effect van het plan;
- Coördineert de zorgverlening en de continuïteit rond de behandeling en begeleiding van de toegewezen patiënt;
- Voert op basis van bevoegd-en bekwaamheid medisch-technische handelingen uit;
- Geeft in voorkomend geval psychosociale begeleiding;
- Zorgt voor afstemming en terugkoppeling aan de huisarts;
- Adviseert over de best passende toedieningsvorm van door de huisarts voorgeschreven geneesmiddelen;
- Adviseert over herhaalmedicatie.

3.2 Educatie en voorlichting

- Bevordert het zelf-managend vermogen van patiënten; verzorgt een doelgerichte educatie en/ of voorlichting - met name aan patiënten - gericht op kennis, mogelijkheden tot het realiseren van gedragsverandering, het leren omgaan met de (gevolgen van de) aandoening;
- Beïnvloedt de (instandhouding van de) gezondheid van de patiënt, onder andere door het geven van (preventieve) adviezen, informatie en begeleiding;

- Begeleidt en coacht patiënten en zo nodig diens leefomgeving, met als doel het verbeteren van de fysieke en/of psychische gesteldheid van de patiënt;
- Informeert en adviseert interne en externe hulpverleners en stemt met betrokken professionals af over de te verlenen zorg;
- Adviseert m.b.t. gebruikte voorlichtingsmaterialen;
- Is in staat tot overdracht van kennis en vaardigheden in het kader van onderwijs.

3.3 Beheer en organisatie

- Zorgt voor een adequate terugkoppeling naar de huisarts, die eindverantwoordelijk is voor de zorg;
- Onderhoudt een effectief professioneel (multidisciplinair) netwerk in relatie tot de eigen taak resp. de eigen patiënten casuïstiek en het uitwisselen van verworven kennis/nieuwe inzichten;
- Bevordert c.q. zoekt de samenwerking tussen deverschillendehulpverlenerszowelinternals extern, zowel zorginhoudelijk als op het gebied van maatschappelijke diversiteit, sociaal economische status, etc;
- Zorgt voor de administratieve en registratieve afhandeling conform de geldende voorschriften, zoals verantwoordingsrapportages en aanlevering indicatoren;
- Kan gevraagd worden project- of overige plannen op testellen.

3.4 Kwaliteit

- Draagt bij aan de ontwikkeling van het kwaliteits- beleid, praktijkaccreditatie, professionalisering en/ of deskundigheid door het opstellen en/of actueel houden van (multidisciplinaire) procedures/ werkwijzen en protocollen;
- Toetst en bewaakt de kwaliteit van de eigen zorg- verlening, adviseert m.b.t. verbetering en voert zelf, waar nodig gesignaleerde ontwikkelingen, onderzoeksuitkomsten en verbeteringen door;
- Kan worden ingezet bij het inwerken en de opleiding van stagiaires en nieuwe collega's.

4. Toelichting bij functievereisten

4.1 Kennis

- Een relevante hbo-opleiding, aangevuld met de post-hbo opleiding tot POH;
- Aanvullende specialistische scholing (afhankelijk van het vakgebied);
- Kennis van de gebruikte diagnostische instrumenten, behandelmodellen;
- Brede kennis van doelgroepen en kennis van en ervaring met specifieke ziektebeelden van de doelgroep;
- Kennis van de sociale kaart;
- Kennis van werkprocessen en werkwijzen binnen het samenwerkingsverband en externe organisaties;
- Kennis van verschillende culturen, levensgewoonten en levensbeschouwelijke invloeden;
- Kennis van professionele standaarden en gebruikte methodieken en behandelmodellen;
- Houdt de eigen kennis actueel d.m.v. bij- en nascholing op de gerelateerde zorgprogramma's of specialisatie.

4.2 Zelfstandigheid

- De werkzaamheden worden uitgevoerd aan de hand van de NHG standaarden en richtlijnen, de door de huisarts bepaalde kaders, en samenwerkingsafspraken en protocollen;
- Hierbinnen wordt zelfstandig gewerkt en worden vakinhoudelijke besluiten genomen, waarbij veelal achteraf verantwoording wordt afgelegd aan de huisarts;
- Het nemen van initiatieven en het bieden van oplossingen zijn van belang bij het vormgeven van behandelingen afgestemd op de patiënt en de doelgroep. Er wordt gewerkt met een individueel zorgplan.

- Indiengewenst, geeft de POH aanwijzingen en instructies aan doktersassistenten;
- Levert een bijdrage aan de begeleiding van de POH in opleiding.

4.3 Sociale vaardigheden

- Luisteren, motiveren en/of stimuleren tot aanpassing van gedrag zijn vereiste sociale vaardigheden in de professionele contacten met diverse doelgroepen van (mondige) patiënten en diens familie of begeleiders;
- Vaardigheid tot onderhouden van een effectief netwerk en samenwerking met andere in- en/of externe hulpverleners;
- Kan eigen professionele houding bewaren en bewaken t.a.v. patiënten, diens familie of begeleiders en collega's in het zorgveld.

