

NHG-STANDPUNT

Oncologische zorg in de huisartsenpraktijk

Preventie/screening

Diagnostische fase

Behandelfase

Nacontrole en nazorg



NHG-STANDPUNT ONCOLOGISCHE ZORG IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

Vastgesteld door de Algemene Ledenvergadering van het NHG op 26 juni 2014

Voorwoord

Met dit Standpunt wordt de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 geconcretiseerd voor de oncologische zorg in de huisartsenpraktijk.¹ Het document beschrijft de situatie waar de beroepsgroep de komende jaren aan wil werken, onderbouwd vanuit huisartsgeneeskundig perspectief.

Het standpunt bevat aanbevelingen om de beschreven zorg in de praktijk te implementeren. Het succes van die implementatie is niet alleen afhankelijk van de inzet van de beroepsgroep, maar ook van (samenwerking met) andere partners in de zorg en van de realisatie van financiële en personele randvoorwaarden. Dat vraagt om een uitgewerkt implementatieplan met draagvlak bij onder meer medisch specialisten, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars.

Uitgangspunt van de Toekomstvisie is toekomstbestendige huisartsenzorg, verankerd in de huisartsgeneeskundige kernwaarden (generalistisch, persoonsgericht en continu²) om een adequaat antwoord geven op de veranderende zorgvraag. De patiënt krijgt daarbij zo veel als mogelijk zorg op maat in de eigen woonomgeving door optimaal gebruik te maken van de expertise van de huisarts en samenwerking met andere zorgverleners. De huisarts heeft hierbij aandacht voor de eigen inbreng van de patiënt bij de besluitvorming over het beleid en de bevordering van zelfmanagement. In dit Standpunt worden deze uitgangspunten geconcretiseerd voor de oncologische zorg.

¹ Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022. Modernisering naar menselijke maat. NHG/LHV in samenwerking met het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde, 2012.

² NHG-Standpunt Kernwaarden Huisartsgeneeskunde, NHG 2011/LHV 2012.

De oncologische zorg is in beweging. Dit Standpunt beschrijft 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.

Inleiding

Eén op de drie mensen krijgt kanker. 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 daarom het waarborgen van continue en persoonsgerichte zorg. Daarom beschrijft dit Standpunt 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.

Ondersteuning inbreng van de patiënt

Vernieuwend in dit Standpunt is de visie op versterking van continuïteit, samenhang en persoonsgerichtheid in de oncologische zorg door:

- een meer proactieve attitude van de huisarts, en
- door structurering van zijn begeleidende en ondersteunende rol.

Betrokkenheid van de patiënt kan bijdragen aan gedeelde besluitvorming in de oncologische zorg en ondersteunt ook de stimulering van zelfmanagement van de patiënt. 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.

Contact met de patiënt tijdens het zorgproces

Een van de aanbevelingen 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 behandelfase verloren gaat. Contact houden vergroot de betrokkenheid van de huisarts bij de patiënt en diens naasten en anticipeert op goede nazorg.

Nazorg in de huisartsenpraktijk

Nazorg is een onderdeel van de huisartsenzorg, maar wordt nog niet op gestructureerde wijze aangeboden. Op basis van een in het ziekenhuis opgesteld nazorgplan kan de huisarts nazorg op maat in de eigen woonomgeving aanbieden of coördineren. Oncologische nacontroles in de huisartsenpraktijk kunnen onder bepaalde voorwaarden deel uitmaken van dit nazorgplan. Hiervoor dienen wetenschappelijk onderbouwde protocollen beschikbaar zijn die goed uitvoerbaar zijn in de huisartsenpraktijk. Dit geldt voor de nacontroles voor mammacarcinoom en coloncarcinoom. Aanvullende overheveling van oncologische nacontroles moet afhankelijk zijn van *evidence*, de mogelijkheid om de controles uit te kunnen voeren in de huisartsenpraktijk en eventuele eisen die moeten worden gesteld aan het volume met het oog op noodzakelijke ervaring voor kwalitatief goede zorg.

Individueel zorgplan

Zowel in het ziekenhuis als in de eerstelijns werkt de professional met behandel- en zorgplannen. Het Individueel zorgplan (IZP) verbindt deze plannen met een weergave van de gemaakte afspraken tussen zorgverleners en patiënt. Het speelt een belangrijke rol in het expliciteren van de verantwoordelijkheid van de patiënt en professionals in het zorgproces. Het IZP maakt het ook mogelijk de zorg te monitoren. Twee belangrijke voorwaarden zijn hier van belang:

- De zorgprofessionals delen samen een visie op het werken met het IZP in de eerste- en tweedelijns.
- Gegevens kunnen digitaal tussen patiënten en zorgverleners worden uitgewisseld.

Palliatieve zorg

Palliatieve zorg is een wezenlijk onderdeel van de huisartsgeneeskunde. Het grootste deel van de Nederlandse bevolking wil bij voorkeur thuis sterven. Ongeveer 53 procent van alle patiënten met kanker of een chronische aandoening overlijden thuis of in het verzorgingstehuis. Huisartsen begeleiden naar schatting 12 tot 13 sterfgevallen per jaar. In bijna 40 procent is de doodsoorzaak kanker³. Het hoofdstuk in dit Standpunt over de palliatieve en terminale zorg is gebaseerd op het eerder verschenen NHG-Standpunt Huisarts en palliatieve zorg.

Voorwaarden en implementatie

Het Standpunt beschrijft aanbevelingen en randvoorwaarden om het geschetste beeld van de oncologische zorg in praktijk te kunnen brengen.

Een optimalisering van de oncologische zorg vraagt om een door huisartsen, specialisten en patiënten(organisaties) gedeelde visie op zorg en daarop afgestemde samenwerking op basis van:

- (multidisciplinaire) richtlijnen;
- samenwerkingsafspraken;
- en goed afgestemde informatie-uitwisseling.

Het bevorderen van gedeelde besluitvorming en zelfmanagement vraagt naast tijd en aandacht ook specifieke eisen aan attitude en competenties van de huisarts en de praktijkverpleegkundige.

Het is belangrijk om de aanbevelingen van het Standpunt verder uit te werken in een breed gedragen implementatieplan voor de komende jaren, waarbij is voorzien in passende randvoorwaarden.

³ Palliatieve zorg in beeld, IKNL, 2014.

INHOUD

VOORWOORD	2
SAMENVATTING	3
1. INLEIDING	7
1.1. Stand van zaken oncologische zorg	7
1.2. Discussie over nazorg en nacontroles in de eerste lijn	9
1.3. Uitgangspunten Standpunt op basis van de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022	9
1.4. Opbouw van het Standpunt	10
2. PREVENTIE	11
2.1. Risicofactoren kanker	11
2.2. Aanbevelingen preventie	13
3. SCREENING	15
3.1. Rol van de huisarts bij screening/bevolkingsonderzoek	15
3.2. Zinnvolle screening en gezondheidschecks	16
3.3. Aanbevelingen screening	16
4. DIAGNOSTIEK	17
4.1. Patiëntprofilering	17
4.2. Verwijzing	18
4.3. Diagnostiek in het ziekenhuis en samenwerking met het Multidisciplinair Overleg (MDO)	18
4.4. Contact tussen huisarts en patiënt na diagnose kanker	19
4.5. Kanker bij kwetsbare ouderen en patiënten met comorbiditeit	20
4.6. Voorwaarden voor verstrekking begeleidende rol van de huisarts	20
4.7. Aanbevelingen diagnostische fase	20
5. BEHANDELFASE	22
5.1. Huisarts houdt contact met de patiënt	22
5.2. Multimorbiditeit	23
5.3. Onderlinge gegevensuitwisseling en consultatie	23
5.4. Individueel zorgplan	23
5.5. Aanbevelingen behandel fase	24
6. NAZORG EN NACONTROLE	26
6.1. Nacontroles	26
6.2. Inzetten op nacontroles door de huisarts onder voorwaarden	27
6.3. Nazorg	28
6.4. Langetermijneffecten	29
6.5. Aanbevelingen nazorg	30

7. PALLIATIEVE EN TERMINALE ZORG	31
7.1. Start van de palliatieve fase	32
7.2. Zorg op maat	32
7.3. Samenwerking	33
7.4. Persoonlijke continuïteit	33
7.5. Terminale fase	34
7.6. Aanbevelingen palliatieve en terminale zorg	35
8. RANDVOORWAARDEN	36
8.1. Draagvlak voor beschreven rol van de huisarts in de oncologische zorg	36
8.2. Richtlijnen	36
8.3. Tijd	37
8.4. Richtlijnen voor digitale gegevensuitwisseling	37
8.5. Organisatie: samenwerking	37
8.6. Onderwijs en onderzoek	37
BIJLAGE 1 OVERZICHT AANBEVELINGEN UIT HET STANDPUNT	39
BIJLAGE 2 SAMENSTELLING NHG-WERKGROEP EN TOTSTANDKOMING STANDPUNT	45
BIJLAGE 3 GEBRUIKTE AFKORTINGEN	47

1. INLEIDING

Eén op de drie mensen krijgt kanker. De huisarts heeft daardoor in de praktijk vaak te maken met patiënten in verschillende fasen van de oncologische zorg: patiënten in de diagnostische fase, patiënten die kanker hebben en hiervoor behandeld zijn of nog worden, maar ook oncologische patiënten in de palliatieve en terminale fase.⁴

Feiten en cijfers

Jaarlijks wordt bij meer dan 100.000 Nederlanders kanker vastgesteld. Kanker komt relatief veel voor op hogere leeftijd: in 2011 was 40 procent van de nieuwe patiënten tussen de 60 en 75 jaar en 30 procent van de nieuwe gevallen was 75 jaar en ouder.⁵

Het aantal nieuwe kankerpatiënten stijgt al jaren met ongeveer 3 procent per jaar. Naar verwachting zal de groei de komende decennia nog doorzetten. Dit komt onder andere door de stijgende levensverwachting. Daarnaast bereiken steeds meer mensen uit de naoorlogse geboortegolf een leeftijd waarop kanker veel voorkomt.

Samen met psychische stoornissen en hart- en vaatziekten veroorzaakt kanker de grootste totale ziektelast. Kanker is in Nederland de meest voorkomende doodsoorzaak.⁶

Kanker is een verzamelbegrip van veel verschillende ziekten met een eigen beloop en eigen mogelijkheden voor diagnostiek en behandeling. De meest voorkomende vormen van kanker zijn borstkanker, darmkanker, longkanker, prostaatkanker en melanoom.⁷ Deze kankersoorten vormen samen 60 procent van de totale kankermorbiditeit (uitgezonderd basaalcel- en plaveiselcel-carcinoom).⁸

De groep overlevenden van kanker groeit door een toename van het aantal patiënten met kanker in een vergrijzende bevolking, vroegtijdige opsporing, betere behandelingen en overdiagnostiek. De ziekte en de behandeling kunnen een grote invloed hebben op het leven van de patiënt op de korte of langere termijn.

1.1. Stand van zaken oncologische zorg

De ontwikkelingen in de oncologie gaan snel en het aantal behandelmogelijkheden neemt toe. De diagnostiek en behandeling van patiënten met kanker zijn vaak complex en vinden voornamelijk plaats in het ziekenhuis. Kenmerkend is steeds verder gaande specialisatie en 'personalized medicine'. Oncologische zorg is daarom multidisciplinaire zorg.

De meerderheid van de kankerpatiënten lijdt nog aan een of meer andere aandoeningen. Is de oncologische zorg zelf vaak al complex, de comorbiditeit vergroot de complexiteit nog verder. Met het oog op het waarborgen van duurzame en hoogwaardige oncologische zorg ligt de focus op verbeteren van samenhang, continuïteit en doelmatigheid en het versterken van het patiëntenperspectief in de zorg.

⁴ Bröker L en Eekhof J (red). Ontwikkelingen in de oncologie. Klinische relevantie voor de huisarts. Bohn Stafleu van Loghum, 2014.

⁵ IKNL. www.cijfersoverkanker.nl/leeftijd-geslacht-54.html.

⁶ Bron: statline.cbs.nl.

⁷ Jabaaij, L en Schellevis F. Follow-up en nazorg: aspecten uit specialistische richtlijnen vertaald naar de eerstelijnszorg. 2009. Achtergrondrapportage bij Kankerzorg in de eerste lijn.

⁸ Idenburg PJ, Van Schaik M. Diagnose zorginnovatie. Over technologie en ondernemerschap, deel V Kanker. Scriptium 2013.

Zorg gefragmenteerd

Door taakdifferentiatie en taakdelegatie kunnen patiënten vanuit het primaire verwijs-ziekenhuis terecht komen in andere ziekenhuizen en bij andere behandelaars. Hierdoor ontstaat het risico van versnippering en fragmentatie van de zorg, zeker bij oudere patiënten met comorbiditeit. Het is nog geen gemeengoed dat de huisarts wordt betrokken bij en op de hoogte wordt gehouden van aanpassingen in het behandelbeleid en medicatie. De huisarts heeft dan weinig zicht op wat er met de patiënt in welk ziekenhuis gebeurt. Hierdoor raakt de patiënt in de behandel fase vaak uit het zicht van de huisarts en kan de oncologische zorg gefragmenteerd raken.

(Na)zorg in de huisartsenzorg nog weinig geëxpliciteerd

Patiënten met (behandelde) kanker komen relatief vaak bij de huisarts omdat zij gemiddeld een grotere zorgvraag hebben dan andere patiënten. Die grotere vraag kan tot jaren na de diagnose blijven bestaan.⁹ Zij consulteren de huisarts voor (rest)klachten die gerelateerd zijn aan de kanker (behandeling), angst voor recidief of een nieuwe tumor, comorbiditeit en/of andere klachten.

Hogere consultfrequentie kankerpatiënten

Vrouwen met borstkanker komen tijdens de behandeling vaak bij de huisarts met aan de behandeling gerelateerde klachten, zoals maagdarmproblemen, huidproblemen, psychische problemen, pijn en slaapproblemen.¹⁰ Zij consulteren de huisarts twee tot vijf jaar na de diagnose 24 procent meer dan hun leeftijdsgenoten.^{11,12} Voor patiënten met prostaatkanker ligt dit percentage op 33 procent.¹³

Deze hoge consultfrequentie wijst erop dat huisartsen de zorg voor patiënten met kanker al deels op zich nemen, maar zonder dit expliciet vorm te geven.

Mensen met behandelde kanker beoordelen hun leven in het algemeen niet minder dan de algemene bevolking, ofschoon zij vinden dat zij in hun dagelijks leven minder goed functioneren op cognitief, sociaal en lichamelijk gebied.¹⁴ Huisartsen lijken patiënten die zijn behandeld voor kanker meestal als 'gewone' patiënten te beschouwen.¹⁵ Zij vertrouwen er op dat patiënten eventuele klachten en problemen zelf melden en waken ervoor om problemen te medicaliseren. Huisartsen bieden geen gestructureerde en proactieve nazorg, zoals zij wel doen bij andere chronische (en vaak comorbide) aandoeningen. Een reden is dat zij zichzelf hiervoor niet in alle opzichten capabel vinden; men heeft onvoldoende kennis over specifieke problemen die bij de verschillende soorten kanker horen, over psychosociale aspecten van kanker in de fase na behandeling en over algemene klachten als chronische moeheid en pijn.¹⁶

De vraaggerichte oriëntatie van de huisarts kan ertoe leiden dat sommige patiënten na afsluiting van de behandelperiode het gevoel hebben 'in een gat te vallen'.¹⁷ Onderzoek onder patiënten met ongeneeslijke borstkanker wijst uit dat zij behoefte hebben aan informatie over wat er aan de hand is, wat er gedaan kan worden en aan emotionele steun.¹⁸

⁹ Korevaar J, Heins M, Donker G, Rijken M, Schellevis F. Oncologie in de huisartsenpraktijk. *Huisarts Wet* 2013;1:6-10.

¹⁰ Roorda C, De Bock GH, Van der Veen WJ, Lindeman A, Jansen L, Van der Meer K. Zorg aan borstkanker-patiënten tijdens de behandeling. *Huisarts Wet* 2011;54:598-601.

¹¹ Roorda C, Berendsen AJ, Groenhof F, Van der Meer K, De Bock GH. Increased primary health care utilisation among women with a history of breast cancer. *Support Care Cancer*. 2013;21(4):941-9.

¹² De Bock GH, Musters RF, Bos HJ, Schroder CP, Mourits MJ, De Jong-van den Berg LT. Psychotropic medication during endocrinotreatment for breast cancer. *Support Care Cancer* 2012;20(7):1533-40.

¹³ Heins M, Schellevis F, Rijken M, Van der Hoek L, Korevaar J. Determinants of increased primary health care use in cancer survivors. *J Clin Oncol*, 2012 DOI:10.1200/JCO.2012.41.9101.

¹⁴ Leven, werken en ervaringen met de zorg van mensen met kanker, NIVEL 2012.

¹⁵ Knotterus JA, Wijffels JFAM. Nazorg bij kanker: de rol van de eerste lijn. KWF-rapport 2011.

¹⁶ Geelen, E, Krumeich A, Van der Boom H, Schellevis F, Van den Akker M. De huisarts: spil in de nazorg voor patiënten met kanker? *Huisarts Wet* 2011;54(11): 586-90.

¹⁷ Jabaaij L, Van den Akker M, Schellevis FG. Excess of health care use in general practice and of comorbid chronic conditions in cancer patients compared to controls. *BMC FamPract*, 2012;13:60.

¹⁸ Vliet LM. De balans tussen expliciete versus algemene informatie en realisme en hoop: communicatie tijdens de overgang naar de palliatieve fase van borstkanker. [Dissertatie]. UU, 26 april 2013.