4.4 Risico's, verantwoordelijkheden en invloed

- Is inhoudelijk autonoom in het professioneel handelen, waarbij de eindverantwoordelijkheid voor de patiënt bij de huisarts ligt;
- Is verantwoordelijk voor professionele behandeling/begeleiding van de patiënten en de kwaliteit daarvan, waarbij fouten of omissies in de uitvoering of signalering van bijzonderheden kunnen leiden tot persoonlijke schade bij de patiënt;
- Is verantwoordelijk voor de kwaliteit van de opgestelde beroeps-gerelateerde protocollen;
- Is verantwoordelijk voor de kwaliteit van adviezen aan andere interne en externe hulpverleners;
- Er is kans op het veroorzaken van lichamelijk letsel bij patiënten door het verrichten van eenvoudige medisch-technische handelingen en/of onjuiste adviezen;
- Invloed wordt uitgeoefend op het kwaliteitsbeleid d.m.v. het opstellen en actualiseren van protocollen en procedures/werkwijzen.

4.5 Uitdrukkingsvaardigheid

- Beschikt over vaardigheden ten behoeve van informatie overdracht, rapportage, educatie en voorlichting aan patiënten (met mogelijk verschillende achtergronden, culturen en niveaus), collega's en diverse externe instanties/hulpverleners;
- Vaardig in verschillende gesprekstechnieken.

4.6 Bewegingsvaardigheid

- Beschikt over professionele vaardigheden ten behoeve van het verrichten van lichamelijk onderzoek bij patiënten en het verrichten van medisch-technische handelingen;
- Bewegingsvaardigheid voor hetk unnen besturen van een auto is vereist vanwege het - in opdracht vande werkgever - afleggen van huisbezoeken naar enkele adressen per dag in dezelfde regio.

4.7 Oplettendheid

- Oplettendheid is nodig bij signaleren, observeren en bewaken van de voortgang van patiëntbehandeling waarbij het niet of niettijdig signaleren van bijzonderheden schadelijke gevolgen kan hebben voor het fysiek of psychisch welzijn van patiënten.

4.8 Overige functie-eisen

- Doorzettingsvermogen en geduld zijn nodig voor het motiveren tot effectief gedrag en het leren omgaan met de aandoening;
- Systematiek en ordelijkheid zijn benodigd voor administratie, educatie en het opstellen van protocollen en behandelprogramma's;
- Integriteit en betrouwbaarheid zijn van belang in verband met kennisneming van vertrouwelijke informatie over patiënten;
- Eisen worden gesteld aan representativiteit bij het onderhouden van de diverse interne en externe contacten;

- Gevoel voor menselijk lichaam is van belang bij intake, observatie en behandeling.

4.9 Inconveniënten

- Psychische belasting kan ontstaan door de confrontatie met het lijden en leed van patiënten, waarmee soms een langdurige behandelrelatie bestaat alsmede door werkdruk;
- Er kan sprake zijn van bezwarende omstandigheden alsmede letselrisico bij mogelijk agressief gedrag van patiënten en infectiegevaar.



Tool 4: Plaats POH Oncologie t.o.v. andere oncologie zorgprofessionals



De POH Oncologie:

- is werkzaam IN de huisartspraktijk;
- neemt proactief contact op met mensen met kanker en hun naasten op vastgestelde momenten van de patient journey;
- heeft altijd inzage in het patiëntdossier;
- is gedurende inschrijving als patiënt in de huisartspraktijk en in alle fasen van de ziekte beschikbaar voor mensen met kanker en naasten;
- mag lichamelijk onderzoek doen;
- mag medicatie voorschrijven (VS) of regelt dit in nauw overleg met de huisarts;
- verwijst rechtstreeks naar noodzakelijke overige ondersteuning (VS) of doet dit in nauw overleg met huisarts.

De casemanager in het ziekenhuis:

- is werkzaam in het ziekenhuis;
 - is meestal een (gespecialiseerd) verpleegkundige of verpleegkundig specialist;
 - vaak verbonden aan één afdeling;
 - is aanspreekpunt voor patiënt gedurende de behandeling en follow up in het ziekenhuis.
- 1 patiënt kan gelijktijdig meerdere casemanagers hebben, bijvoorbeeld een casemanager longoncologie en een casemanager chemoradiatie.

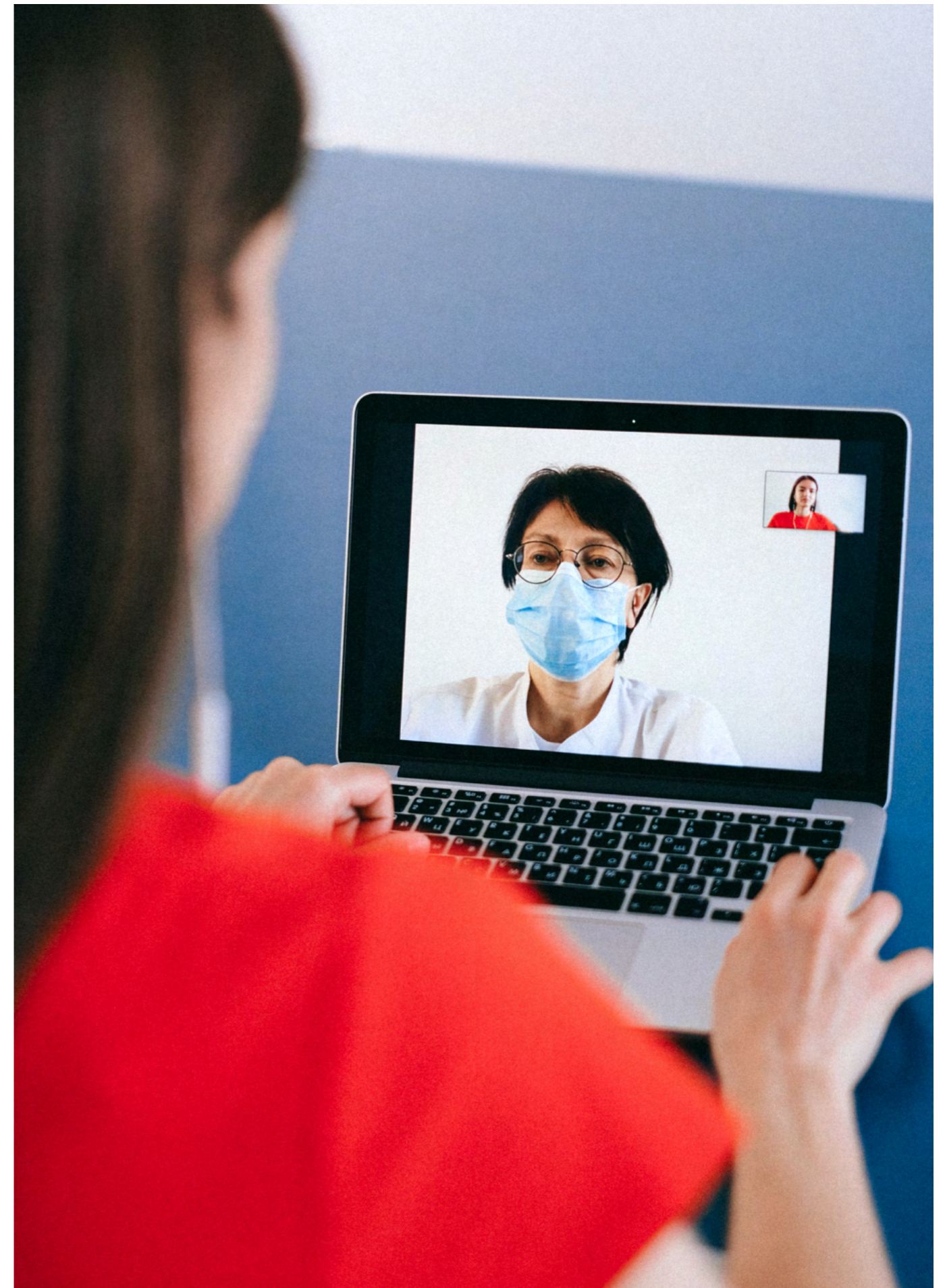
De oncologieverpleegkundige thuiszorg:

- is in dienst van een thuiszorgorganisatie;
 - valt onder het aanbod wijkverpleging --> Continuïteitshuisbezoek of Advies Instructie Voorlichting (AIV);
 - wordt vooral ingezet in de palliatief-terminale fase;
 - verwijst of schrijft medicatie voor via (huis)arts van patiënt.
- In veel gevallen: intake oncologie verpleegkundige, daarna inzet wijkverpleegkundige of palliatief verpleegkundige of verzorgende. Oncologie verpleegkundige als achterwacht.