1.2. Discussie over nazorg en nacontroles in de eerste lijn

Diverse partijen pleiten voor een grotere rol van de huisarts in de nazorg, zoals de Gezondheidsraad,¹⁹ KWF Kankerbestrijding^{20,21} en de Nederlandse Federatie van Kankerpatiënten verenigingen (NFK).²² Een belangrijk argument is dat de huisarts, als generalist en continue factor in de gezondheidszorg, de nazorg voor patiënten met kanker kan integreren in de zorg voor andere ziektes en/of chronische aandoeningen voor deze patiënten. Door de langdurige arts-patiëntrelatie kan de huisarts zijn (medische) voorkeuren van de patiënt gebruiken. Twee derde van alle patiënten met kanker is immers ouder dan zestig jaar op het moment dat kanker wordt vastgesteld en ruim de helft van hen lijdt aan een of meer chronische aandoeningen. Multimorbiditeit stelt nadere eisen aan de zorg met het oog op een samenhangend behandelplan. De NFK wijst op het persoonsgerichte, integrale en continue karakter van de huisartsenzorg, waardoor de huisarts bij uitstap van de patiënt kan staan. Niet alleen in de nazorg maar ook in de andere fasen van het ziekteproces, van (vroeg)diagnostiek en behandeling tot de eventuele terminale fase.

Nacontrole en nazorg

Nacontrole

Nacontrole betreft het gepland medisch onderzoek om signalen van eventuele terugkeer of nieuwe vormen van kanker op te sporen.

Nazorg

Nazorg richt zich op het beperken van de ziektelast, revalidatie en signaleren, begeleiden en behandelen van (late) gevolgen van (de behandeling van) kanker.

Oncologische nacontroles gebeuren doorgaans in het ziekenhuis. De Gezondheidsraad stelt dat substitutie van oncologische nacontroles de druk op de capaciteit in de duurdere tweede lijn kan verminderen. Dit wordt ondersteund door de resultaten van recent buitenlands wetenschappelijk onderzoek. Specialist, huisartsen en patiënten zijn echter op voorhand niet unaniem positief over deze substitutie. Bepaald moet worden of en zo ja, onder welke voorwaarden nacontroles van de specialist kunnen worden overgenomen door de huisarts.

1.3. Uitgangspunten Standpunt op basis van de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022

De zorgvraag verandert door de tijd heen als gevolg van de epidemiologie van ziekten, demografische ontwikkelingen, nieuwe wetenschappelijke inzichten en veranderingen in het gezondheidszorgbeleid op basis van onder meer maatschappelijke, bedrijfsmatige en politieke motieven. Daarmee veranderen ook de eisen die aan de huisartsenzorg worden gesteld. Kanker is een veel voorkomende ziekte met steeds vaker een langdurige fase van zorg na de initiële behandeling. Daardoor komt de zorg voor patiënten met kanker steeds meer binnen het bereik van de huisartsgeneeskunde.

Een integrale benadering komt de kwaliteit van de zorg ten goede. Daarbij wordt in het hele oncologische zorgproces rekening gehouden met comorbiditeit, behoeften, mogelijkheden en keuzen van de patiënt en zijn naasten. Een ambitie volgens de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 is om de eigen inbreng van de patiënt in het zorgproces te bevorderen en de gids- en coördinerende functie van de huisarts (ook na verwijzing) te versterken voor patiënten die dat nodig hebben. Speciale aandacht gaat hierbij uit naar gedeelde besluitvorming bij het bepalen van het doel en de behandelwijze en het bevorderen van zelfmanagement. Deze aandachtspunten zijn bij uitstap van belang voor patiënten die worden geconfronteerd met de ingrijpende diagnose kanker waarvoor in de verschillende fasen van de behandeling dikwijls meerdere keuzemogelijkheden bestaan.

De (doorgemaakte) kankerbehandeling kan leiden tot een herwaardering van het leven door de patiënt, maar ook tot restklachten, psychosociale problemen en een negatief effect op de kwaliteit van leven.

¹⁹ Gezondheidsraad. Nacontrole in de oncologie, 2007. <http://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/200710.pdf>.

²⁰ Deckx, L. Incidentie en prevalentie van kanker en comorbiditeit in de eerste lijn: het RegistratieNet Huisartsenpraktijken. Achtergrondrapportage bij Kankerzorg in de eerste lijn. 2009.

²¹ Knottnerus, prof dr JA en Wijffels JFAM. Nazorg bij kanker: de rol van de eerste lijn, KWF 2011.

²² Wat doen we met de overlevers van kanker? Interview met Anemone Bögels, directeur van de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenverenigingen (NFK), Huisarts Wet 2011;11:620-621.

Na herstel van kanker hebben patiënten daarnaast een risico op recidief en op nadelige effecten van de behandeling op de lange termijn. Daarom is in de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 oncologische zorg expliciet benoemd als essentieel onderdeel van de huisartsenzorg.

Dit Standpunt is een uitwerking van de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022. Daarbij is uitgegaan van de volgende uitgangspunten.

Uitgangspunten Standpunt

1. Oncologische zorg is persoonsgerichte en continue zorg. Met zijn deskundigheid en attitude heeft de huisarts een essentiële rol als continue factor voor de kankerpatiënt in de verschillende fasen van het oncologisch zorgcontinuüm. De huisarts heeft aandacht voor somatische, psychosociale en spirituele aspecten en richt zich ook op de directe naasten en mantelzorgers van de patiënt.
2. De huisarts heeft in de (oncologische) zorg een belangrijke gids- en coördinatiefunctie, is gesprekspartner voor patiënten en neemt de verantwoordelijkheid om de patiënt zo nodig bij te staan bij keuzes over doel, aard en plaats van de diagnostiek en de behandeling, en bij het bevorderen van zelfmanagement.
3. Oncologische zorg is vaak complexe multidisciplinaire zorg. De huisarts(enpraktijk) heeft daarom goede samenwerkingsrelaties nodig, onder meer met specialisten, (ziekenhuis)apothekers, specialistisch verpleegkundigen, oncologische revalidatiecentra, wijkverpleegkundigen, psychologen, maatschappelijk werkers, fysiotherapeuten en diëtisten.
4. Oncologische zorg wordt bij voorkeur dicht in de buurt van de patiënt geboden en verder weg als het moet.
5. Oncologische nazorg - gericht op revalidatie, psychosociale en existentiële vragen, detectie van late effecten en evaluatie van de zorg - is een essentieel onderdeel van de huisartsenzorg.
6. Het gebruik van een individueel zorgplan is een middel om de oncologische zorg te structureren en in overeenstemming te brengen met zorg voor andere, comorbide aandoeningen. Het plan maakt de afspraken overzichtelijk. Daarom wordt met iedere oncologische patiënt besproken of een individueel zorgplan nodig en wenselijk is.
7. Oncologische nacontroles, gericht op vroege opsporing van recidieven en nieuwe tumoren, en op behandeling van klachten en symptomen die samenhangen met de tumor of behandeling daarvan, kunnen onder bepaalde voorwaarden door de huisarts worden verricht.
8. De huisarts coördineert de palliatieve en terminale fase en streeft daarbij zo veel mogelijk persoonlijke continuïteit na.
9. Palliatieve en terminale zorg is multidisciplinaire en multidimensionale zorg. Deze zorg is beschreven in een eerder standpunt. De huisarts werkt samen met onder meer specialisten, apothekers, wijkverpleegkundigen, thuiszorg, niet-medische zorgverleners en zo nodig kaderhuisartsen palliatieve zorg al dan niet verbonden met een consultatieteam en intramurale palliatieve zorgteams.
10. De huisarts is proactief in de zorg voor directe naasten/nabestaanden.

1.4. Opbouw van het Standpunt

In de volgende hoofdstukken wordt de rol van de huisarts(enzorg) in de verschillende fasen van het zorgcontinuüm beschreven: preventie, screening, diagnostiek, behandelfase, nazorg & nacontrole en palliatieve en terminale zorg.

Het gaat hierbij voor een belangrijk deel om werkzaamheden die reeds door de huisarts in praktijk worden gebracht, maar niet altijd op gestructureerde wijze.

Het hoofdstuk over de palliatieve en terminale zorg is gebaseerd op het NHG-Standpunt Huisarts en palliatieve zorg.²³

Elk hoofdstuk sluit af met aanbevelingen om de beschreven zorg in praktijk te kunnen brengen.

Het laatste hoofdstuk beschrijft de randvoorwaarden.

Een overzicht van de aanbevelingen uit alle hoofdstukken is in bijlage 1 te vinden. Bijlage 2 geeft een toelichting op de totstandkoming van dit Standpunt. Een lijst met gebruikte afkortingen is opgenomen in bijlage 3.

²³ NHG-Standpunt Huisarts en palliatieve zorg, 2009.

2. PREVENTIE

Het ontstaan van kanker hangt sterk samen met de leeftijd van een patiënt, maar ook met beïnvloedbare factoren. Net als bij chronische aandoeningen (diabetes mellitus, hart- en vaatziekten) spelen leefstijl en omgevingsfactoren een belangrijke rol bij het ontstaan van verschillende vormen van kanker. Leefstijl en omgevingsfactoren zijn daarom aandachtspunten in de preventieve zorg. De overheid en haar instellingen dragen zorgen collectieve preventie. De huisarts en praktijkondersteuner/praktijkverpleegkundige richten zich met name op geïndiceerde en zorggerelateerde preventie.

Definitie geïndiceerde en zorggerelateerde preventie

Geïndiceerde preventie is gericht op een specifieke groep mensen met een verhoogd risico op een ziekte, die nog geen last hebben van een gezondheidsprobleem.

Zorggerelateerde preventie richt zich op het voorkomen van verslechtering, complicaties en beperkingen bij mensen die al gezondheidsproblemen hebben. Het doel is het individu te ondersteunen bij zelfredzaamheid (zelfmanagement), ziektelast te verminderen en comorbiditeit te voorkomen.

Bron: Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022

De langdurige relatie met hun patiënten brengt huisartsen en praktijkondersteuners in een goede positie om patiënten begrijpelijke voorlichting te geven over het belang van een gezonde leefstijl en dit te stimuleren. Patiënten verwachten ook van de huisarts dat hij helpt bij het voorkomen van gezondheidsproblemen. Van de Nederlanders vindt 90 procent dat de huisarts een patiënt mag wijzen op een verhoogd risico op bepaalde aandoeningen door zijn leefstijl.²⁴

Mensen nemen eerder deel aan beweegactiviteiten als hun huisarts een motiverende rol speelt. Huisartsen en praktijkondersteuners/praktijkverpleegkundigen ontmoedigen actief het roken en stimuleren een gezonde leefstijl door hun patiënten te wijzen op de risico's van een ongezonde leefstijl, zoals te weinig lichaamsbeweging, ongezonde voeding, overgewicht, te veel alcohol en overmatige blootstelling aan zon of zonnebank.

Dit hoofdstuk geeft een toelichting op de belangrijkste risicofactoren van kanker en de rol die de huisarts(enpraktijk) speelt op het gebied van preventie.

2.1. Risicofactoren kanker

- Leefstijl

Van alle bekende risicofactoren voor kanker is roken de belangrijkste. Ongeveer 85 procent van alle longkankers heeft roken als oorzaak. Bovendien draagt roken bij aan het ontstaan van vele andere soorten tumoren, bijvoorbeeld kanker van de mond of keelholte en slokdarmkanker.²⁵ Modellen voorspellen ongeveer 30 procent minder sterfte aan kanker als niemand in Nederland meer zou roken.

Een andere relevante factor is bewegen. Weinig bewegen verhoogt het risico op diverse vormen van kanker.²⁶

²⁴ TNS NIPO Onderzoek, De huisarts- patiëntrelatie anno 2011. 2011.

²⁵ www.kwfkankerbestrijding.nl.

²⁶ Stein CJ, Colditz GA. Modifiable risk factors for cancer. Br J Cancer. 2004 90(2): p. 299-303.

Over de precieze relatie tussen voeding en kanker bestaat nog veel onduidelijkheid. Maar de gevolgen van te veel of ongezond eten zijn de belangrijkste oorzaken van overgewicht, wat geassocieerd is met een verhoogd risico op kanker. Naar schatting hangt in de EU 5 procent van de gevallen van kanker samen met een te hoog BMI.²⁷

Er zijn ook aanwijzingen dat alcoholgebruik risico's met zich meebrengt voor het ontstaan van kanker, zoals borstkanker.^{28,29,30} De incidentie van melanoom in Nederland is toegenomen door overmatige blootstelling aan de zon en zonnebanken.³¹

Het World Cancer Research Fund en American Institute for Cancer schatten dat 24 procent van alle vormen van kanker vermijdbaar is met een gezond leefpatroon.³²

Leefstijlgebonden risicofactoren hangen niet alleen samen met persoonlijke voorkeuren en keuzes van mensen, maar ook met cultuur en sociaal maatschappelijke status.

Onder mensen met een lage sociaal economische status (SES) is de incidentie van de meeste vormen van kanker (behalve prostaat en huidkanker) hoger dan onder mensen met een hoge SES.³³ Niet-westerse migranten hebben, in vergelijking met autochtone Nederlanders, een lager risico op colon-, huid-, borst- en prostaat kanker en hogere risico's op kanker van het hoofd-halsgebied en Hodgkin lymfoom. Ook kanker met infectieuze oorzaken (zoals maag-, en baarmoederhalskanker) komt meer voor bij migranten uit niet-westerse landen.³⁴ Het risico op leefstijlgebonden kanker neemt toe naarmate zij langer in Nederland wonen.³⁵

- Erfelijkheid

Het identificeren van families met erfelijke aanleg voor kanker is van belang vanwege de mogelijkheid van preventie. De huidige stand van het wetenschappelijk onderzoek toont aan dat bij ongeveer 5-10 procent van alle kankers erfelijkheid een rol speelt. De kennis hierover is sterk in ontwikkeling. Tot op heden is erfelijkheid aangetoond bij onder andere mamma- en ovariumcarcinoom (BRCA1- en BRCA2-genmutaties), coloncarcinoom (HNPCC en FAP), melanoom en prostaat kanker.

Vaak komen patiënten met vragen over erfelijkheid als een familielid is getroffen door een erfelijke vorm van kanker. (Vermoeden van) erfelijke belasting kan ernstige psychologische gevolgen hebben vanwege de dilemma's die deze belasting met zich meebrengen en vanwege de omgang met (veelvuldig) voorkomen van kanker in de familie. Patiënten met een erfelijke aanleg verwachten een actieve coaching bij de begeleiding van erfelijkheidsvragen en eventuele familieproblematiek die hierdoor kan ontstaan.³⁶ Uit onderzoek naar ondersteuning van patiënten bij beslissingen over preventieve behandeling bij erfelijke kanker (BRCA1- en BRCA2-genmutaties) blijkt dat hulp een positief effect heeft op de beleving van het dragerschap. De vrouwen die ondersteuning kregen waren beter geïnformeerd en maakten zich minder zorgen over kanker.³⁷

²⁷ Bergstrom A. et al. Overweight as an avoidable cause of cancer in Europe. *Int J Cancer*, 91: 421-430, 2001.

²⁸ Bock de GH, CM Kets, CJ van Asperen. Overzicht van risicofactoren voor het ontstaan van mammacarcinoom. *Tijdschrift voor Praktische Huisartsgeneeskunde. Bijblijven Mammacarcinoom*, 2013,-3; 29-34.

²⁹ Rehm J, Baliunas D, Borges GLG, Graham K, Irving H, Kehoe T, Parry CD, Patra J, Popova S, Poznyak V, Roerecke M, Room R, Samokhvalov AV, Taylor B. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease – an overview. *Addiction*. 2010 May;105(5):817-43. doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.02899.x. Epub 2010 Mar 15.

³⁰ Nichols M, Scarborough, P, Allender S, Rayner M. What is the optimal level of population alcohol consumption for chronic disease prevention in England? Modelling the impact of changes in average consumption levels. *BMJ Open* 2012;2:e000957 doi:10.1136/bmjopen-2012-000957.

³¹ Burghout K, Sigurdsson V, Toonstra J. Niet-melanocytair huidkanker. *Huisarts Wet* 2013;4:174-178.

³² WCR/AIC. Policy and Action for Cancer Prevention. Food, nutrition, and Physical Activity: a Global Perspective. 2009.

³³ Aarts M. 2012 Socioeconomic determinants of cancer risk, detection, and outcome in the Netherlands since 1990 (thesis) Erasmus University, 2012).

³⁴ Mackenbach J. *Ziekte in Nederland. Gezondheid tussen politiek en biologie*. Elsevier, 2010.

³⁵ *Etnische heterogeniteit van kanker in Europa: Lessen uit registratie-gebaseerde studies bij migranten*, Arnold M. [Dissertatie] Erasmus Universiteit Rotterdam.

³⁶ Enquête patiënt/cliënt als onderdeel van ontwikkeling Zorgstandaard Borstkankervereniging, 2011.

³⁷ Van Roosmalen M. Shared decision making in women testing for a BRCA1/2 mutation [proefschrift] Nijmegen: Radboud Universiteit, 2005.

Het is van belang dat de huisarts voldoende kennis heeft om mogelijke erfelijke aanleg te herkennen en handelt conform relevante zorgstandaarden en richtlijnen (ontsloten via www.huisartsengenetica.nl),^{38,39} De huisarts is alert op mogelijke erfelijke belasting voor kanker door hier aandacht aan te besteden bij de anamnese en brengt zo nodig de familiegeschiedenis in kaart.

De huisarts begeleidt de patiënt en diens bloedverwanten bij de keuze voor erfelijkheidsonderzoek en verwijst zo nodig naar genetisch onderzoek. In de zorg voor patiënten met een erfelijk bepaalde kanker is samenwerking met (psychosociale) oncogenetisch gespecialiseerde zorgverleners van groot belang. Men spreekt van familiale belasting wanneer een bepaald type kanker vaker dan gebruikelijk in de familie voorkomt, maar er bij DNA-onderzoek geen gen-mutatie is aangetoond. Het risico op kanker wordt dan berekend aan de hand van het patroon waarin dat (of een gerelateerd) type kanker optreedt. Dit kan leiden tot een persoonlijk advies, bijvoorbeeld bij familiale borst- en of eierstokkanker tot een screeningsadvies buiten het bevolkingsonderzoek om. Familiäre belasting en de uitslag van het DNA-onderzoek worden door de huisarts in het huisartsen elektronisch patiëntendossier (H-EPD) vastgelegd.

- Infecties

Van het humane papillomavirus, het hepatitis B en C virus en *H. pylori* is bekend dat een infectie leidt tot een verhoogde kans op kanker. De huisarts neemt deze kennis mee in zijn overwegingen voor individuele diagnostiek en adviseert patiënten over vaccinatie. Het is aannemelijk dat in de toekomst zal blijken dat infecties vaker een rol spelen bij het ontstaan van kanker. Via nascholing en vakliteratuur blijven huisartsen daarvan voldoende op de hoogte. Het NHG heeft hierbij een belangrijke faciliterende functie, in samenwerking met partijen als het IKNL.

- Medicatie

Huisartsen betrekken het risico van potentiële schade (bijvoorbeeld het risico van langdurig gebruik van hormoonpreparaten) bij de afweging om bepaalde medicatie wel of niet voor te schrijven.

- Omgevingsfactoren

Bepaalde kankervormen zijn gebonden aan specifieke prikkels uit de omgeving. Bekend is de relatie tussen asbest en mesothelioom. Huisartsen werken wijkgebonden en kunnen daardoor eventuele specifieke en geografisch gebonden toename van kanker signaleren. Aanbevolen wordt dat huisartsen contact opnemen met de bevoegde gemeentelijke autoriteiten als de GGD wanneer zij zo'n relatie vermoeden. Een vergelijkbare actieve signalering mag van huisartsen worden verwacht bij werkgebonden ziekten; in dat geval neemt de huisarts contact op met de bedrijfsarts.

- Overlevenden van kanker

Een bijzondere groep die preventieve aandacht nodig heeft betreft de overlevenden van kanker. De vaak ingrijpende behandeling kan leiden tot een verhoogd risico op het ontwikkelen van een tweede kanker en van andere aandoeningen.⁴⁰ Aandacht hiervoor maakt onderdeel uit van de nazorg. Hiervoor verwijzen we naar hoofdstuk 6.

2.2. Aanbevelingen preventie

Voor de huisarts en praktijkondersteuner/praktijkverpleegkundige

- Huisartsen en praktijkondersteuners/praktijkverpleegkundigen informeren patiënten over vermindere van het risico op kanker door niet te roken, gezond te eten, een gezond gewicht, beperkt alcoholgebruik, voldoende lichaamsbeweging, een gezonde leef/werkomgeving en veilig zonnen. Deze informatie wordt verstrekt binnen de context van het consult.

³⁸ Houwink EFJ Training in genetics and genomics for primary health care workers. [proefschrift] Amsterdam: Vrije Universiteit 2013.

³⁹ Potjer TP, Hes, FJ, Van Asperen CJ. Kanker in de familie: wanneer is genetisch onderzoek geïndiceerd? Huisarts Wet 2013;56(10):528-33.

⁴⁰ De Bock GH, Kets CM, Van Asperen CJ. Overzicht van risicofactoren voor het ontstaan van mammacarcinoom. Bijblijven Tijdschrift Praktische huisartsgeneeskunde 2013-3 Mammacarcinoom.

- Huisartsen en praktijkondersteuners stimuleren een gezonde leefwijze bij de patiënt en werken hiervoor samen met andere zorgverleners als diëtisten, fysiotherapeuten, oefentherapeuten en/of ondersteunende programma's in de wijk of buurt.
- De huisarts adviseert bij een familiale belasting/verhoogd risico op kanker en verwijst naar klinisch genetische centra conform de opgestelde criteria voor de meest voorkomende erfelijke tumoren.
- De huisarts legt erfelijke en familiale belasting voor kanker vast in het H-EPD.
- De huisarts informeert zich door nascholing en het bijhouden van vakliteratuur over nieuwe ontwikkelingen met betrekking tot erfelijke belasting van kanker en preventie van kanker.
- Een vermoeden van aan de wijk of werk gerelateerde verhoogde risico's op kanker (bijvoorbeeld bij asbest of een ongebruikelijk hoge incidentie van een bepaald type kanker) meldt de huisarts bij bevoegde autoriteiten.

Voor het NHG

- Het NHG zorgt, in samenwerking met partijen als het IKNL, voor een gebruiksvriendelijke ontsluiting van actuele kennis over erfelijkheid en preventie van kanker en nascholing op dit terrein.
- Informatie over genetische en familiale belasting en uitgevoerd erfelijkheidsonderzoek moet adequaat vastgelegd kunnen worden in het elektronisch huisartsendossier (H-EPD) van het huisartsinformatiesysteem (HIS).

3. SCREENING

De huisartsenzorg faciliteert op het gebied van screening/bevolkingsonderzoek op basis van concrete afspraken met primair verantwoordelijke partijen zoals de GGD en het RIVM. Hierbij wordt gekeken naar de mogelijke rol van de huisarts bij het oproepen, uitvoeren en opvolgen van de uitslagen.⁴¹ De huisartsenzorg is betrokken bij screening op borst- baarmoederhalskanker en screening op darmkanker.

3.1. Rol van de huisarts bij screening/bevolkingsonderzoek

Betrokkenheid van de huisartsenpraktijk bij de uitnodigingen voor het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskankerscreening blijkt de opkomst met gemiddeld 10 tot 14 procent te verhogen. Het effect is het grootst bij vrouwen met een lage sociaal-economische status en uit allochtone groepen.⁴² Ook blijkt dat patiënten het doorgaans waarderen als de huisarts betrokken is bij het doorgeven van positieve uitslagen bij de bevolkingsonderzoeken op mamma- en cervixcarcinoom.⁴³

De NHG-Standaard Diagnostiek van mammacarcinoom beschrijft de rol van de huisarts bij de screening op borstkanker: vrouwen desgewenst informeren over de voor- en nadelen en de te volgen procedure, verwijzen naar een mammapoli bij een positieve uitslag en de screeningsorganisatie informeren over de verwijzing. Een voorlichtende rol van de huisarts is met name van belang voor vrouwen met een migrantenachtergrond, aangezien hun deelname aan het bevolkingsonderzoek veel lager is dan van Nederlandse vrouwen. Zo deed in 2008 slechts 54 procent van de Marokkaans-Nederlandse vrouwen mee, bij een totale opkomst van 83 procent.⁴⁴ Redenen voor de lage deelname zijn onwetendheid over kanker, preventie en het bevolkingsonderzoek en een taboe rond kanker.⁴⁵

In januari 2014 is het bevolkingsonderzoek darmkanker ingevoerd. Het NHG-Standpunt Bevolkingsonderzoek darmkanker informeert huisartsen over de opzet en verwachte opbrengst van het bevolkingsonderzoek en de rol van de huisarts.⁴⁶ Het NHG ontwikkelde diverse materialen om de huisarts(enpraktijk) hierbij te ondersteunen. Naar verwachting zal het bevolkingsonderzoek darmkanker extra werk met zich meebrengen vanwege de voorlichting, begeleiding en opvang van patiënten. Een coloscopie wordt veelal als belastend ervaren. Bij de helft van de mensen met een positieve screeningstest zal bij coloscopie geen afwijking worden gevonden.⁴⁷

De gevolgen van foutpositieve FOBT en het ontdekken van (onschuldige) poliepen voor het gezondheidsgedrag van patiënten zijn nog onbekend.

⁴¹ Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022. Hoofdstuk 3 Preventie. NHG/LHV 2012.

⁴² De Nooijer DP, De Waart FG, Van Leeuwen AWF, Spijker WWJ. Opkomst bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker hoger na uitnodiging door huisarts, in het bijzonder voor groepen met doorgaans lage participatiegraad. *Ned Tijdschr Geneesk* 2005;149:2339-43.

⁴³ Raams-Pijpers E, Schipper R-J. Berichtgeving en verwijzing van cliënten na deelname aan het bevolkingsonderzoek bij een afwijkende uitslag. *Bevolkingsonderzoek Zuid* 2013.

⁴⁴ Vermeer B, Van den Muijsenbergh ME. The attendance of migrant women at national breast cancer screening in the Netherlands 1997 – 2008. *European Journal of Cancer Prevention*: 2010 : Volume 19 - Issue 3 - pp 195-198. doi: 10.1097/CEJ.0b013e328337214c).

⁴⁵ Hartman E, Van den Muijsenbergh ME, Haneveld, Reinier W. Breast cancer screening participation among Turks and Moroccans in the Netherlands: exploring reasons for nonattendance. *European Journal of Cancer Prevention*: September 2009 - Volume 18 - Issue 5 - pp 349-353).

⁴⁶ NHG-Standpunt Bevolkingsonderzoek Darmkanker. Wiersma T, De Wit NJ, Drenthen AM. *Huisarts Wet* 2013;56:640-43.

⁴⁷ Weert van H. *Darmkankerscreening: geFOBT? Huisarts Wet* 2013;5:221.

Screeningsprogramma's brengen risico's met zich mee van overdiagnostiek en overbehandeling met de bijbehorende gezondheidschade en kosten. Als gevolg van screening wordt ook kanker gevonden en behandeld die anders onopgemerkt zou zijn gebleven. Deze patiënten overlijden niet aan kanker, maar aan een andere aandoening of zij leven langer met de wetenschap kanker te hebben. Foutpositieve resultaten van screening kunnen bovendien aanleiding zijn tot langdurige ongerustheid en spanning bij patiënten.⁴⁸

De huisarts vervult een belangrijke rol bij vragen over deelname aan een bevolkingsonderzoek, in de communicatie over de uitslagen en bij de begeleiding van mensen met terecht positieve en mensen met foutpositieve uitslagen. Huisartsen lichten patiënten in over de betekenis van een positieve screeningsuitslag en bespreken de hierdoor ontstane onrust met hun patiënten. Zij plaatsen een positieve bevinding in het juiste perspectief.

3.2. Zinnige screening en gezondheidschecks

De mogelijkheden voor screening zullen toenemen op basis van de ontwikkelingen in de medische kennis en in de vroegdiagnostiek. Hiermee samenhangend biedt de vrije markt steeds meer gezondheidschecks en -scans, die echter lang niet allemaal wetenschappelijk onderbouwd en effectief zijn. Veel mensen weten niet op welke aandoening(en) en risicofactoren een preventief medisch onderzoek gericht is en wat de mogelijke gevolgen en risico's zijn. Ook is het lastig om te achterhalen of een preventief medisch onderzoek zinvol is en wat kwalitatief goede en minder goede aanbieders zijn. Het moet bij screening en gezondheidschecks gaan om een gerichte opsporing van kankers waarbij aangetoond is dat het vroeg ontdekken voordeel heeft en waarbij behandeling mogelijk is. Denk aan de mogelijkheid van preventie door screening bij erfelijke of familiale belasting voor kanker, zoals besproken in hoofdstuk 2. Huisartsen ontraden hun patiënten vroegdiagnostiek wanneer het nut daarvan niet is onderbouwd met kwalitatief goed wetenschappelijk onderzoek.

Het NHG is betrokken bij de multidisciplinaire richtlijn Preventief Medisch Onderzoek die kwaliteitseisen stelt aan het – vaak commerciële – aanbod van preventief medisch onderzoek.⁴⁹ Geadviseerd wordt om in de publieksinformatie de voorwaarden voor zinnige kankerscreening voor het voetlicht te brengen.

3.3. Aanbevelingen screening

Voor de huisarts

- De huisartsenzorg heeft een belangrijke rol in bevolkingsonderzoeken naar kanker en volgt daarbij de adviezen van de Gezondheidsraad. De huisarts begeleidt de patiënt desgewenst bij zijn persoonlijke afweging voor deelname en vervult een rol bij de communicatie van de uitslagen en de begeleiding van mensen met zowel terecht positieve als foutpositieve uitslagen.

Voor het NHG

- Het NHG ontraadt in de publieksinformatie (onder meer Thuisarts.nl) mee te doen aan gezondheidschecks en screeningsprogramma's die niet voldoen aan de multidisciplinaire richtlijn Preventief Medisch Onderzoek.

Voor onderzoekers

- Wetenschappers onderzoeken de effecten van darmkankerscreening op gezondheidsgedrag van patiënten en de gevolgen voor de belasting van de huisartsenzorg.

⁴⁸ Brodersen J, Siersma VD. Long-term psychosocial consequences of false-positive screening mammography. *Ann Fam Med* 2103;11:106-15.

⁴⁹ Multidisciplinaire richtlijn Preventief Medisch Onderzoek, KNMG i.s.m. NHG, 2013. <http://knmg.artsennet.nl/Publicaties/KNMGpublicatie/Multidisciplinaire-Richtlijn-Preventief-Medisch-Onderzoek-2013.htm>.

4. DIAGNOSTIEK

Naar schatting 85 procent van alle patiënten met gediagnosticeerde kanker presenteerde zich met symptomen bij de huisarts. In het algemeen wordt aangenomen dat de prognose van kanker verbetert naarmate de tijd tussen de eerste signalen en de diagnose korter is. Het is daarom belangrijk dat huisartsen eventuele kanker snel kunnen herkennen en de benodigde stappen zetten. De meeste symptomen die (achteraf konden) wijzen op kanker komen echter vaak voor en zijn doorgaans onschuldig. Patiënten wachten daarom vaak lang voordat ze naar de huisarts gaan. Bij migranten en mensen met een lage sociaal-economische status (SES) ontbreekt vaak de kennis over vroege symptomen van kanker, waardoor de diagnose bij hen relatief vaak in een laat stadium wordt gesteld. Daarnaast is bekend dat bijvoorbeeld jongvolwassenen lang wachten voordat zij met klachten naar de huisarts gaan.

Anders ligt dat bij meer specifieke symptomen, de zogenaamde alarmsymptomen. Maar ook dan is de relatie klacht/symptoom en kanker vaak niet meteen duidelijk. Afgezien van enkele uitzonderingen die bij alle dokters bekend zijn, zoals een knobbel in de borst bij post-menopauzale vrouwen, anemie bij (occult) rectaal bloedverlies, hemoptoe bij een langdurige roker, is de waarschijnlijkheid van kanker op basis van een enkel symptoom of enkele klacht meestal te laag om verdere diagnostiek te verrichten.^{51,52,53} Een complicerende factor bij oudere patiënten is dat klachten die op kanker kunnen wijzen bij hen relatief vaak atypisch zijn.⁵⁴

4.1. Patiëntprofilering

Bij de afweging om al dan niet te verwijzen voor nadere diagnostiek op kanker betreft de huisarts individuele kenmerken van de patiënt. Daarbij zijn de familiale belasting, leefomstandigheden en gewoonten, medische geschiedenis en bijkomende klachten en symptomen van belang. Ondanks het vele wetenschappelijk onderzoek, is er nog geen diagnostische profilering voor kanker die goed toepasbaar is in de huisartsenpraktijk.⁵⁵

Gerichte diagnostiek is vaak niet direct mogelijk. Zonder richtinggevende symptomen zal de huisarts vaak kiezen voor een afwachterende houding en pas gaan handelen wanneer de klachten en symptomen afwijkend verlopen. De duur van dit diagnostische *delay* hangt samen met vele verschillende (en meestal niet te voorkomen) factoren.

Om bovengenoemde redenen is het op dit moment niet mogelijk om algemene richtlijnen te geven over de diagnostiek van kanker in de huisartsenpraktijk. De NHG-Standaarden en tumorspecifieke richtlijnen⁵⁶

⁵⁰ Aarts M. Socioeconomic determinants of cancer risk, detection, and outcome in the Netherlands since 1990'. [dissertatie] Erasmus Universiteit 2012.

⁵¹ Astin M, Griffin T, Neal RD, Rose P, Hamilton W. The diagnostic value of symptoms for colorectal cancer in primary care: a systematic review. *Br J Gen Pract.* 2011 May;61(586):e231-43. *Eur J Cancer.* 2007 Nov;43(17):2467-78. Epub 2007 Oct 10. Review.

⁵² Macdonald S, Macleod U, Campbell NC, Weller D, Mitchell E. Systematic review of factors influencing patient and practitioner delay in diagnosis of upper gastrointestinal cancer. *Br J Cancer.* 2006 May 8;94(9):1272-80. Review.

⁵³ Ramos M, Esteve M, Cabeza E, Campillo C, Llobera J, Aguiló A. Relationship of diagnostic and therapeutic delay with survival in colorectal cancer: a review. *Err J Cancer.* 2007 Nov;43(17):2467-78. Epub 2007 Oct 10. Review.

⁵⁴ Tate AR, Nicolson A, Cassell JA. Are GP's under investigating older patients presenting with symptoms of ovarian cancer? *Br J Cancer* 2010 102, 947-51.

⁵⁵ Collins GS, Altman DG. Identifying patients with undetected colorectal cancer: an independent validation of Qcancer (Colorectal) *Br J Cancer.* 2012 July 10; 107(2): 260-265.