De Ondersteuningsconsulent

- is werkzaam in een ziekenhuis op één afdeling en maakt onderdeel uit van de behandeling. Beschikbaar gedurende het behandeltraject. Heeft inzage in het behandelplan. Medicatie en verwijzing in overleg met behandelend specialist;
- is werkzaam in een ziekenhuis voor meerdere tumortypen op verwijzing van arts of verpleegkundige intern. Beschikbaar gedurende het behandeltraject. Heeft inzage in het behandelplan. Medicatie en verwijzing in overleg met behandelend specialist;
- is werkzaam op een plek buiten het ziekenhuis (anderhalve lijn). Patiënt wordt op het aanbod geattendeerd door arts of verpleegkundige. Beschikbaar ook na het behandeltraject, maar wel gebonden aan behandelend ziekenhuis (PATIO) of thuiszorgorganisatie (Intermezzo) vanwege financiering. Heeft geen inzage in het behandelplan. Voor medicatie of verwijzing naar overig aanbod wordt de patiënt gevraagd om contact op te nemen met (huis)arts;
- is werkzaam voor een huisartspraktijk. Elke patiënt met kanker heeft 1 of meerdere gesprekken met de ondersteuningsconsulent over het leven met de gevolgen van de ziekte kanker en de behandeling daarvoor. Verricht geen verpleegkundige handelingen. Voert geen time-out gesprekken en doet geen advanced care planning. Beschikbaar gedurende het behandeltraject en daarna zolang behoefte aan ondersteuning bestaat;
- biedt online ondersteuning, waarbij mensen met kanker/naasten zelf contact opnemen, mogelijk omdat zij op het aanbod worden geattendeerd door (huis)arts of verpleegkundige (Ondersteuningsconsulenten van Stichting OOK via Mijn OOK). Beschikbaar gedurende het behandeltraject en daarna zolang de behoefte aan ondersteuning bestaat. Heeft geen inzage in het behandelplan. Voor medicatie of verwijzing naar overig aanbod wordt de patiënt gevraagd om zelf contact op te nemen met (huis)arts;
- biedt ondersteuning aan werknemers van werkgevers die hiervoor een contract hebben afgesloten. Beschikbaar gedurende het behandeltraject en daarna, zolang er een relatie met de werkgever bestaat.





Tool 5: Fasering ZEL en NHG standaard fases

POH Oncologie

1. Diagnostische fase

Huisarts ontvangt bericht over diagnose kanker bij patiënt

- Huisarts benadert patiënt/naasten (telefonisch):
 - mogelijke rol van de huisarts (en/of POH) wordt kort besproken;
 - patiënt maakt afspraak voor een Time-out gesprek indien patiënt een Time-out gesprek wenst.

Time-out gesprek (Gesprek met de huisarts)

Het time-out gesprek:

- is gericht op facilitering van continuïteit van eerstelijnszorg na de diagnose kanker;
- is niet primair gericht op medisch inhoudelijke bespreking van therapieopties. Het kan meerwaarde hebben bij de patiënt bewustwording te creëren;
- is niet noodzakelijk eenmalig, maar kan bestaan uit meerdere gesprekken.

Stappen gericht op vervolgtraject

- Bespreken van mogelijke ondersteuningsmogelijkheden van de huisarts (en/of POH) tijdens en na de behandelfase.
- Afspraak maken over het onderhouden van contact met de huisarts (of POH). Eventueel na vaststelling welke coping stijl de patiënt heeft m.b.v. het SBG-model, zodat goed afgestemd kan worden op de verwachtingen en de behoeftes van de patiënt.
- Bij tussentijdse wijzigingen kan er eerder contact opgenomen worden op initiatief van huisarts, POH, patiënt of naaste.
- Eventuele verwijzing van de patiënt naar thuiszorg voor ondersteunende zorg indien geen POH aanwezig.

2. Behandelfase

Screenen m.b.v. OOK Canvas

Tijdens en na de behandeling screenen op fysieke symptomen die kunnen samenhangen met de behandeling, bijvoorbeeld met behulp van het OOK Canvas en zo nodig doorverwijzen.

Aandacht voor psychosociale zorgbehoeften

Anticiperen (periodiek bij herhaling) van de huisarts (of POH) op psychosociale zorgbehoeften, deze 'normaliseren', daarop interveniëren en indien nodig verwijzen.

Aandacht voor werk en inkomen

Tijdens de behandeling herhaalde aandacht van huisarts (of POH) voor de wensen en problemen met betrekking tot werk en inkomen, hierin de klinisch arbeidsgeneeskundige betrekken en zo nodig samenwerken met de eerstelijns bedrijfsgezondheidszorg.

Leefstijlinterventies

Aanbieden van 'wat kan ik zelf doen' leefstijlinterventies.

3a. Nazorg en chronische fase

Bericht afronden behandelfase

De huisarts ontvangt bericht van behandelend specialist dat actieve behandelfase is afgerond (POH wordt door de huisarts geïnformeerd).

Patiëntgesprek n.a.v. afronden behandelfase

De huisarts (of POH) neemt contact op met de patiënt voor een gesprek n.a.v. het afronden van de behandelfase met als doel het normaliseren van klachten:

- Bespreken (bijvoorbeeld aan de hand van het OOK canvas) van het effect van ziekte en behandeling op het dagelijks leven van de patiënt.
- Screenen op behoefte aan psychosociale ondersteuning en informeren over mogelijkheden.
- Waar nodig verwijzen naar ondersteunende zorg uit sociale kaart.

Stappen gericht op vervolgtraject

Wijze en frequentie van contact wordt in overleg en naar behoefte van de patiënt en/of naasten bepaald. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van het SBG-model

3b. Palliatieve en terminale fase

Start terminale fase

De palliatieve fase kan een lange periode omvatten, maar kan soms snel overgaan in de terminale fase (deze gaat in als de 'surprisevraag' gesteld kan worden: Bent u verbaasd als deze patiënt na één jaar nog in leven is?).