⁵⁶ Richtlijnen voor oncologische zorg. IKNL, www.oncoline.nl.

geven houvast voor de diagnose van de meest voorkomende soorten van kanker: welke diagnostiek moet er plaatsvinden op welk moment. Huisartsen moeten de voorspellende waarde van enkelvoudige klachten en symptomen kennen en plaatsen in een zo compleet mogelijk profiel van de betreffende patiënt. Voor kwetsbare ouderen en de oudste ouderen is het wenselijk dat de patiënt en de huisarts vooraf samen afwegen of diagnostiek en behandeling wel in verhouding staan tot de belasting en mogelijke opbrengst. De huisarts kan hiervoor zo nodig overleggen met of verwijzen naar een klinisch geriater.

4.2. Verwijzing

Als de huisarts in overleg met de patiënt heeft besloten tot diagnostische verwijzing, overlegt hij met de patiënt welk ziekenhuis geschikt is. Naast wachttijden zijn de kwaliteit en beschikbaarheid van de beoogde diagnostiek en eventueel vervolgonderzoek factoren bij die overweging. De huisarts zorgt bij verwijzing voor een goede informatievoorziening aan de specialist met aandacht voor de reden van de verwijzing, bevindingen van het onderzoek, de ziektegeschiedenis, comorbiditeit, fysieke/psychosociale klachten, medicatie, familiegeschiedenis en eventuele behandelwensen van de patiënt.⁵⁷

Patiëntenwijzer

Een patiëntenwijzer geeft aan welke ziekenhuizen voldoen aan de 'minimale voorwaarden voor goede zorg' die de patiëntenorganisaties hebben opgesteld. De gegevens zijn gebaseerd op een vragenlijst die verstuurd is naar alle Nederlandse ziekenhuizen. De minimale voorwaarden en vragenlijsten zijn besproken met vertegenwoordigers van de relevante beroepsverenigingen van specialisten en verpleegkundigen. Zie: www.nfk.nl/themas/Patientenwijzers.

Bij verdenking op kanker is het belangrijk dat de patiënt snel toegang heeft tot diagnostiek.⁵⁸ De huisarts monitort daarom het diagnostische traject, houdt contact met de patiënt en intervineert bij eventuele onverwachte vertragingen of andere ongewenste gebeurtenissen. Betere continuïteit van zorg kan worden gerealiseerd door optimalisering van de onderlinge communicatie tussen ziekenhuis en eerste lijn.

4.3. Diagnostiek in het ziekenhuis en samenwerking met het Multidisciplinair Overleg (MDO)

Diagnostiek, typering, staging en de daarmee verbonden behandeling zijn bij uitstek het expertise-domein van de specialist. In het ziekenhuis worden diagnostische uitslagen en behandelplannen in het multidisciplinair overleg (MDO) besproken. Kennis van de psychosociale context van de betreffende patiënt en overzicht over zijn relevante comorbiditeit kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan de besluitvorming over de behandelopties, en daarmee verbonden de gewenste diepgang van de diagnostiek. Afhankelijk van de medische en persoonlijke situatie van de patiënt zet de zich huisarts zich proactief in voor directe betrokkenheid bij het MDO, waarbij moderne communicatiemiddelen kunnen worden ingezet.

Het is van belang dat de huisarts snel wordt geïnformeerd over de uitslagen, de behandelopties en de te verwachten resultaten en mogelijke complicaties. Dit kan worden gerealiseerd door het MDO-verslag over de patiënt direct naar zijn huisarts te sturen. Deze aanpak komt overeen met de normen van de Stichting Oncologische Samenwerking SONCOS. De huisarts consulteert de zorgverlener in het ziekenhuis bij eventuele vragen. De huisarts slaat alle relevante gegevens over diagnostiek en behandeling op in het elektronisch huisartsen-patiëntendossier.^{59,60}

⁵⁷ NHG-Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist. <https://www.nhg.org/themas/artikelen/richtlijn-informatie-uitwisseling-tussen-huisarts-en-specialist-bij-verwijzingen>

⁵⁸ Maassen, H. Kanker is een acute ziekte. Med Contact 2011;46:2821-2823.

⁵⁹ IKNL, Kwaliteitskader organisatie oncologische zorg, 2010.

⁶⁰ IKNL, Integrale oncologische zorgpaden, 2010.

4.4. Contact tussen huisarts en patiënt na diagnose kanker

Vanuit het oogpunt van continuïteit is het wenselijk dat de huisarts tijdens de verwijzing actief contact houdt met de patiënt en dat contact continueert nadat kanker is vastgesteld.

Dit gebeurt dikwijls wel, maar niet altijd in een gestructureerde vorm. 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 vervoltraject. Aandacht voor de betrokkenheid en eigen verantwoordelijkheid van de patiënt bij de besluitvorming over het behandelbeleid en de bevordering van zelfmanagement zijn uitgangspunten van de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022.

Als de huisarts vanaf het begin van de ziekte betrokken is bij de kankerbehandeling in het ziekenhuis is het ook makkelijker en vanzelfsprekender om de patiënt en zijn naasten later te blijven ondersteunen. De ervaring wijst uit dat een gesprek met de huisarts nadat kanker is vastgesteld voorziet in een behoefte van patiënten. Uit interviews met patiënten is gebleken dat patiënten niet alleen wensen maar ook verwachten dat hun behandelaars in de tweede en eerste lijn samenwerken en elkaar over en weer goed informeren.⁶¹ Bovendien blijkt uit de literatuur dat de tevredenheid van de patiënt over zijn of haar behandeling toeneemt naarmate eerste- en tweedelijnszorgverleners beter met elkaar communiceren.

Aanbevolen wordt daarom dat de huisarts bij verwijzing de patiënt proactief vraagt een afspraak te maken voor een vervolgconsult of telefonisch contact op te nemen bij een diagnose met belangrijke consequenties. Dit consult biedt de gelegenheid om samen stil te staan bij de ingrijpende en vaak plotselinge diagnose van kanker en de consequenties daarvan. De huisarts zou daarnaast moeten nagaan of de patiënt de informatie van het ziekenhuis heeft begrepen. Daarbij kan de huisarts aangeven hoe hij de patiënt kan ondersteunen bij zijn keuze voor (de plaats van) de oncologische behandeling. Dit biedt de patiënt gelegenheid om een pas op de plaats te maken en op basis van de informatie van het ziekenhuis een weloverwogen besluit te nemen, waarbij de huisarts ingaat op de wensen, mogelijkheden en motivatie van de patiënt.

Bij eventuele preferentiegevoelige beslissingen in het behandelplan van het ziekenhuis kan de huisarts de verschillende opties met de patiënt bespreken, inclusief de voor- en nadelen op korte en lange termijn. Zo mogelijk gebruikt de patiënt hierbij keuzehulpen.

De huisarts vraagt zo nodig nadere informatie aan de specialist en/of begeleidt de patiënt bij zijn voorbereiding van een gesprek met de specialist over het behandelplan.

Keuzehulpen

Keuzehulpen voor patiënten geven de patiënt inzicht in:

- de beschikbare opties;
- de mogelijke consequenties van iedere optie;
- de manier waarop hij de consequenties van iedere optie waardeert (preferentieconstructie).

De patiënt kan desgewenst actief deelnemen aan de besluitvorming. Keuzehulpen kunnen gedeelde besluitvorming effectief ondersteunen en verhogen de kwaliteit van het besluitvormingsproces.⁶²

De keuze van de patiënt voor eventuele behandelopties en de plaats van de behandeling is afhankelijk van kwaliteitsinformatie over behandelaars, maar ook van persoonlijke factoren zoals comorbiditeit en levensperspectief.

Onderzoek toont aan dat interventies gericht op gezamenlijke besluitvorming positieve effecten hebben op de risicoperceptie van patiënten, hun kennisniveau over de aandoening en de voor- en nadelen van behandelopties, de mate waarin zij zich geïnformeerd voelen en tevredenheid over het besluitvormingsproces. Gezamenlijke besluitvorming kan leiden tot andere keuzes. De inzet van keuzehulpen in het be-

⁶¹ Berendsen AJ, De Jong GM, Meyboom-de Jong B, Dekker JH, Schuling J. Transition of care: experiences and preferences of patients across the primary/secondary interface - a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2009 Apr 7;9:62.

⁶² Van der Weijden T, Sanders-van Lennep A. Keuzehulpen voor de patiënt. *Huisarts en Wet* 2012;11:516-521.

sluitvormingsproces leidt er bijvoorbeeld toe dat minder patiënten kiezen voor ingrijpende operaties.⁶³ De website www.kanker.nl is bedoeld om zowel patiënt als arts van betrouwbare informatie te voorzien. Ontsluiting van deze informatie kan worden bevorderd door samenwerking met Thuisarts.nl en Haweb.

4.5. Kanker bij kwetsbare ouderen en patiënten met comorbiditeit

Meer dan 70 procent van de patiënten met kanker heeft een of meer andere (chronische) ziekten: 26 procent heeft diabetes, 24 procent een coronaire hartziekte, 23 procent artrose, 19 procent een chronische nek-of rugaandoening en 18 procent COPD.⁶⁴

Voor deze patiënten zijn een integrale benadering en gedeelde besluitvorming bij uitstek op zijn plaats met aandacht voor de medische voorgeschiedenis en de behoeften, voorkeuren, mogelijkheden en motivatie van de patiënt. Met name bij oudere kwetsbare patiënten kunnen vragen spelen over de zin, effectiviteit en belasting van oncologische diagnostiek en behandeling. Dit geldt ook voor de behandeling van bestaande comorbiditeit. Daarnaast is betrokkenheid van de patiënt bij de keuze voor de plaats van de diagnostiek van belang met het oog op persoonlijke context. Denk hierbij bijvoorbeeld aan een weinig mobiele oudere partner of mantelzorgverlener.

De zorg voor (oudere en kwetsbare) kankerpatiënten met comorbiditeit vraagt daarom om extra inzet van de huisarts, gezamenlijke besluitvorming over het behandelplan en afstemming met de specialist, apotheker en andere zorgverleners.

4.6. Voorwaarden voor versterking begeleidende rol van de huisarts

Onmisbare voorwaarde voor een sterke begeleidende rol van de huisarts in de overgang van diagnostische fase naar behandelfase is tijdige en adequate informatie van de specialist over diagnostiek en de eventuele behandelopties, inclusief de voor- en nadelen ervan, via digitale informatievoorziening.

Aanbevolen wordt dat de preferentiegevoelige behandelopties in de oncologische richtlijnen worden geïntegreerd met patiëntenvoorlichting en keuzehulpen, zodat huisarts en patiënt een toegankelijk overzicht hebben van de beschikbare kennis.

Gedeelde besluitvorming stelt extra eisen aan attitude en communicatievaardigheden van de huisarts. Dat geldt met name bij zorg voor patiënten met kanker, gezien de aard van de aandoening. Het is nodig om hieraan aandacht te besteden in de huisartsopleiding en nascholing. Die aandacht is zeker geboden voor patiënten met geringe gezondheidsvaardigheden: anderstaligen, laag opgeleiden, patiënten met een lage sociaal-economische status, migranten. Gebrek aan kennis kan makkelijk leiden tot misvattingen over kanker, zoals: kanker is besmettelijk, je roept het over je af door er over te praten, het leidt onherroepelijk tot de dood en operatie leidt tot uitzaaiingen.

4.7. Aanbevelingen diagnostische fase

Voor de huisarts

- Huisartsen kennen de voorspellende waarde van enkelvoudige klachten en symptomen van kanker en plaatsen deze in een zo compleet mogelijke profiel van de patiënt, rekening houdend met familiale belasting, leefomstandigheden en gewoonten, medische geschiedenis en bijkomende klachten en symptomen.
- De huisarts is alert op een mogelijk erfelijk en/of familiair verhoogd risico op kanker. Navraag naar voorkomen van kanker in de familie maakt onderdeel uit van de anamnese bij een vermoeden van kanker.

⁶³ Faber M, Harmsen M, Van der Burg S, Van der Weijden, T. Gezamenlijke besluitvorming & zelfmanagement. IQ Healthcare, UNC St Radboud. 2013.

⁶⁴ Van Oosterom S, Picavet S, Van Gelder B et al. Multimorbiditeit en comorbiditeit in de Nederlandse bevolking / gegevens huisartsenpraktijken, NTvG, 2011.

- Huisartsen zijn zich bewust van het gebrek aan kennis over en misverstanden rond kanker, met name onder migranten. De huisarts vraagt patiënten actief naar hun kennis en opvattingen.
- De huisarts zorgt bij verwijzing naar de specialist voor een goede informatievoorziening conform de richtlijnen. Die informatie bevat de reden voor verwijzing, bevindingen van onderzoek, ziektegeschiedenis, comorbiditeit, fysieke/psychosociale klachten, medicatie, familiegeschiedenis en eventuele behandelwensen van de patiënt.
- De huisarts zorgt ervoor dat de specialist direct contact met hem kan opnemen voor consultatie en overleg. Bij verwijzing zijn hiervoor contact- en bereikbaarheidsgegevens in de informatievoorziening opgenomen.
- De huisarts volgt het diagnostische traject en overlegt met de specialist bij onverwachte en onwenselijke vertraging en andere relevante gebeurtenissen.
- De huisarts maakt afspraken met de patiënt over het onderhouden van contact tijdens de diagnostische fase. De huisarts kan in dat contact nagaan of de patiënt de informatie van het ziekenhuis heeft begrepen en geeft aan desgewenst bereid te zijn een ondersteunende rol te willen spelen bij de keuze voor (de plaats van) de behandeling. Hij gaat daarbij in op de wensen, mogelijkheden en motivatie van de patiënt.
- De behandeling van comorbiditeit blijft in de diagnostische fase in principe in handen van de huisarts.

Voor NHG en huisartsopleiding

- Het werken op basis van gedeelde besluitvorming stelt extra eisen aan attitude en communicatievaardigheden van de huisarts. Dat vraagt aandacht in de huisartsopleiding en de nascholing. Dit geldt overigens niet alleen voor deze categorie patiënten.

Voor het NHG in samenwerking met andere beroepsorganisaties

- Zorg voor richtlijnen voor de registratie en digitale gegevensuitwisseling over oncologische zorg (diagnosen, behandelingen, patiëntvoorkeuren, betrokken behandelaars) ter bevordering van een afgestemd transmuraal zorgpad.
- [Thuisarts.nl](https://thuisarts.nl) verwijst naar betrouwbare informatie over de (kwaliteit) van oncologische zorg.

Voor specialistische beroepsverenigingen

- De oncologische richtlijnen en daarvan afgeleide patiëntenvoorlichting integreren informatie over voor- en nadelen en keuzehulpen voor preferentiegevoelige behandelopties, waarmee huisarts en patiënt een toegankelijk overzicht hebben van de kennis over effecten en risico's van de behandelopties.

Voor de ziekenhuizen

- De huisarts ontvangt van de betrokken zorgverlener(s) in het ziekenhuis tijdig (conform de richtlijnen informatie-uitwisseling) de uitslagen, medicatiegegevens, de behandelopties en -besluiten en de te verwachten resultaten en mogelijke complicaties. Daarbij horen ook contact- en bereikbaarheidsgegevens.
- Bij onverwachte vertraging of gebeurtenissen in de diagnostische fase informeert de specialist de huisarts.
- De specialist in het ziekenhuis zorgt ervoor dat de huisarts direct contact met hem kan opnemen voor consultatie en overleg.

5. BEHANDELFASE

De behandeling van kanker vindt, uitgezonderd sommige vormen van huidkanker, plaats in het ziekenhuis op basis van bestaande richtlijnen en normen.⁶⁵ De patiënt ontvangt de behandeling in een naburig ziekenhuis als het kan en verder weg als het moet voor gecompliceerde specialistische behandelingen.

5.1. Huisarts houdt contact met de patiënt

In de behandel fase volgt de huisarts de behandeling en is hij beschikbaar voor de patiënt en zijn naasten om hun ervaringen en eventuele keuzes te bespreken. Het is belangrijk om bij belangrijke beslismomenten de vaste behandelrelatie met de patiënt te benutten en te consolideren in de behandel fase, wat voor de patiënt vaak een onzekere periode is. Tijdens de kankerbehandeling hebben patiënten vaak vragen, bijvoorbeeld over bijwerkingen, de zin van een behandeling en psychosociale problematiek. Huisarts en patiënt spreken daarom tijdens de behandel fase af hoe en met welke regelmaat zij hierover contact onderhouden.

Omdat het vaak lastig is om kanker in een vroeg stadium te diagnosticeren is het raadzaam na de diagnostische fase het moment van verwijzing een keer met de patiënt te bespreken. De patiënt kan immers het gevoel hebben dat hij te laat is verwezen. Openheid over verwachtingen en mogelijkheden over de vaak lastige diagnostiek van kanker kan de patiënt helpen zijn vertrouwen in de huisarts te behouden.

Aandacht voor communicatie met en goede informatievoorziening aan de patiënt met kanker en diens omgeving draagt bij aan een betere prognose. Patiënten die goed geïnformeerd zijn over hun ziekte en behandeling hebben op langere termijn minder last van angst en depressieve gevoelens.⁶⁶ De (huis)arts kan bijdragen aan een betere prognose door (voor kanker behandelde) patiënten te informeren over te verwachten klachten en over het belang van goede voeding en beweging. De huisarts kan eventueel verwijzen naar een fysiotherapeut, een diëtist, psychosociale zorg (bijvoorbeeld een POH-GGZ, psycholoog, geestelijk verzorger en inloophuizen), en bij meervoudige en complexe problematiek naar een revalidatiecentrum. De huisarts kan patiënten ook helpen te leren omgaan met persisterende klachten.

De huisarts heeft tijdens de behandel fase aandacht voor somatische, psychische en sociale aspecten en (terugkeer) naar werk. Het kan helpen om de patiënt de LAST-meter te laten invullen als voorbereiding op een consult.^{67,68} Samenwerking en afstemming met behandelaars in het ziekenhuis – bijvoorbeeld met een individueel zorgplan – is nodig om doublures te voorkomen.