Contact in afstemming met patiënt

Regelmatig proactief contact door huisarts (of POH) is van wezenlijk belang. De wijze waarop dit contact plaatsvindt wordt bepaald in afstemming met de patiënt en/of naasten.

Bespreking wensen levenseinde

Bij levensverwachting van korter dan één jaar worden de wensen rondom levenseinde besproken en welke ondersteuning mogelijk is. Indien gewenst wordt er verwezen naar passende ondersteuning zoals bijvoorbeeld een palliatief team.

Gesprek na overlijden patiënt

Na overlijden van de patiënt neemt de huisarts (of POH) initiatief tot een gesprek met de naaste(n) met betrekking tot rouwverwerking.



Tool 6: OOK-Canvas, Positieve gezondheid, Lastmeter

© 2018 VZIR | Stichting OOK

Versie 1.0



- Veranderingen**
- Droge en verstopte neus
 - Praten | Heesheid
 - Mondslimvlies
 - Urine | Uitscheiding
 - Opgezwollen gevoel
 - Koud-Warm gevoel

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

- Veranderingen**
- Vochtophopping
 - Stoten | Tintelingen | Dofgevoel
 - Droge | Jeukerige huid
 - Uiterlijk
 - Nagelproblemen
 - Haar(uitval)
 - Littekens

OOK CANVAS

Naam _____

Ondersteuningsconsulent _____

Datum _____

Ziekenhuis _____



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



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



- Voorzieningen Regelgeving**
- Wonen | Huisvesting
 - Mobiliteit | Vervoer
 - Kosten | Inkomens | Uitgaven
 - Verzekering



- Actief leven**
- Werk en Reintegratie
 - Werk en Betekenis
 - Opleiding
 - Hobby's | Passies
 - Huishouden

Wat heb je nodig?

Woorden jouw beste dag



Woorden jouw slechtste dag



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

Wat heb je nodig?

Kinderen

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



Voorwaarden werken met het OOK Canvas

Om de kwaliteit te waarborgen is aan het gebruik van OOK Canvas een aantal voorwaarden gesteld:

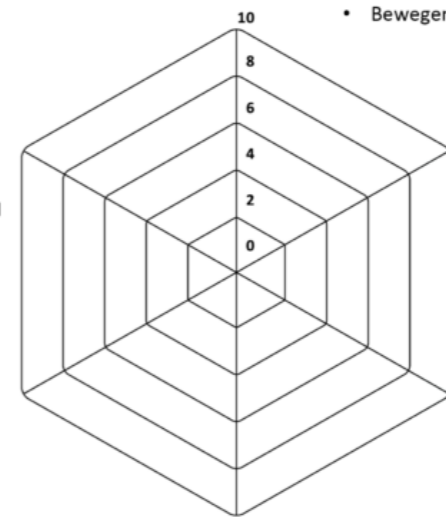
- OOK Canvas is ontwikkeld door Stichting OOK en wordt gratis beschikbaar gesteld;
- Copyright van OOK Canvas ligt bij Stichting OOK. Het OOK Canvas mag niet worden gewijzigd;
- Voor de juiste toepassing van OOK Canvas is het nadrukkelijk gewenst dat enkel deskundige en daartoe opgeleide medewerkers het toepassen in gesprek met patiënten en naasten;



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



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



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



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



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



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

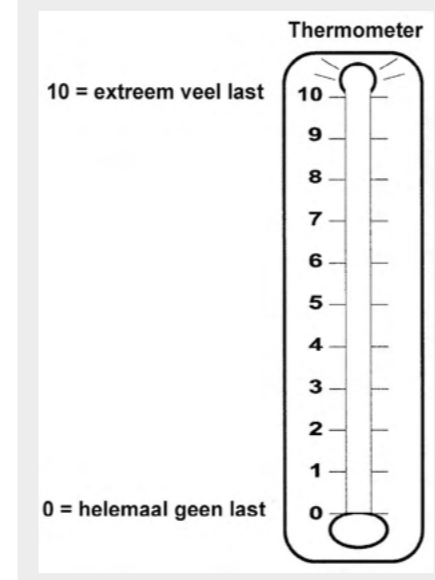
© Institute for Positive Health (IPH) | iph.nl | Gesprekinstrument 1.0

De Lastmeter

Invaldatum: - - (dag-maand-jaar)

Hoeveel last hebt u van problemen, klachten, zorgen?

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



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?

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

Ja	Nee	Lichamelijke problemen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	uiterlijk
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	veranderde urine – uitscheiding
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	verstopping / obstipatie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	diarree
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	eten
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	opgezwollen gevoel
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	koorts
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mondslimvlies
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	misselijkheid
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	droge, verstopte neus
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pijn
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	seksualiteit
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	droge, jeukerige huid
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	slaap
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	benauwdheid
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	duizeligheid
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	praten
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	smaakvermogen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	veranderingen in gewicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tintelingen in handen / voeten

Andere problemen

Zou u met een deskundige willen praten over uw problemen?
 ja misschien nee

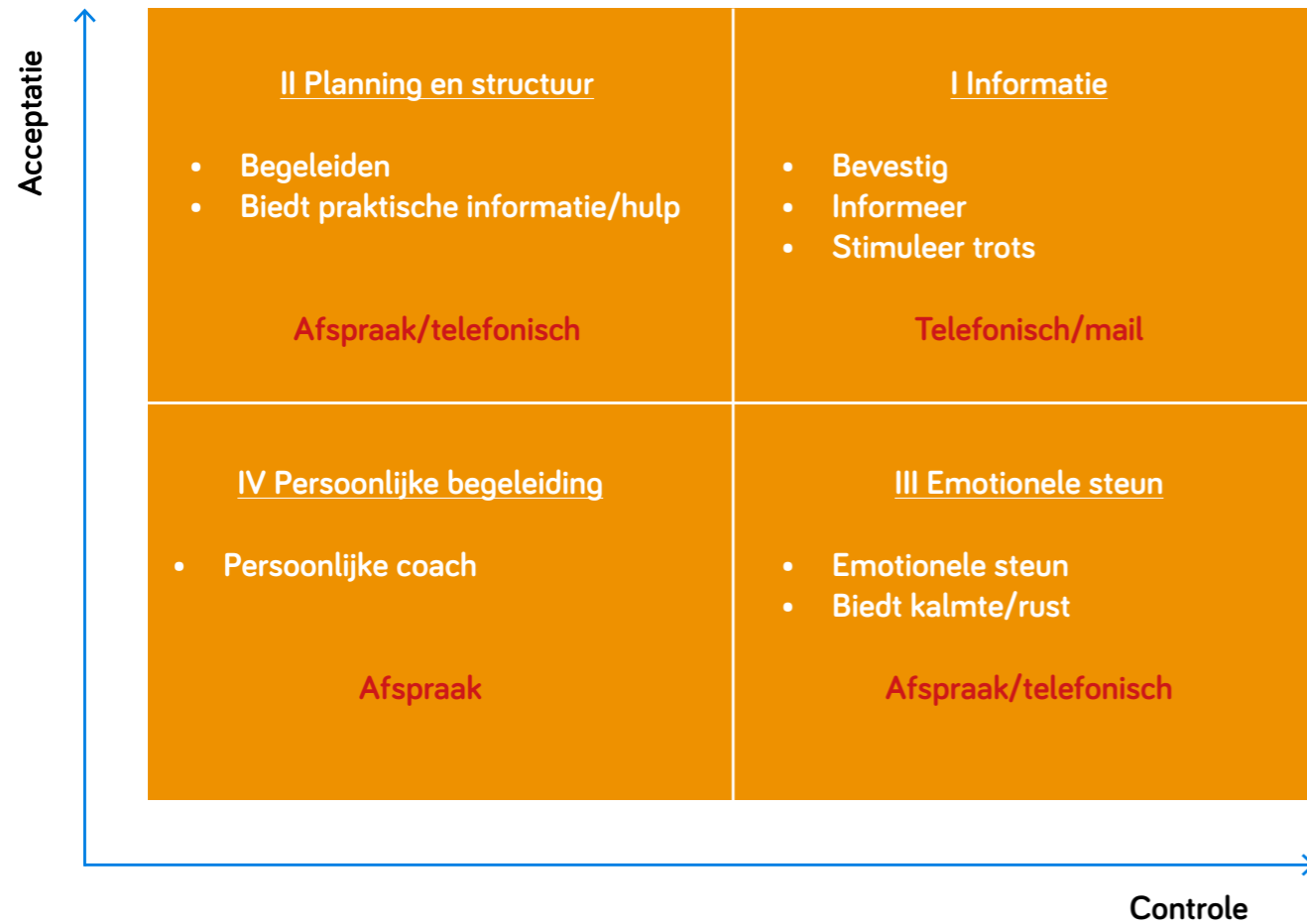
- Zo ja, met wie?
- verpleegkundige
 - diëtist
 - fysiotherapeut
 - maatschappelijk werker
 - geestelijk verzorger
 - psycholoog
 - lotgenoten
 - iemand anders

© IKNL 2008



Tool 7: Model Subjectief Beleefde Gezondheid

SBG-Model



De 6 vragen van het SBG model

1. Ik heb zelf veel invloed op mijn gezondheid	1	2	3	4	5	6	7
2. Ik heb vrede met hoe mijn gezondheid is	1	2	3	4	5	6	7
3. Ik heb het gevoel dat ik zelf grip heb op mijn gezondheid	1	2	3	4	5	6	7
4. De manier waarop ik nu lichamelijk en/of geestelijk kan functioneren is voor mij acceptabel.	1	2	3	4	5	6	7
5. Mijn gezondheidstoestand heb ik voor een groot deel zelf in de hand	1	2	3	4	5	6	7
6. Ik accepteer mijn gezondheidstoestand zoals die is	1	2	3	4	5	6	7