De huisarts gebruikt in de zorg voor oncologische patiënten specifieke (samenwerkings)richtlijnen zoals de richtlijn Ondervoeding bij patiënten met kanker, de richtlijn Detecteren behoefte psychosociale zorg, de richtlijn Oncologische revalidatie en de LESA Ondervoeding.

⁶⁵ Multidisciplinaire normen oncologische zorg in Nederland, Stichting Oncologische Samenwerking SONCOS, december 2012.

⁶⁶ Information provision and patient reported outcomes in cancer survivors: with a special focus on thyroid cancer. Olga Husson proefschrift 1 maart 2013, Universiteit Tilburg.

⁶⁷ Zie richtlijn Detecteren behoefte aan psychosociale zorg.

⁶⁸ Antuma, GT. Belangenbehartiger voor de patiëntenvereniging Borstkankervereniging Nederland. Het perspectief van de patiënt. Mammacarcinoom. Bijblijven. Tijdschrift Praktische huisartsgeneeskunde. 2013-3; 47-53.

Omdat behandeling van kanker steeds meer ambulante plaats vindt, neemt de kans toe dat een huisarts wordt geconfronteerd met vragen over (problemen als gevolg van) de kankerbehandeling. Enig inzicht in de gevolgen van de vele behandelingen van kanker is voor deze begeleidende rol noodzakelijk.⁶⁹

5.2. Multimorbiditeit

Patiënten met comorbiditeit gebruiken vaak medicijnen voor hun (chronische) aandoening, die nadelige effecten kunnen hebben op hun kankerbehandeling of de bijwerkingen daarvan en vice versa. Goede en volledige medicatieoverdracht is erg belangrijk om mogelijke interacties tussen geneesmiddelen te monitoren. Uit Nederlands onderzoek blijkt dat bijna de helft van de kankerpatiënten medicijnen slikt die de resultaten van de kankerbehandeling negatief kunnen beïnvloeden.⁷⁰ De richtlijnen geven nog weinig houvast hoe om te gaan met multimorbiditeit en de bijbehorende polyfarmacie. Het is een goede ontwikkeling dat IKNL bij de modulaire herziening van tumorspecifieke richtlijnen aandacht gaat besteden aan afwegingen bij behandeling van patiënten met multimorbiditeit en het NHG hierbij betreft. De verantwoordelijkheid voor de behandeling van comorbiditeit blijft in de behandel fase zo veel mogelijk in handen van de huisarts. De huisarts onderhoudt daarbij korte lijnen met de behandelaar in het ziekenhuis in verband met mogelijke vragen over potentiële interactie van de kankerbehandeling met die van andere aandoeningen en mogelijke aanpassing van het behandelplan. In een periode van ontregeling door bijvoorbeeld intensieve chemotherapie is overleg over overname van het hoofdbehandelaarschap met de specialist op zijn plaats.

5.3. Onderlinge gegevensuitwisseling en consultatie

Samenwerkingsafspraken tussen ketenpartners (zoals huisartsen, specialisten, verpleegkundigen, apothekers) leggen de regelingen vast met betrekking tot verwijzing, verantwoordelijkheden, informatievoorziening aan patiënten en overdracht van gegevens.⁷¹ Het is raadzaam ook afspraken te maken over consultatie tijdens de behandel fase. De huisarts moet rechtstreeks contact kunnen hebben met de behandelend specialist en vice versa.

Op verschillende momenten in het behandeltraject bespreken de zorgverleners de uitslagen en het verloop van de behandeling in het MDO. De patiënt, de huisarts en andere behandelaars ontvangen de relevante gegevens uit het MDO, zoals aanpassingen van het behandelplan en van de medicatie. Deze medische gegevens worden door de huisarts vastgelegd in het elektronisch huisartsenpatiënten dossier (H-EPD). De afspraken die het ziekenhuis maakt met de patiënt over zorg en behandelingen worden vastgelegd in het individueel zorgplan.

Inzage in het individueel zorgplan is essentieel om de patiënt goed te kunnen begeleiden. Voor een afgestemde en samenhangende zorg is het nodig dat er wordt gewerkt met een voor de patiënt en alle betrokken zorgverleners in de eerste en tweede lijn toegankelijk individueel zorgplan.

5.4. Individueel zorgplan

In het ziekenhuis en in de eerste lijn werkt iedere beroepsgroep met een behandel(zorg)plan. Soms heeft ook de patiënt een persoonlijk gezondheidsdossier. Het individueel zorgplan (IZP) verbindt deze plannen door de relevante afspraken met de patiënt weer te geven. Het IZP kan een belangrijke rol spelen in het versterken en het benoemen van de verantwoordelijkheden van de patiënt en van de professional in het behandelproces en maakt het mogelijk het zorgproces te monitoren.

⁶⁹ Bröker L, Eekhof J (red). Ontwikkelingen in de oncologie. Klinische relevantie voor de huisarts. Huisarts en Wetenschap/BohnStafleu van Loghum, 2013.

⁷⁰ Erasmus MC, Pas op met medicatie tijdens chemotherapie. www.erasmusmc.nl/perskamer/archief/2012/3872573/.

⁷¹ [http://nvog-documenten.nl/uploaded/docs/24Normering_Rapport_SONCOS_Februari_2014\[1\].pdf](http://nvog-documenten.nl/uploaded/docs/24Normering_Rapport_SONCOS_Februari_2014[1].pdf).

Individueel zorgplan

Het individueel zorgplan (IZP) is de dynamische set afspraken van de zorgverlener(s) en de patiënt over de zorg en het zelfmanagement. Deze afspraken zijn gebaseerd op de individuele doelen, behoeften en de situatie van de patiënt. Die vormen de kern van het proces van de individuele zorgplanning.⁷²

De noodzaak/meerwaarde van een individueel zorgplan is afhankelijk van de complexiteit van de situatie van de patiënt, het aantal hulpverleners dat (zijdelings) betrokken is en de behoefte van de patiënten.

Het opstellen van het oncologische behandelplan en de hierover gemaakte afspraken in het individueel zorgplan zal in deze fase worden gestart in het ziekenhuis. Wanneer de patiënt al een individueel zorgplan heeft vanwege één of meer chronische aandoeningen, moet het plan voor de oncologische zorg hierbij aansluiten.

5.5. Aanbevelingen behandelfase

Voor de huisarts

- De huisarts is tijdens de behandelfase beschikbaar als continue factor in de zorg voor de patiënt en als gesprekspartner voor de patiënt en zijn gezinsleden/mantelzorgers. De huisarts maakt daarom met de patiënt een afspraak over contacten tijdens de behandelfase in het ziekenhuis om te waarborgen dat hij de patiënt niet uit het oog verliest.
- De huisarts heeft de mogelijkheid om rechtstreeks contact op te nemen met de specialist die de patiënt in het ziekenhuis behandelt en vice versa.
- De huisarts heeft voldoende kennis van de invloed van de meest voorkomende kankerbehandelingen en stelt zich zo nodig op de hoogte van interacties met actuele behandeling van comorbiditeit.
- Op basis van het behandelplan dat in overleg met de patiënt door de specialist is opgesteld bekijkt de huisarts met de patiënt of het zinvol is om een individueel zorgplan op te stellen om de zorg te structureren en afspraken vast te leggen: zo simpel en overzichtelijk als mogelijk. De invulling is mede afhankelijk van de complexiteit van de patiënt en het aantal hulpverleners dat (zijdelings) betrokken is. Voor de patiënt die al een individueel zorgplan heeft, is het bestaande plan voor het ziekenhuis het vertrekpunt voor afspraken over de oncologische zorg.
- De verantwoordelijkheid voor de behandeling van comorbiditeit van patiënten met kanker blijft in de therapeutische fase – afstemming met de behandelaar in het ziekenhuis – zo veel mogelijk in handen van de huisarts.

Voor medisch specialisten

- Voor patiënten met comorbiditeit is het bestaande behandel- en individueel zorgplan het vertrekpunt voor de afspraken met de patiënt voor de oncologische zorg.

Voor het NHG

- Het NHG ondersteunt de implementatie van het werken met het en schenkt daarbij aandacht aan patiëntenvoorlichting.
- Het NHG biedt oncologische nascholing voor huisartsen over medische problemen die kunnen ontstaan door een kankerbehandeling.

⁷² Het NHG heeft samen met Vilans, Vitavalley en NPCF (mede namens de leden NFK, Hart&Vaatgroep, DVN en Longfonds patiënten vereniging) een programma van eisen en een referentiemodel opgesteld voor een Individueel Generiek Zorgplan in opdracht van Kwaliteitsinstituut met subsidie van ZonMW.

Voor NHG, Nictiz en NVZ

- Het NHG maakt in samenwerking met relevante partijen richtlijnen voor registratie en digitale gegevensuitwisseling over oncologische zorg (diagnosen, behandelingen, patiëntvoorkeuren, betrokken behandelaren) om de communicatie te standaardiseren en daarmee te vergemakkelijken.

Voor het NHG, OMS en IKNL

- Er vindt afstemming plaats over het werken met een individueel zorgplan voor patiënten met kanker en de implementatie daarvan wordt ondersteund.
- Het NHG zorgt in samenwerking met externe partijen voor het ontsluiten van beschikbare kennis over de invloed van oncologische therapie op reeds aanwezige chronische ziekten en vice versa.

Voor (regionale) samenwerkingsverbanden van huisartsen/zorggroepen

- Het regionale samenwerkingsverband van huisartsenpraktijken heeft samenwerkingsafspraken met het regionale ziekenhuis over de behandeling van patiënten met kanker met aandacht voor verantwoordelijkheden, onderlinge consultatie, informatievoorziening aan patiënten, overdracht van gegevens en consultatie. Het regionale ziekenhuis heeft de verantwoordelijkheid voor de coördinatie van de oncologische zorg.

Voor onderzoekers

- Er wordt onderzoek gedaan naar de effectiviteit van het werken met het individueel zorgplan.

6. NAZORG EN NACONTROLE

Na afronding van de (primaire) kankerbehandeling komt de patiënt in de nazorgfase. De nacontrole is hier onderdeel van. In het ziekenhuis wordt een (tumorspecifiek) nazorgplan opgesteld. De nacontrole betreft diagnostiek op terugkeer van de ziekte (mits vroegdiagnostiek leidt tot betere uitkomsten voor overleving en/of kwaliteit van leven) en de directe gevolgen van de behandeling via gepland medisch onderzoek. De nazorg richt zich op het beperken van de ziektelast, revalidatie en signaleren, begeleiden en behandelen van gevolgen van (de behandeling van) kanker. Vaak is het nog onduidelijk of de patiënt na de in opzet curatieve behandeling daadwerkelijk is genezen. De kansen hierop verschillen per tumorsoort en -staging.⁷³

6.1. Nacontroles

De geprotocolleerde oncologische nacontroles vinden nu doorgaans plaats in het ziekenhuis, maar vergen lang niet altijd specialistische competenties en vaardigheden. Veel patiënten ontnemen vertrouwen en geruststelling aan de gang naar het ziekenhuis, hoewel de nacontroles in veel gevallen niet *evidence-based* zijn en slechts voor enkele tumorsoorten leiden tot betere opsporing.^{74,75} Aangevoerd is dat intensieve nacontroles bij een groot aantal tumorsoorten geen of een beperkt effect hebben op de overleving.⁷⁶ Bij bijvoorbeeld borstkanker ontdekken patiënten zelf de meeste recidief-ziekteactiviteit. Zij bezoeken dan vaak eerst de huisarts en niet de specialist.

Er is beperkt onderzoek gedaan naar het verschil tussen nacontroles in de eerste en in de tweede lijn (bij borst- en darmkanker). Dit onderzoek laat geen verschillen zien in patiënttevredenheid, aantal gevonden recidieven, tijdstip van ontdekken en overleving.^{78,79} Het belangrijkste verschil zit in de hogere kosten in het ziekenhuis, doordat specialisten sneller overgaan tot invasief onderzoek.⁸⁰ Patiëntkenmerken (zoals conditie en leeftijd, eventuele comorbiditeit en eigen voorkeur), de complexiteit van de kanker en het perspectief van zinnige en zuinige zorg kunnen een belangrijke rol spelen bij de beslissing waar de controles bij voorkeur zouden moeten plaatsvinden.

⁷³ Kanker in Nederland tot 2020. Trends en prognoses. KWF Kankerbestrijding i.s.m. Vereniging van Integrale Kankercentra, 2011.

⁷⁴ Von Meyenfeldt M, Boersma L, Maessen J, Keymeulen K. Follow-up in de oncologie: patiënt- ziektespecifiek. Ned Tijdschr Geneesk, 2011;155: A4127.

⁷⁵ Lewis RA et al. Patients' and healthcare professionals' views of cancer follow-up: systematic review. Brit J Gen Pract 2009;59:234-247.

⁷⁶ Von Meyenfeldt M, Boersma L, Maessen J, Keymeulen K. Follow-up in de oncologie: patiënt- én ziektespecifiek. Ned Tijdschr Geneesk. 2011;155:A4127.

⁷⁷ De Bock GH, Bonnema J, Van der Hage J, Kievit J, Van der Velde CJ. Effectiveness of routine visits and routine tests in detecting isolated locoregional recurrences after treatment for early-stage invasive breast cancer: a meta-analysis and systematic review. J Clin Oncol. 2004;22:4010-8.

⁷⁸ Lewis RA, Neal RD, Williams NH, France B, Hendry M, Russell D, Hughes DA, Russell I, Stuart NS, Weller D, Wilkinson C. Follow-up of cancer in primary care versus secondary care: systematic review. Br J Gen Pract. 2009;59(564):e234-47.

⁷⁹ Grunfeld E, Levine MN, Julian JA, Coyle D, Szechtman B, Mirsky D, Verma S, Dent S, Sawka C, Pritchard KI, Ginsburg D, Wood M, Whelan T. Randomized trial of long-term follow-up for early-stage breast cancer: a comparison of family physician versus specialist care. J Clin Oncol. 2006;24(6):848-55.

⁸⁰ Augestad KM, Norum J, Dehof S, Aspevik R, Ringberg U, Nestvold T, Lindsetmo RO. (2013). Cost-effectiveness and quality of life in surgeon versus general practitioner-organised colon cancer surveillance: A randomised controlled trial. BMJ Open, 3. doi: 10.1136/bmjopen-2012-002391.

Buitenlands onderzoek naar nacontroles bij patiënten met borstkanker en patiënten met colorectale tumoren toont aan dat het effectiever en goedkoper is als huisartsen deze controles doen. Een minderheid van de Nederlandse huisartsen is echter op dit moment bereid om de verantwoordelijkheid hiervoor te nemen.^{81,82} De door de huisartsen meest genoemde barrières om de nacontroles van de specialist over te nemen zijn: de voorkeur van de patiënt voor de specialist, het idee over onvoldoende kennis en ervaring te beschikken en de te hoge werkdruk. Door onderzoekers wordt geconcludeerd dat substitutie van nacontroles bij patiënten met borstkanker kan plaatsvinden aan de hand van door de huisarts en specialist opgestelde werkafspraken voor nacontroles, training van huisartsen en passende randvoorwaarden voor de uitvoering in de eerste lijn.

Ook Amerikaans onderzoek laat zien dat succesvolle samenwerking en afstemming tussen specialist en huisarts in de oncologische nazorg in belangrijke mate afhankelijk is van een *shared care*-model, scholing van huisartsen op het gebied van oncologische nazorg en de prevalentie van soorten kankerpatiënten in de huisartsenpraktijk.⁸³

Dit komt overeen met eerste Nederlandse ervaringen, waarin oncologische nacontroles van borstkanker naar ieders tevredenheid door de huisarts worden uitgevoerd op basis van een gedeelde visie op zorg, goede samenwerkingsafspraken en korte lijnen.⁸⁴

6.2. Inzetten op nacontroles door de huisarts onder voorwaarden

Op inhoudelijke gronden is er voldoende aanleiding om in te zetten op het gedeeltelijk overnemen van oncologische nacontroles van patiënten door de huisarts, zoals onder meer door de Gezondheidsraad is bepleit. Nacontroles vinden plaats tijdens de nazorg en bij voorkeur onder regie van een zorgverlener die goed weet hoe het de patiënt in alle opzichten vergaat na de kankerbehandeling. Huisartsen zien in de eerste vijf jaar na de behandeling patiënten die zijn behandeld voor kanker ook significant vaker in vergelijking met een controlepopulatie.⁸⁵ Dubbelconsumptie is onwenselijk en daarom moeten duidelijke afspraken worden gemaakt.

Een begin met substitutie naar de huisartsenpraktijk kan in overleg met specialisten worden gemaakt met de nacontroles waarvan de uitvoering in de eerste lijn mogelijk is en de effectiviteit wetenschappelijk is onderbouwd. Dit geldt voor de nacontroles voor mammacarcinoom en coloncarcinoom. Aanvullende overheveling van oncologische nacontroles dient afhankelijk te zijn van *evidence*, de mogelijkheid om de controles uit te kunnen voeren in de huisartsenpraktijk en eventuele eisen aan het volume met het oog op noodzakelijke ervaring voor kwalitatief goede zorg.⁸⁶ Het ligt voor de hand om eerst te kijken naar de vijf meest voorkomende kankersoorten, die ongeveer 80 procent van de in Nederland voorkomende kanker vertegenwoordigen.