Antwoordschaal

1 = volledig mee oneens t/m 7 = volledig mee eens

Vragen:

Controle

- Ik heb zelf veel invloed op mijn gezondheid
- Ik heb het gevoel dat ik zelf grip heb op mijn gezondheid
- Mijn gezondheidstoestand heb ik voor een groot deel zelf in de hand

score controle
(1 + 2 + 3) / 3

Acceptatie

- Ik heb vrede met hoe mijn gezondheid is
- De manier waarop ik nu lichamelijk en/of geestelijk kan functioneren is voor mij acceptabel
- Ik accepteer mijn gezondheidstoestand zoals die is

score acceptatie
(4 + 5 + 6) / 3

Controle laag: score ≤ 5.36
hoog: score > 5.36

Acceptatie laag: score ≤ 4.96
hoog: score > 4.96

Indeling in kwadranten:

Kwadrant I. In dit kwadrant zitten mensen met een hoog acceptatie en controleniveau. Ze hebben een hoog niveau van zelfvertrouwen. De basale behoefte in dit kwadrant bestaat uit het verkrijgen en vergaren van informatie met het doel het gevoel van trots en eigenwaarde versterken.

Kwadrant III. Deze mensen ervaren een groot gevoel van controle, maar weinig acceptatie van de ziekte. Zij zien de ziekte als hun vijand en verzetten zich ertegen. De basale behoefte betreft het verkrijgen van emotionele rust. Bijvoorbeeld ondersteuning door lotgenoten en naasten kan deze mensen helpen.

Kwadrant II. In dit kwadrant zitten mensen die een hoog niveau van acceptatie hebben, maar een laag niveau van controle ervaren. Deze mensen zijn gemotiveerd om te veranderen, maar het ontbreekt hen aan overzicht, expertise en de vaardigheden om dit te doen. De basale behoefte ligt hier op het verkrijgen van een planning en structuur, dit kan bijvoorbeeld met praktische hulp.

Kwadrant IV. Deze mensen hebben zowel een laag niveau van acceptatie als van controle. Ze zijn veelal passief. Om deze mensen weer op weg te helpen zal een traject helpen dat ertoe leidt dat iemand weer hoop krijgt. Dit kan bijvoorbeeld door persoonlijke begeleiding (Bloem & Stalpers, 2016).



Tool 8: Richtlijn detecteren behoefte psychosociale zorg

Wat is jouw gezondheid (geestelijk en lichamelijk) in de afgelopen maand.
Hier zie je een laddertje met treden genummerd van 0 t/m 10



Als '10' de beste en '0' de minst goede dag zijn van de afgelopen maand:
Op welke trede sta je vandaag? Op tree ...
Op welke trede stond je afgelopen maand? Op tree ...

Bij een lage distress score en/of geen zorgbehoefte aangegeven op het signaleringsinstrument is het belangrijk om:

- De antwoorden op het signaleringsinstrument met de patiënt te bespreken.
- De patiënt basale aanvullende ondersteuning te bieden voor de problemen die de patiënt ervaart.
- De patiënt te attenderen op gangbare vormen van (zelf)hulp en zo nodig een vervolgesprek aan te bieden.
- Indien tijdens het gesprek blijkt dat de patiënt behoefte heeft aan gespecialiseerde psychosociale en/of (para)medische zorg, verwijzing te regelen passend bij de specifieke problemen waarvoor de patiënt hulp vraagt.

Bij een hoge distress score en/of zorgbehoefte aangegeven op het signaleringsinstrument het belangrijk is om:

- De antwoorden op het signaleringsinstrument met de patiënt te bespreken en samen met de patiënt na te gaan op welk vlak problemen liggen.
- Naast het bieden van basale psychosociale ondersteuning, de behoefte en wenselijkheid na te gaan voor verwijzing voor welke specifieke problemen naar welke gespecialiseerde psychosociale en/of (para)medische zorgverlener(s).
- De patiënt te verwijzen naar bij de problemen passende psychosociale/(para)medische zorgverlener(s), bij voorkeur gespecialiseerd in oncologie.
- Bij het ontbreken van een behoefte aan aanvullende ondersteuning terwijl er wel een hoge distress score is, de patiënt te attenderen op gangbare vormen van (zelf)hulp en extra aandacht te hebben voor deze patiënt bijvoorbeeld door het maken van een afspraak voor een vervolgesprek. (Richtlijn Detecteren behoefte psychosociale zorg, mei 2017)

De Koplopers maken gebruik van het OOK Canvas en het SBG model om systematisch de behoefte aan ondersteuning van mensen met kanker en hun naasten te signaleren. Analooq aan de richtlijn hebben zij altijd een gesprek over de ingevulde waarden.



Tool 9: Verwijzingsschema Richtlijn Detecteren behoefte psychosociale zorg

Kwaliteit van leven domeinen, zorggebieden	Verwijzing naar psychosociale en/of (para)medische zorgverleners
Lichamelijke problemen	Huisarts/Medisch specialist, Verpleegkundige/Verpleegkundig specialist, Fysiotherapeut, Diëtist, Logopedist, Seksuoloog, Huid/Oedeemtherapeut, Ergotherapeut, Revalidatiearts
Praktische problemen	Medisch maatschappelijk werker, Ergotherapeut
Werk gerelateerde problemen	Bedrijfsarts, BACO, Medisch maatschappelijk werker, Ergotherapeut
Gezins-/sociale problemen	Medisch maatschappelijk werker, BIG geregistreerde psycholoog, Psychiater
Emotionele problemen	Medisch maatschappelijk werker, BIG geregistreerde psycholoog, Psychiater, Geestelijk verzorger
Cognitieve problemen	Neuropsycholoog
Levensbeschouwelijke of zingevingsvragen	Geestelijk verzorger
Bij complexe en meervoudige, samenhangende problematiek op verscheidene vlakken	Als een interdisciplinair onderling afgestemd behandelplan noodzakelijk wordt geacht kan een patiënt verwezen worden naar medisch specialistische revalidatie bij oncologie.

Grove indeling voor verwijzing naar psychosociale en (para) medische zorgverleners passend bij kwaliteit van leven domein en zorggebied (Richtlijn detecteren behoefte psychosociale zorg, mei 2017).



Tool 10: ICPC Clusters Oncologie

ICPC clusters oncologie	
ICPC code	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



Tool 11: Evaluatie indicatoren

X75	Maligniteit cervix uter
X76	Maligniteit borst vrouw
X77	Andere maligniteit geslachtsorganen vrouw
Y77	Maligniteit prostaat
Y78	Andere maligniteit geslachtsorganen/borsten man

Bijgehouden worden de volgende gegevens:

- Persoonsgegevens patiënt
- Diagnose
- Datum Diagnose
- Datum 1e contact
- Gebruik meetinstrument (SBG/OOK Canvas)
- Afspraak over frequentie consulten
- Aantal contacten (POH/huisarts)
- Verwijzingen naar type zorg/ondersteuning
- Aantal bezoeken SEH/HAP
- Plaats van sterven: waar en was dat ook de wens



Tool 12: Voorbeeld Enquete Evaluatie

Enquête

1. Hoe heeft u de oncologische begeleiding door de POH Oncologie vanuit de huisartsenpraktijk ervaren?

- Goed
- Voldoende
- Onvoldoende

Opmerkingen:

2. Waar heeft u het meeste aan gehad tijdens de ondersteuning vanuit POH Oncologie? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Telefonische ondersteuning/interesse
- Begeleidingsgesprekken op het spreekuur
- Visite thuis
- Luisterend oor
- Medische kennis
- Antwoorden op vragen
- Praktische hulp
- Regelen van zorg
- Tips en adviezen

Opmerkingen:

3. Wat heeft u gemist in de begeleiding van de POH Oncologie?

4. Welke cijfer (0-10: 0=zeer slecht, 10= uitmuntend) geeft u de oncologische ondersteuning verleend door de POH Oncologie vanuit de huisartsenpraktijk?



Tool 13: Overzicht oncologie netwerken Verwijsgids Kanker

KNL integraal kankercentrum Nederland

verwijsgids kanker

begin met typen | voeg eventueel plaats of postcode toe |

Home > Zoekresultaat > Zorgaanbieder

Afstand
voeg eventueel plaats of postcode toe

Type zorg of hulp
Oncologienetwerk

Oncologienetwerk

Een oncologienetwerk is een netwerk van zorgverleners die mensen met kanker en hun naasten dichtbij huis helpen. Denk aan huisartsen, fysiotherapeuten, huidtherapeuten, ergotherapeuten, diëtisten, logopedisten, thuiszorgorganisaties en andere gespecialiseerde zorgverleners. Zij geven begeleiding tijdens en na de medische behandeling van kanker.

De zorgverleners in het netwerk kennen elkaar en zijn op de hoogte van elkaars aanpak. Door de korte lijnen kunnen ze de behandelingen snel en goed op elkaar afstemmen. Het netwerk maakt ook afspraken met ziekenhuizen of revalidatiecentra over de zorg. Doel hiervan is dat de zorg die u thuis krijgt afgestemd is op de zorg in het ziekenhuis of het revalidatiecentrum.

Kosten en verwijzing
Vergoeding van de zorg hangt van uw zorgverlener en uw zorgverzekering. Vraag hiernaar bij uw zorgverzekeraar. Een verwijzing van uw (huis)arts kan nodig zijn. Dit verschilt per soort zorgverlener.