Het overnemen van de nacontroles door huisartsen vraagt om een *shared care*-model met een gedeelde visie op zorg, werkafspraken en korte lijnen tussen huisartsen en zorgverleners in het ziekenhuis. De praktijkorganisatie moet hierop worden ingericht en er is voldoende financiering nodig. Taakdelegatie en operationele uitvoering door praktijkverpleegkundigen in de huisartsenpraktijk en oncologisch verpleegkundigen in huisartsensamenwerkingsverbanden kunnen een rol spelen in de uitvoering van de nazorg. Specialisten moeten huisartsen op de hoogte houden van de eventuele problemen bij patiënten in deze fase en huisartsen moeten weten waar ze dan zo nodig hulp kunnen vinden. Aanbevolen wordt het (wetenschappelijke onderbouwde) protocol voor de nacontrole toe te voegen aan

⁸¹ Roorda C, Berendsen AJ, Haverkamp M, Van der Meer K, De Bock GH. Discharge of breast cancer patients to primary care at the end of hospital follow-up: A cross-sectional survey. *Eur J Cancer*. 2013;49(8):1836-44.

⁸² Wind J, Duineveld LA, Van der Heijden RP, Van Asselt KM, Bemelman WA, Van Weert HC. Follow-up after colon cancer treatment in the Netherlands: a survey of patients, GPs and colorectal surgeons. *Eur J Surg Oncol*. 2013 Aug;39(8):837-43.

⁸³ Klabunde CN, et al. *Fam Medicine* 2013; 45; 463-74.

⁸⁴ Marselis, D. Huisarts als reisagent voor kankerpatiënt. *Mednet* 2013;11; 24-25.

⁸⁵ Heins MJ, Korevaar JC, Rijken PM, Schellevis FG. For which health problems do cancer survivors visit their General Practitioner? *Eur J Cancer*. 2013;49(1):211-8.

⁸⁶ Nacontrole in de oncologie. Gezondheidsraad, 2007.

de tumorgerichte richtlijnen met aandacht voor een gedeelde visie op zorg en onderlinge consultatie van zorgverleners, risico's op lange termijneffecten van de kankerbehandeling en differentiatie ten aanzien van de plaats van de nacontrole op basis van patiënt- en tumorkenmerken.

Het ligt voor de hand om te starten met de nacontroles van enkele veel voorkomende kankersoorten, waarvoor de effectiviteit is onderbouwd.

Op basis van deze richtlijnen kunnen regionale samenwerkingsafspraken en zorgpaden worden gemaakt tussen huisartsen en specialisten. Voor de organisatie daarvan is de inzet van de samenwerkingsverbanden van huisartsen/zorggroepen op zijn plaats.

Over substitutie van nacontroles is ook overeenstemming nodig met zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties. Dit vergt mogelijk aanpassing van de praktijkorganisatie en vraagt om een passende financiering.

6.3. Nazorg

De nazorg wordt gemarkeerd door 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, zoals moeheid, cognitieve dysfunctie, slaapproblemen en pijn. In de huidige situatie van intramurale nacontroles kan de patiënt hiervoor in het kader van nazorg contact hebben met een verpleegkundig specialist; de nacontrole wordt dan veelal verricht door de specialist.

De huisarts kan de nazorg overnemen en zich daarbij richten op de bevordering van zelfredzaamheid en zelfmanagement van de patiënt. Zo nodig wordt verwezen naar gespecialiseerde zorgverleners in het lokale en/of regionale samenwerkingsnetwerk van de huisartsenpraktijk in de eerste lijn. Voorwaarde is dat de huisarts op tijd weet dat de behandeling is afgesloten en inzage heeft in het nazorgplan van het ziekenhuis. Het voordeel voor patiënten is dat er minder hulpverleners betrokken zijn, integratie met de begeleiding bij eventuele comorbiditeit en goed toegankelijke zorg dichtbij huis.

Zelfmanagement⁸⁷

Zelfmanagement is de mate waarin iemand met een of meer ziekten en/of beperkingen in staat is om de regie over het leven te houden tot zover hij dat wil en kan, door goed om te gaan met symptomen, behandeling, lichamelijke, sociale en psychologische gevolgen van de ziekte(n) en /of beperkingen en daarbij horende leefstijlaanpassingen, in samenhang met de sociale omgeving.

De ondersteuning van zelfmanagement in het hele zorgcontinuüm is maatwerk. 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 onder wisselende omstandigheden kan hanteren. De mogelijkheid om zelf regie te voeren verschilt per individu en kan ook sterk verschillen per ziektefase. Over het algemeen zijn deze mogelijkheden geringer onder laaggeletterde patiënten, zoals veel migranten. Bij hen kan een meer sturende rol van de huisarts van belang zijn.

De huisarts bespreekt met de patiënt de terugkeer naar werk en werkt daarbij zo nodig samen met de bedrijfsarts. Uit een achtergrondstudie bij het KWF-rapport over nazorg blijkt dat patiënten met kanker in de nazorgfase met name behoefte hebben aan een ondersteunende en gidsende rol van de huisarts op het gebied van revalidatiemogelijkheden en (indien van toepassing) re-integratie naar werk.⁸⁸

De huisarts maakt in de nazorg gebruik van de hiervoor beschikbare richtlijnen zoals Herstel na Kanker, Detecteren behoefte psychosociale zorg en Oncologische revalidatie.⁸⁹ Het verdient aanbeveling dat bestaande richtlijnen worden geïntegreerd in een generieke praktijkwijzer Oncologische nazorg in de huisartsenpraktijk met ook aandacht voor voeding, psychosociale problemen en terugkeer naar werk.

⁸⁷ Landelijk Actieprogramma Zelfmanagement/aanvullingen van de Kerngroep Zelfmanagement, CBO 2011.

⁸⁸ Knotnerus prof.dr. JA, dr. JFAM Wijffels. Nazorg bij kanker: de rol van de eerste lijn. KWF Kankerbestrijding, 2010.

⁸⁹ www.oncoline.nl/herstel-na-kanker; www.oncoline.nl/detecteren-behoefte-psychosociale-zorg; www.oncoline.nl/oncologische-revalidatie.

De huisarts overlegt met de patiënt of een individueel zorgplan zinvol is om in aansluiting op het nazorgplan een individueel zorgplan op te stellen (of het een bestaand individueel zorgplan worden aangepast. In het individueel zorgplan kan men de nazorg structureren en afspraken overzichtelijk vastleggen: zo simpel en overzichtelijk als mogelijk. Het gebruik van het individueel zorgplan voor de oncologische nazorg is afhankelijk van de complexiteit van de situatie van de patiënt, het aantal hulpverleners dat (zijdelings) betrokken is, de behoefte, mogelijkheden en motivatie van de patiënt. Er worden keuzes gemaakt voor de verdere begeleiding en behandeling om lichamelijke en psychosociale schade/restklachten door kanker te beperken. Met name in situaties waar geen intensieve zorg nodig is, kan de patiënt bewust afzien van het vastleggen van afspraken over behandeldoelen en zelfmanagement.

Patiënten hebben verschillende behoeften en verwachtingen van de huisarts, die ook in de loop van de tijd kunnen veranderen. Belangrijk is steeds dat in de verschillende fasen van het ziekte- en (eventuele) herstelproces rekening wordt gehouden met de behoefte en wensen van de patiënt, dat duidelijk is wie hij voor welke zaken en problemen moet consulteren en dat de betrokken zorgverleners van elkaars inbreng in het zorgproces op de hoogte zijn. De afspraken met de patiënt worden vastgelegd en zo vaak als nodig aangepast in het individueel zorgplan.

Het tijdig herkennen van behoefte aan psychosociale ondersteuning heeft een positief effect op de kwaliteit van leven van de patiënt, de tevredenheid met de zorg en komt ten goede aan de communicatie met de zorgverleners.⁹⁰ Patiëntenplatforms als www.kanker.nl en lotgenotencontacten kunnen een belangrijke rol spelen in de loop van het ziekte- en verwerkingsproces.⁹¹

Patiënten met behoefte aan psychosociale ondersteuning kunnen, afhankelijk van de vraag en mogelijkheden, begeleiding krijgen van de huisarts of POH-GGZ, of worden verwezen naar oncologische revalidatie, gespecialiseerd aanbod op het gebied van ondersteuning van kankerpatiënten (bijvoorbeeld oncologieverpleegkundigen) en/of lotgenotencontact.

Beschikbaarheid van een sociale kaart is voorwaarde om de verwijzfunctie goed te kunnen invullen. Op initiatief van KWF Kankerbestrijding, IKNL en NFK wordt een Digitale Verwijsgids Oncologie ontwikkeld, die bij verwijzing behulpzaam kan zijn.

6.4. Langetermijneffecten

Er komt steeds meer kennis over mogelijke langetermijneffecten van kankerbehandelingen. Veel nadelige effecten treden pas na jaren op. Voorbeelden zijn cardiotoxiciteit, metabool syndroom, osteoporose en groter risico op mammacarcinoom na behandeling van de ziekte van Hodgkin. Deze late effecten zijn soms te voorkomen of gunstig te beïnvloeden als ze tijdig worden opgespoord.⁹²

Het is van belang dat de huisarts goed op de hoogte is zodat hij er in de praktijk rekening mee kan houden. Voorop moet staan dat vroegdiagnostiek aantoonbaar tot betere uitkomsten leidt voor overleving en/of kwaliteit van leven.⁹³

Bij de groep patiënten die op jonge leeftijd kanker hadden, is gestructureerd speciale aandacht voor langetermijneffecten op zijn plaats. Jaarlijks wordt bij 550 Nederlandse kinderen kanker gediagnosticeerd. De vijfjaarsoverleving van kanker op jeugdige leeftijd is 80 procent. Twee derde van de overlevers van kinderkanker lijdt aan multimorbiditeit als gevolg van de ziekte en de behandeling. Bovendien heeft deze groep patiënten een verhoogd risico op een tweede kanker. Goede nazorg voor deze patiënten vraagt kennis van de huisarts over mogelijke langetermijneffecten van kinderkanker en alertheid hierop, evenals goede informatievoorziening voor deze groep patiënten.^{94,95}

⁹⁰ Zie de Richtlijn Detecteren behoefte psychosociale zorg. IKNL, 2010. www.oncoline.nl/detecteren-behoefte-psychosociale-zorg.

⁹¹ www.ipso.nl geeft een overzicht van inloophuizen en psycho-oncologische centra in Nederland.

⁹² Nuver J, Boer H, Bunskoek S, Siesling S, Berendsen AJ, Gietema JA. Late gevolgen van kankerbehandeling: gedeelde zorg. Huisarts Wet 2013;56(7):342-5.

⁹³ Berendsen AJ, Groot Nibbelink A, Blaauwbroek R, Berger MY, Tissing WJE. Second cancers after childhood cancer - GPs beware! Scand J Prim Health Care. 2013; 31:147-152.

⁹⁴ Mud MS, Kremer LCM, Sieswerda E, Van der Pal HJH. Zorg voor overlevenden van kinderkanker in Nederland. Ned Tijdschr Geneesk. 2012;156:A4199.

⁹⁵ Richtlijn follow-up na kinderkanker: meer dan 5 jaar na diagnose. Den Haag: SKION, 2010. http://archieff.skion.nl/bestanden/richtlijn_follow-up_na_kinderkanker_deel_1_boekje_met_aanbevelingen_1.pdf

6.5. Aanbevelingen nazorg

Voor de huisarts

- Nazorg van kankerpatiënten is persoonsgerichte, integrale en continue zorg. Deze zorg hoort daarom thuis in de eerste lijn, dichtbij de patiënt en alleen verder weg als het moet. Dit vraagt om een proactieve benadering van de huisarts met aandacht voor de somatische, psychische, sociale en spirituele aspecten, om aandacht voor directe naasten van de patiënt in het gezin of het samenlevingsverband en voor mantelzorgers, en om goede samenwerking met andere zorgverleners in de eerste lijn.
- Oncologische nazorg wordt dichtbij gegeven als het kan en verder weg als het moet.
- Oncologische nacontroles - gericht op vroege opsporing van recidieven en nieuwe tumoren en behandeling van klachten en symptomen die samenhangen met de tumor of behandeling - kunnen onder bepaalde voorwaarden door de huisarts worden verricht. Overheveling van oncologische nacontroles is afhankelijk van *evidence*, de mogelijkheid om de controles effectief uit te voeren in de huisartsenpraktijk, eventuele eisen die moeten worden gesteld aan volume met het oog op noodzakelijke ervaring voor kwalitatief goede zorg en goede samenwerkingsafspraken met het ziekenhuis.
- De patiënt en de huisarts bepalen of het zinvol is om op basis van het nazorgplan van de specialist een individueel zorgplan op te stellen of het bestaande plan aan te passen om de nazorg te structureren en afspraken vast te leggen: zo simpel en overzichtelijk als mogelijk. De invulling is mede afhankelijk van de complexiteit van de situatie van de patiënt en het aantal hulpverleners dat (zijdelings) betrokken is.
- De huisarts werkt zo nodig samen met de bedrijfsarts bij problemen van de patiënt met terugkeer naar werk.
- De huisarts draagt zorg voor adequate registratie van de doorgemaakte kankerbehandeling.
- De huisarts is alert op mogelijke manifestaties van late effecten van eerdere behandeling voor kanker. Daarnaast is de huisarts actief bij de preventie van mogelijke late effecten.

Voor het NHG

- De NHG-Richtlijnen geven aandacht aan mogelijke langetermijneffecten van de behandeling van doorgemaakte kanker.
- Het NHG geeft in samenwerking met andere partijen op [Thuisarts.nl](https://thuisarts.nl) publieks- en patiëntenvoorlichting over oncologische nazorg (onder meer over oncologische revalidatiecentra, relevante patiëntenorganisaties, lotgenotencontact en inloophuizen).
- Het NHG maakt een praktijkwijzer over oncologische nazorg in de eerste lijn met onder andere aandacht voor voeding, seksuele en psychosociale problemen en terugkeer naar werk met verwijsmogelijkheden.
- Voor het NHG, IKNL, medisch specialistische beroepsverenigingen, patiëntenorganisaties en verzekeraars
- De medisch specialistische beroepsverenigingen, IKNL, NHG en NFK maken richtlijnen voor de nacontrole en nazorg voor veelvoorkomende kankersoorten, als basis voor regionale transmurale zorgpaden.

Voor LHV en zorgverzekeraars

- Er wordt gezorgd voor passende randvoorwaarden om de beschreven proactieve rol van de huisarts in de oncologische nazorg en nacontrole te kunnen realiseren.

Onderzoeksfondsen en onderzoekers

- De substitutie van nacontroles naar de eerste lijn moet wetenschappelijk, organisatorisch en financieel worden geëvalueerd. Daarvoor zijn fondsen noodzakelijk. KWF Kankerbestrijding heeft al eerste stappen gezet, maar deze inspanning moet in de toekomst worden vergroot.
- Onderzoek naar effectiviteit, haalbaarheid, acceptatie, kwaliteit en doelmatigheid van nazorg en nacontrole bij kanker door huisartsen en specialisten moet ter hand worden genomen, te beginnen bij de vijf meest voorkomende kankersoorten.

7. PALLIATIEVE EN TERMINALE ZORG

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 grootste deel van de Nederlandse bevolking wil bij een ongeneeslijke ziekte bij voorkeur thuis sterven. In de praktijk overlijdt ongeveer 53 procent van alle patiënten met kanker of een chronische aandoening thuis of in een verzorgingstehuis. Huisartsen begeleiden naar schatting 12 tot 13 sterfgevallen per jaar. In bijna 40 procent is de doodsoorzaak kanker.⁹⁶

De verwachting is dat de vraag naar palliatieve zorg zal toenemen. Ondanks en dankzij de vooruitgang die wordt geboekt in de behandeling van maligniteiten sterven jaarlijks steeds meer mensen op een hogere leeftijd dan voorheen aan een kwaadaardige aandoening (soms aan een tweede of derde tumor). In 2012 stierf ruim 30 procent van de Nederlanders aan kanker.⁹⁷ Door de vergrijzing zullen vanaf 2020 naar verwachting jaarlijks ongeveer 50.0000 mensen sterven aan kanker.⁹⁸



Het spectrum van de palliatieve zorg: model van Joanne Lynn en David Adamson
(NB: 'palliatie in de stervensfase' wordt in dit Standpunt benoemd als de terminale fase)

De World Health Organisation definieert de palliatieve zorg als een benadering die de kwaliteit van leven verbetert van patiënten en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening door het voorkomen en verlichten van lijden door vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van pijn en andere problemen van lichamelijke, psychosociale en spirituele aard.⁹⁹

De palliatieve zorg bestaat uit ziektegerichte en symptoomgerichte palliatie. Ziektegerichte palliatie is behandeling om de ziekte tot stilstand te brengen of terug te dringen; symptoomgerichte palliatie is de behandeling van klachten en symptomen bij kanker. In de praktijk is sprake van sterke verwevenheid en sluiten ziektegerichte en symptoomgerichte palliatieve zorg elkaar niet uit. Vaak worden ze tegelijk toegepast met de bedoeling elkaar te versterken om de kwaliteit van leven te verbeteren.

⁹⁶ Palliatieve zorg in beeld. IKNL, 2014.

⁹⁷ www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/bevolking/publicaties/artikelen/archief/2013/2013-3897-wm.htm.

⁹⁸ Signaleringscommissie Kanker, KWF Kankerbestrijding 2011.

⁹⁹ www.who.int/cancer/palliative/definition/en/.

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.¹⁰⁰ 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 vaak nog een lange periode waarin de patiënt een goede kwaliteit van leven ervaart.

De afgelopen jaren hebben de palliatieve geneeskunde en de palliatieve zorg een sterke ontwikkeling doorgemaakt, met aandacht voor de eigen inbreng van de patiënt.¹⁰¹ Dit vraagt om een proactieve houding van de huisarts om samen met de patiënt prioriteiten te stellen en de patiënt te begeleiden bij het maken van keuzes.

7.1. Start van de palliatieve fase

Het is vaak de specialist die het slechtnieuwsgesprek voert en de patiënt vertelt dat genezing van kanker niet mogelijk is. Het is belangrijk dat de huisarts hiervan tijdig op de hoogte wordt gebracht, zodat hij hierover contact kan opnemen met de patiënt.

De overgang naar of de start van de palliatieve behandeling wordt vaak geïnitieerd 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.

De huisarts kan ook dan een belangrijke rol spelen in het proces van gezamenlijke besluitvorming. Patiënten blijken in deze fase persoonlijke aandacht en ondersteuning het allerbelangrijkste vinden.¹⁰² Daarnaast willen zij dat hun huisarts bereikbaar en beschikbaar is en goede uitleg geeft, onder meer over het beloop van de ziekte, de te verwachten klachten en de behandelmogelijkheden. Het ter sprake brengen van best-and-worst-case-scenario's helpt de patiënt om de palliatieve fase bewust door te maken.¹⁰³

De huisarts onderhoudt, bij voorkeur op basis van regionale samenwerkingsafspraken over informatie-uitwisseling en consultatie, contact met de specialist en maakt gebruik van de richtlijnen palliatieve zorg.¹⁰⁴

7.2. Zorg op maat

De ingrijpende boodschap dat er geen zicht is op genezing betekent voor de patiënt een heroriëntatie op het levensperspectief, waarbij de naasten 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 huisarts is in deze fase bij uitstek geschikt als gesprekspartner vanwege zijn persoonsgerichte attitude en zijn kennis van de geschiedenis en context van de patiënt. Het is belangrijk dat de laatste fase van het leven wordt gezien als een normaal onderdeel van het leven en noodzakelijke zorg zo veel mogelijk in de buurt van de patiënt wordt geboden. Deze laatste fase moet dan ook niet onnodig worden gemedicaliseerd.¹⁰⁵

Met een proces van gedeelde besluitvorming kan recht worden gedaan aan het stellen van persoonlijke doelen en realiseerbare wensen. Zo kan bij een kwetsbare oudere patiënt met een beperkte levensverwachting de conclusie zijn dat een ziektegerichte behandeling helemaal buiten beeld blijft, terwijl bij een ouder met jonge kinderen de motivatie om zo lang mogelijk in leven te blijven aanleiding is om alle mogelijke levensverlengende middelen in te zetten.

¹⁰⁰ Standpunt Huisarts en palliatieve zorg. NHG, 2009.

¹⁰¹ Soeters M, Verhoeks G. Mogelijkheden voor verbeteren van palliatieve zorg. Leren van bestaande multidisciplinaire samenwerking. Zorgmarktadvies in opdracht van KWF 2013.

¹⁰² Van der Muijsenbergh M. Palliatieve zorg door de huisarts. [proefschrift] Universiteit Leiden, 2001.

¹⁰³ Buiting HM, Terpstra W, Dalhuisen F, Gunnink-Boonstra N, Sonke GS, et al. (2013) The Facilitating Role of Chemotherapy in the Palliative Phase of Cancer: Qualitative Interviews with Advanced Cancer Patients. PLoS ONE 8(11): e77959. doi:10.1371/journal.pone.0077959.

¹⁰⁴ www.oncoline.nl. Het NHG is bij de herziening van de richtlijnen palliatieve zorg betrokken.

¹⁰⁵ Zorgmodule Palliatieve zorg 1.0. CBO, 2013.

Het is van belang dat de huisarts al in een vroeg stadium met de patiënt in gesprek gaat over de behoeften en wensen rond de zorg en het levenseinde. Een juiste timing hiervan is vaak lastig. Het tijdig en herhaaldelijk voeren van dergelijke gesprekken vermindert echter onnodige en belastende behandelingen bij een patiënt die deze behandelingen eigenlijk niet meer wil en zorgt voor een betere kwaliteit van leven vlak voor de dood.¹⁰⁶

Als een patiënt mogelijk in de terminale fase belandt, zal de huisarts zichzelf regelmatig moeten afvragen: 'Zou ik verrast zijn als deze patiënt over een jaar nog leeft?'¹⁰⁷ Als het antwoord 'ja' is, wordt het tijd voor een anticiperend beleid, samen met de patiënt, thuiszorg of verzorgenden.¹⁰⁸

De huisarts heeft oog voor de psychische, sociale en spirituele dimensie in de zorg van de patiënt en diens naasten en verwijst naar andere zorgverleners als de problematiek van de patiënt te ingewikkeld is of wordt.

De huisarts maakt mantelzorgers in een vroeg stadium attent op mantelzorgondersteuning en palliatieve voorzieningen als hospices (die ook respijtorg bieden).

7.3. Samenwerking

De huisarts brengt samen met de andere zorgverleners de meest waarschijnlijke scenario's rond het ziekteverloop en de mantelzorg van de patiënt in kaart om goed te zijn voorbereid. Palliatieve zorg is teamwork. De huisarts maakt samen de patiënt, de mantelzorgers en de professionele hulpverleners (waaronder paramedici) een behandelplan voor de palliatieve fase. Dit zorgplan bevat een weergave van de behandeldoelen en een inventarisatie van problemen en/of vragen van lichamelijke, psychosociale en spirituele aard. Daarbij wordt ingevuld wie wat voor zijn rekening neemt. Het zorgplan bevordert op deze wijze een anticiperend beleid en geeft inzicht in de samenwerking tussen professionals, mantelzorgers en vrijwilligers. De gemaakte afspraken tussen zorgverleners en de patiënt worden vastgelegd in het individueel zorgplan.

De wijkverpleegkundigen zijn in de palliatieve en terminale fase belangrijke partners in de zorg. De LESA palliatieve zorg geeft een handreiking om de samenwerking vorm te geven.¹⁰⁹ Voorbeelden van samenwerking waarin anticiperend beleid goed tot zijn recht komt zijn de zogenoemde PaTzgroepen (Palliatieve Thuiszorggroepen), waarin huisartsen en wijkverpleegkundigen gestructureerd samenwerken in de zorg voor palliatieve patiënten in hun praktijk (www.patz.nu).¹¹⁰

Het behandelplan en individuele zorgplan worden in de palliatieve fase voortdurend aangepast aan veranderende omstandigheden.

Voor de samenwerking op gebied van palliatieve zorg wordt verwezen naar de multidisciplinaire richtlijnen voor de palliatieve zorg (www.pallialine.nl).

7.4. Persoonlijke continuïteit

Onderzoek wijst uit dat de behoefte aan psychosociale steun in de loop van de palliatieve fase groter wordt. In de thuissituatie is daar vaak meer ruimte voor dan in een ziekenhuis. Het is van belang dat de patiënt voortdurend kan rekenen op persoonlijke betrokkenheid en steun van zijn huisarts en specialist in het ziekenhuis. Huisarts en specialist houden elkaar op de hoogte. De huisarts informeert de specialist over de thuissituatie, bijvoorbeeld wanneer het de patiënt niet meer lukt om op de afspraak in het ziekenhuis te verschijnen.

¹⁰⁶ Levi M. Tijdige gesprekken over levenseinde. Meer kwaliteit van leven, minder hoge ziektekosten. Ned Tijdschr Geneesk, 2009;153:A565.

¹⁰⁷ Boyd K, Murray SA. Recognizing and managing key transitions in the end of life care. BMJ, 2010; 341:649-652.

¹⁰⁸ Thomas K. The Golden Standards Framework in Community Palliative Care. European Journal Pall Care 2003;10(3)113-115.

¹⁰⁹ Eizenga WH, De Bont M, Vriezen JA, Jobse AP, Kruyt JE, Lampe IH, Leydens-Arendse CA, VanMeggelen ML, Van den Muijsenbergh METC. LESA Palliatieve zorg. Huisarts Wet 2006;49(6):308-12. - LESA Palliatieve zorg. <https://www.nhg.org/themas/artikelen/lesa-palliatieve-zorg>.

¹¹⁰ Trigt van I, Duijsters M, Schweitzer B. Samenwerken in de palliatieve zorg via PaTzgroepen: het werk is nu veel minder eenzaam. Tijdschrift LVW, jaargang 13, nr. 3.

De huisarts streeft naar een zo groot mogelijke persoonlijke continuïteit van zorg. Het zorgen voor adequate overdracht tijdens afwezigheid van de eigen huisarts (avond, nacht- en weekenddiensten en vakanties) vraagt speciale aandacht.¹¹¹

Iedere huisarts moet beschikken over basiskennis palliatieve en terminale zorg. Basiskennis houdt in dat de huisarts de belangrijkste complicaties van de verschillende kankers kent, en weet hoe symptomen in de palliatieve fase behandeld kunnen worden. De huisarts coördineert de terminale zorg. Voor specifieke kennis consulteert de huisarts deskundigen.

7.5. Terminale fase

Het is van belang dat iedere huisarts weet waar zijn eigen grenzen van kennis en kunde liggen en tijdig de juiste palliatieve deskundigen raadpleegt die ervaring hebben met het thuis sterven. De afgelopen jaren is de palliatieve zorg sterk ontwikkeld. De huisarts kent de regionale mogelijkheden en werkt waar mogelijk samen met palliatieve teams in het ziekenhuis. Hij raadpleegt deskundigen, zoals kaderhuisartsen palliatieve zorg en palliatieve consultants. Zo nodig gaat de patiënt voor een kortdurende opname naar het ziekenhuis voor bijvoorbeeld bloedtransfusies, pleurapuncties, palliatieve radiotherapeutische interventies en eventueel het instellen van pijnbestrijding. Door de inzet van hoog gekwalificeerde en gespecialiseerde thuiszorgteams kan opname van de terminale patiënt in het ziekenhuis mogelijk worden beperkt.

De huisarts maakt duidelijke afspraken met de apotheker, bijvoorbeeld over het tijdig aanleveren van medicatiecassettes voor een pomp. Hierbij moet ook voor de avond-, nacht- en weekenddienst een regeling zijn, zodat continuïteit van zorg gewaarborgd is. Voor de patiënt en zijn naaste familie is het belangrijk te weten dat de betrokken hulpverleners goed met elkaar communiceren en elkaar begrijpen. Dit geeft een gevoel van veiligheid.¹¹²

De huisarts heeft in de terminale fase extra aandacht voor het borgen van continuïteit en voorziet daar zo veel mogelijk zelf in. Patiënten waarderen de beschikbaarheid van de huisarts voor thuisvisites en zorg buiten kantooruren.¹¹³

De huisarts zorgt voor een adequate en tijdige overdracht naar een collega uit de Hoed of Hagro naar wie in tweede instantie kan worden uitgeweken. De manier van waarneming wordt besproken met de patiënt en zijn naasten, mantelzorgers en familie. De huisarts zorgt voor een adequate en tijdige overdracht naar de huisartsenpost voor het geval hij of zijn collega's uit de eigen huisartsenvoorziening onverhoopt niet beschikbaar zijn.

Mantelzorgers spelen een essentiële rol in de terminale fase. De aanwezigheid van adequate mantelzorg en anticiperende contacten met de wijkverpleging zijn essentieel om thuis te kunnen sterven. De huisarts 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 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 nazorg aan directe nabestaanden in het gezin of samenlevingsverband. De huisarts stelt zich hierin proactief op, bijvoorbeeld door enige tijd na het overlijden contact met hen op te nemen.

¹¹¹ Schweitzer R. Palliatieve zorg buiten kantooruren. Huisarts Wet 2013;56(10)502-5.

¹¹² De Graeff A, Hesselman G et al. Palliatieve zorg. Richtlijnen voor de praktijk (VIKC). Het belang van de interdisciplinaire aanpak. <https://www.iknl.nl/shop/shop-detail/richtlijnenboek-'palliatieve-zorg-richtlijnen-voor-de-praktijk'>.

¹¹³ Borgstede SD, Graafland-Rietstra C, Deliens L, Francke AL, Van Eijk J ThM, Willems DL, Good end of life care according to patients and their general practitioners. Br J Gen Pract 2006;56:20-6.

7.6. Aanbevelingen palliatieve en terminale zorg

Voor de huisarts

- De huisarts houdt contact met de patiënt in de palliatieve fase en zo nodig met de behandelend specialist.
- De huisarts stelt in samenspraak met de patiënt, de directe naasten/mantelzorgers en professionele zorgverleners het individuele zorgplan bij, gericht op de palliatieve en terminale fase.
- Iedere huisarts beschikt over basiskennis palliatieve en terminale zorg en heeft aandacht voor mogelijke psychosociale en existentiële vragen van de patiënt. Basiskennis houdt in dat de huisarts de belangrijkste complicaties van de veelvoorkomende kankers kent en weet hoe symptomen in de palliatieve fase behandeld worden.
- Zo nodig consulteert of verwijst de huisarts naar andere deskundigen, zoals kaderhuisartsen palliatieve zorg.
- De huisarts maakt in de palliatieve fase tijdig afspraken over de zorg voor de patiënt met eerstelijnszorgverleners zoals de apotheker en wijkverpleging.
- De huisarts zorgt voor zorgvuldige overdracht naar één vaste huisarts binnen de eigen huisartsenvoorziening en de huisartsenpost.
- De huisarts is alert op signalen van overbelasting bij mantelzorgers en bespreekt met hen de noodzaak van aanvullende hulp (zoals meer thuiszorg met nachthulp) en maakt hen in een vroeg stadium attent op mantelzorgondersteuning en palliatieve voorzieningen als hospices (die ook respijtzorg bieden).
- Bij thuis overlijden van de patiënt zorgt de huisarts ervoor dat alle betrokken specialisten en andere zorgverleners worden geïnformeerd over het overlijden en hoe de laatste fase en het overlijden verlopen.
- De huisarts is proactief in het bieden van nazorg aan directe nabestaanden binnen het gezin/samenlevingsverband.

Voor het NHG en kaderhuisartsen palliatieve zorg

- Het NHG zorgt in samenwerking met de kaderhuisartsen palliatieve zorg voor nascholing van huisartsen op het gebied van palliatieve zorg.

Voor NHG en LHV

- LHV en NHG stimuleren de ontwikkeling van een landelijk dekkend netwerk van kaderhuisartsen/consulenten palliatieve zorg.

Voor de samenwerkingsverbanden van huisartsen

- Huisartsen maken regionaal afspraken met de tweede lijn over overdracht van zorg in de palliatieve fase, zodat zij tijdig worden geïnformeerd over het verloop van de ziekte en het ontslag van de patiënt en zo nodig via korte lijnen consultatie kan plaatsvinden.
- Huisartsen werken samen met wijkverpleging, apothekers en in palliatieve zorg bekwame specialisten (zoals kaderhuisartsen palliatieve zorg, verpleeghuisartsen met kaderopleiding palliatieve zorg, oncologen, longartsen en anesthesiologen met specifieke training in palliatieve zorg), waarbij er korte lijnen bestaan voor specifieke palliatieve interventies en consultaties.

8. RANDVOORWAARDEN

8.1. Draagvlak voor beschreven rol van de huisarts in de oncologische zorg

De oncologische zorg staat in de belangstelling en er zijn diverse initiatieven om samenhang en kwaliteit verder te verbeteren. De Zorgstandaard Kanker gaat uit van integrale zorg en biedt een kader voor het optimaliseren van een afgestemd zorgcontinuüm vanuit het patiëntperspectief.¹¹⁴

In de Veldagenda voor een toekomstbestendig zorglandschap wordt gesproken over het optimaliseren van de oncologische zorgketen met het ontwikkelen van netwerken.¹¹⁵ Dit Standpunt sluit hierbij aan en expliciteert de rol die de huisarts kan spelen.

Het implementeren van het gedachtegoed van dit Standpunt is mede afhankelijk van draagvlak bij de relevante partijen in de oncologische zorg. Een uitgewerkt en afgestemd implementatieplan is nodig om invulling te geven aan met name *shared care* in de nazorg en substitutie, waarvoor de inhoudelijke randvoorwaarden zijn beschreven.

Randvoorwaarden

- Draagvlak onder specialisten, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars voor de beschreven rol van de huisarts in de verschillende fasen van de oncologische zorg.
- Een gezamenlijk (gefaseerd) implementatieplan van NHG en LHV dat wordt gedragen en ondersteund door belangrijke partijen in de samenwerking, zoals medisch specialisten, IKNL en kankerpatiëntenorganisaties.

8.2. Richtlijnen

De hierboven beschreven rol van de huisarts in de verschillende fasen van de oncologische zorg betekent een versterking van de begeleiding door de huisarts tijdens het oncologisch zorgproces en een structurering van de contacten met de patiënt vanaf de diagnostische fase. Richtlijnen, bijbehorende implementatiematerialen en (na)scholing zijn nodig om de beroepsgroep hierbij te ondersteunen.

Randvoorwaarden

- Oncologische richtlijnen met onderbouwing van bestaande preferentiegevoelige behandelopties en daarvan afgeleide informatie en keuzehulp voor huisarts en patiënt.
- Tumorspecifieke richtlijnen voor onderbouwde oncologische nazorg, met aandacht voor de inhoudelijke voorwaarden voor overname van nacontrole door de huisarts. Het verdient aanbeveling om hiervoor met passende randvoorwaarden ervaring op te gaan doen in pilots.

¹¹⁴ Zorgstandaard Kanker, Nederlandse Federatie van Patiëntenkankerorganisaties (NFK), KWF Kankerbestrijding, IKNL, 11 februari 2014.

¹¹⁵ Kankerzorg maakt zich op voor de toekomst. Op weg naar een veldagenda voor een toekomstbestendig zorglandschap. Een initiatief van de Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra, Nederlandse Federatie Kankerpatiëntenorganisaties, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen en Samenwerkende Topklinische Ziekenhuizen, 2013.

8.3. Tijd

De versterking van de proactieve rol van de huisarts in de oncologische zorg en een gestructureerde nazorg brengt extra werk met zich mee door toename van patiëntencontacten, overleg met andere behandelaars en structurele nascholing op gebied van de (zich snel ontwikkelende) oncologische zorg. Tegelijkertijd leiden bezuinigingen en herstructureringen in de gezondheidszorg, zoals op de thuiszorg, tot extra zorgvragen in de huisartsenpraktijk. Dit is een belangrijk aandachtspunt bij de afspraken over tarieven en financiering van de huisartsenzorg.

Randvoorwaarden

- De huisarts heeft voldoende tijd voor een coachende en begeleidende rol bij patiënten met kanker met aandacht voor gedeelde besluitvorming en de bevordering van zelfmanagement.
- Capaciteit en financiering om de nacontroles in de huisartsenpraktijk uit te voeren indien aan de inhoudelijke voorwaarden is voldaan.

8.4. Richtlijnen voor digitale gegevensuitwisseling

Voor adequate en tijdige informatievoorziening tussen de zorgverleners die zijn betrokken bij de oncologische zorg, zijn digitale richtlijnen voor registratie en gegevensuitwisseling onontbeerlijk. Eenvoudig werken met een individueel zorgplan waarin afspraken met de patiënt staan, vraagt om compatibiliteit met het HIS, KIS en ZIS. Om de registratielast zo beperkt mogelijk te houden moet registreren binnen het HIS van de huisarts voldoende zijn.

Randvoorwaarden

- Goede wederzijdse informatie-uitwisseling tussen eerste en tweede lijn in de verschillende fasen van het oncologische zorgproces op basis digitale richtlijnen.
- Een gedeelde visie van eerste en tweede lijn op het werken met een individueel zorgplan in de verschillende fasen van het oncologisch zorgproces dat door ICT wordt ondersteund (comptabiliteit met het HIS, KIS en ZIS).

8.5. Organisatie: samenwerking

Huisartsenpraktijken werken samen in lokale en regionale samenwerkingsverbanden/zorggroepen voor de organisatie en (facilitaire) ondersteuning van de (multidisciplinaire) patiëntenzorg. Op dat niveau zijn samenwerkingsafspraken noodzakelijk om in de oncologische en palliatieve zorg goed samen te werken met ziekenhuizen en met eerstelijnszorgverleners, zoals de thuiszorg.

Randvoorwaarde

- Huisartsenpraktijken participeren in lokale en regionale samenwerkingsverbanden, die zorgen voor de (facilitaire) ondersteuning en het maken van samenwerkingsafspraken met ziekenhuizen en (paramedische) zorgverleners over oncologische en palliatieve zorg.

8.6. Onderwijs en onderzoek

De proactieve rol van de huisarts in de verschillende fasen van de oncologische zorg moet aandacht krijgen in de huisartsenopleiding, nascholing en in het onderzoek. Kaderhuisartsen oncologie kunnen een belangrijke rol vervullen bij de ondersteuning van de beroepsgroep en de implementatie van het Standpunt. Bepleit wordt daarom een kaderhuisartsopleiding oncologie te starten.

Randvoorwaarden

- Aandacht voor de proactieve rol van de huisarts in de oncologische zorg in de huisartsopleiding en nascholing met aandacht voor gedeelde besluitvorming en het stimuleren van zelfmanagement.
- Aandacht voor mogelijke taakdelegatie op gebied nazorg naar de praktijkverpleegkundige.
- Oncologische nascholing voor huisartsen op het gebied van mogelijke gezondheidseffecten van veelvoorkomende kankerbehandelingen late effecten van kanker.
- Oncologische nascholing op het gebied van de nacontrole
- De ontwikkeling van een kaderopleiding oncologie.
- Onderzoek naar wetenschappelijke onderbouwing voor tumorgerichte oncologische nacontroles.
- Onderzoek naar de (kosten)effectiviteit en kwaliteit van oncologische nazorg en nacontrole in de huisartsenpraktijk.
- Onderzoek naar langetermijneffecten van (de behandeling van) kanker.
- Onderzoek naar de effectiviteit van nazorgprogramma's.
- Onderzoek naar taakdelegatie naar de praktijkverpleegkundige.
- Onderzoek naar de palliatieve symptoombehandeling in de eerste lijn.

BIJLAGE 1 OVERZICHT AANBEVELINGEN UIT HET STANDPUNT

Preventie

Voor de huisarts en praktijkondersteuner/praktijkverpleegkundige

- Huisartsen en praktijkondersteuner/praktijkverpleegkundige wijzen patiënten erop dat een gezonde leefstijl het risico op kanker in belangrijke mate verlaagt: niet roken, gezonde voeding, een gezond gewicht, beperking van alcoholconsumptie, voldoende lichaamsbeweging, een gezonde leef/werk-omgeving en veilig zonnen. Deze informatie wordt verstrekt in de context van het consult.
- Huisartsen en praktijkondersteuners stimuleren een gezonde leefwijze bij patiënt en werken hiervoor samen met andere zorgverleners als diëtisten, fysiotherapeuten, oefentherapeuten en/of ondersteunende programma's in de wijk of buurt.
- De huisarts adviseert bij een familiale belasting/verhoogd risico op kanker en verwijst naar klinisch genetische centra conform de opgestelde criteria voor de meest voorkomende erfelijke tumoren.
- De huisarts legt erfelijke en familiale belasting voor kanker vast in het H-EPD.
- De huisarts informeert zich door nascholing en het bijhouden van vakliteratuur over nieuwe ontwikkelingen rond erfelijke belasting van kanker en preventie van kanker.
- Een vermoeden van aan de wijk of werk gerelateerde verhoogde risico's op kanker (bijvoorbeeld bij asbest of bij een ongebruikelijk hoge incidentie van een bepaald type kanker) meldt de huisarts bij bevoegde autoriteiten.

Voor het NHG

- Het NHG zorgt, in samenwerking met partijen als het IKNL, voor een gebruiksvriendelijke ontsluiting van actuele kennis over erfelijkheid en preventie van kanker en nascholing op dit terrein.
- Informatie over genetische en familiale belasting en uitgevoerd erfelijkheidsonderzoek moet adequaat vastgelegd kunnen worden vastgelegd in het H-EPD van het huisartseninformatiesysteem (HIS).

Screening

Voor de huisarts

- De huisartsenzorg heeft een rol in bevolkingsonderzoeken naar kanker en volgt daarbij de adviezen van de Gezondheidsraad. De huisarts begeleidt de patiënt desgewenst bij zijn persoonlijke afweging voor deelname en heeft een rol bij de communicatie over de uitslagen en de begeleiding van mensen met terecht positieve en mensen met foutpositieve uitslagen.

Voor het NHG

- Het NHG ontraadt in de publieksinformatie (onder meer [Thuisarts.nl](https://www.thuisarts.nl)) mee te doen aan gezondheidsschecks en screeningsprogramma's die niet voldoen aan de multidisciplinaire richtlijn Preventief Medisch Onderzoek.

Voor onderzoekers

- Wetenschappers onderzoeken de effecten van darmkankerscreening op gezondheidsgedrag van patiënten en de gevolgen van de belasting van de huisartsenzorg.

Diagnostiek

Voor de huisarts

- Huisartsen kennen de voorspellende waarden van enkelvoudige klachten en symptomen van kanker en plaatsen deze in een zo compleet mogelijk profiel van de patiënt, rekening houdend met familiale belasting, leefomstandigheden en gewoonten, medische geschiedenis en bijkomende klachten en symptomen.
- De huisarts is alert op mogelijk erfelijk en/of familiair bepaald risico op kanker. Navraag naar voorkomen van kanker in de familie maakt onderdeel uit van de anamnese bij een vermoeden van kanker.
- Huisartsen zijn zich bewust van het gebrek aan kennis over en misverstanden rond kanker, met name onder migranten. De huisarts vraagt patiënten actief naar hun kennis en opvattingen.
- De huisarts zorgt bij verwijzing naar de specialist voor een goede informatievoorziening conform de richtlijnen. Die informatie bevat de reden voor verwijzing, bevindingen van onderzoek, ziektegeschiedenis, comorbiditeit, fysieke/psychosociale klachten, medicatie, familiegeschiedenis en eventuele behandelwensen van de patiënt.
- De huisarts zorgt ervoor dat de specialist direct contact met hem kan opnemen voor consultatie en overleg. Bij verwijzing zijn hiervoor contact- en bereikbaarheidsgegevens in de informatievoorziening opgenomen.
- De huisarts volgt het diagnostische traject en treedt in overleg met de specialist bij onverwachte en onwenselijke vertraging en andere relevante gebeurtenissen.
- De huisarts maakt met de patiënt een afspraak over het onderhouden van contact tijdens de diagnostische fase om na te gaan of de patiënt de informatie van het ziekenhuis begrepen heeft en geeft aan desgewenst een ondersteunende rol te kunnen spelen bij de keuze van de patiënt voor (de plaats van) de behandeling. De huisarts gaat daarbij in op de wensen, mogelijkheden en motivatie van de patiënt.
- De behandeling van comorbiditeit blijft in de diagnostische fase in principe handen van de huisarts.

Voor NHG en huisartsopleiding

- Het werken op basis van gedeelde besluitvorming stelt extra eisen aan attitude en communicatieve vaardigheden van de huisarts. Dit geldt overigens niet alleen voor deze categorie patiënten. Hier wordt aandacht aan besteed in de huisartsopleiding en de nascholing.

Voor het NHG in samenwerking met andere beroepsorganisaties

- Zorg voor richtlijnen voor de registratie en digitale gegevensuitwisseling over oncologische zorg (diagnosen, behandelingen, patiëntvoorkeuren, betrokken behandelaren) ter bevordering van een afgestemd transmuraal zorgpad.
- Op [Thuisarts.nl](https://thuisarts.nl) wordt verwezen naar betrouwbare en relevante informatie over de (kwaliteit) van oncologische zorg.

Voor medisch specialistische beroepsverenigingen

- In de oncologische richtlijnen en daarvan afgeleide patiëntenvoorlichting worden informatie over voor- en nadelen en keuzehulp geïntegreerd voor preferentiegevoelige behandelopties, zodat de huisarts en de patiënt een toegankelijk overzicht hebben van de kennis over effecten en risico's van de behandelopties.

Voor de ziekenhuizen

- De huisarts ontvangt van de betrokken zorgverlener(s) in het ziekenhuis tijdig (conform de richtlijnen gegevensuitwisseling) de uitslagen, de medicatiegegevens, de behandelopties en -besluiten, de te verwachten resultaten en de mogelijke complicaties. Daarbij horen ook contact- en bereikbaarheidsgegevens.
- Bij onverwachte vertraging of gebeurtenissen in de diagnostische fase informeert de specialist de huisarts.
- De specialist in het ziekenhuis zorgt ervoor dat de huisarts direct contact met hem kan opnemen voor consultatie en overleg.

Behandelfase

Voor de huisarts

- De huisarts is tijdens de behandelfase beschikbaar als continue factor in de zorg voor de patiënt en als gesprekspartner voor de patiënt en zijn gezinsleden/mantelzorgers. De huisarts maakt daarom afspraken met de patiënt over contacten tijdens de behandelfase in het ziekenhuis om te waarborgen dat hij de patiënt niet uit het oog verliest.
- De huisarts kan rechtstreeks contact opnemen met de specialist die de patiënt in het ziekenhuis behandelt en vice versa.
- De huisarts heeft voldoende kennis van de invloed van de meest voorkomende kankerbehandelingen en stelt zich zo nodig op de hoogte van interacties met actuele behandeling van comorbiditeit.
- Op basis van het behandelplan dat in overleg met de patiënt door de specialist is opgesteld, bekijkt de huisarts met de patiënt of een individueel zorgplan zinvol is voor structureren van de zorg en om afspraken vast te leggen: zo simpel en overzichtelijk als mogelijk. De invulling is mede afhankelijk van de complexiteit van de patiënt en het aantal hulpverleners dat (zijdelings) betrokken is. Voor de patiënt die al een individueel zorgplan heeft, is het bestaande behandel- en individueel zorgplan het vertrekpunt voor afspraken over de oncologische zorg.
- De verantwoordelijkheid voor de behandeling van comorbiditeit van patiënten met kanker blijft in de therapeutische fase - in afstemming met de behandelaar in het ziekenhuis - zo veel mogelijk in handen van de huisarts.

Voor medisch specialisten

- Voor patiënten met comorbiditeit is het bestaande behandel- en individueel zorgplan het vertrekpunt voor de afspraken met de patiënt voor de oncologische zorg.

Voor het NHG

- Het NHG ondersteunt de implementatie van het werken met het individueel zorgplan en schenkt daarbij aandacht aan patiëntenvoorlichting.
- Het NHG biedt oncologische nascholing voor huisartsen over medische problemen die kunnen ontstaan door een kankerbehandeling.

Voor NHG, Nictiz en NVZ

- Het NHG maakt in samenwerking met relevante partijen richtlijnen voor registratie en digitale gegevensuitwisseling over oncologische zorg (diagnosen, behandelingen, patiëntvoorkeuren, betrokken behandelaren) om de communicatie te standaardiseren en daarmee te vergemakkelijken.

Voor het NHG, OMS en IKNL

- Er is afstemming over het werken met een individueel zorgplan voor patiënten met kanker en de implementatie daarvan wordt ondersteund.
- Het NHG zorgt in samenwerking met externe partijen voor het ontsluiten van beschikbare kennis over de invloed van oncologische therapie op reeds aanwezige chronische ziekten en vice versa.

Voor (regionale) samenwerkingsverbanden van huisartsen/zorggroepen

- Het regionale samenwerkingsverband van huisartsenpraktijken heeft samenwerkingsafspraken met het regionale ziekenhuis over de behandeling van patiënten met kanker met aandacht voor verantwoordelijkheden, onderlinge consultatie, informatievoorziening aan patiënten, overdracht van gegevens en consultatie. Het regionale ziekenhuis heeft de verantwoordelijkheid voor de coördinatie van de oncologische zorg.

Voor onderzoekers

- Er wordt onderzoek gedaan naar de effectiviteit van het werken met het individueel zorgplan.

Nazorg en nacontrole

Voor de huisarts

- Nazorg van kankerpatiënten is persoonsgerichte, integrale en continue zorg. Deze zorg hoort daarom thuis in de eerste lijn, dichtbij de patiënt en alleen verder weg als het moet. Dit vraagt om een proactieve benadering van de huisarts met aandacht voor de somatische, psychische, sociale en spirituele aspecten, aandacht voor directe naasten van de patiënt in het gezin/samenlevingsverband en voor mantelzorgers, en om goede samenwerking met andere zorgverleners in de eerste lijn.
- Oncologische nazorg wordt dichtbij gegeven als het kan en verder weg als het moet.
- Oncologische nacontroles – gericht op vroege opsporing van recidieven en nieuwe tumoren, en behandeling van klachten en symptomen die samenhangen met de tumor of behandeling – kunnen onder bepaalde voorwaarden door de huisarts worden verricht. Overheveling van oncologische nacontroles is afhankelijk van *evidence*, de mogelijkheid om de controles effectief uit te voeren in de huisartsenpraktijk, eventuele eisen die moeten worden gesteld aan volume met het oog op noodzakelijke ervaring voor kwalitatief goede zorg en goede samenwerkingsafspraken met het ziekenhuis.

- De patiënt en de huisarts bepalen of het zinvol is om op basis van het nazorgplan van de specialist een individueel zorgplan op te stellen of het bestaande aan te passen om de nazorg te structureren: zo simpel en overzichtelijk als mogelijk. De invulling is mede afhankelijk van de complexiteit van de situatie van de patiënt en het aantal hulpverleners dat (zijdelings) betrokken is.
- De huisarts werkt zo nodig samen met de bedrijfsarts bij problemen van de patiënt met terugkeer naar werk.
- De huisarts draagt zorg voor adequate registratie van doorgemaakte kankerbehandeling.
- De huisarts is alert op mogelijke manifestaties van late effecten van eerdere behandeling voor kanker. Daarnaast is de huisarts actief bij de preventie van mogelijke late effecten.

Voor het NHG

- De NHG-Richtlijnen geven aandacht aan mogelijke langetermijneffecten van de behandeling van doorgemaakte kanker.
- Het NHG geeft in samenwerking met andere partijen op [Thuisarts.nl](https://www.thuisarts.nl) publieks- en patiëntenvoorlichting over oncologische zorg (onder meer over oncologische revalidatiecentra, relevante patiëntenorganisaties, lotgenotencontacten en inloophuizen).
- Het NHG maakt een praktijkwijzer over oncologische nazorg in de eerste lijn met onder andere aandacht voor voeding, seksuele en psychosociale problemen en terugkeer naar werk met verwijsmogelijkheden.

Voor het NHG, IKNL en Orde van Medisch Specialisten

- De medisch specialistische beroepsverenigingen, IKNL, NHG maken richtlijnen voor tumorgerichte nacontroles voor veelvoorkomende kankersoorten als basis voor transmurale zorgpaden.

Voor LHV en zorgverzekeraars

- Er wordt gezorgd voor passende randvoorwaarden om de beschreven rol van de huisarts in de oncologische nazorg en nacontrole te kunnen realiseren.

Onderzoeksfondsen

- De substitutie van nacontroles naar de eerste lijn moet wetenschappelijke, organisatorische en financieel worden geëvalueerd. Daarvoor zijn fondsen noodzakelijk. KWF Kankerbestrijding heeft daartoe al eerste stappen gezet, maar deze inspanning moet in de toekomst worden vergroot.
- Onderzoek naar effectiviteit, haalbaarheid, acceptatie, kwaliteit en doelmatigheid van nazorg en nacontrole bij kanker door huisartsen en specialisten moet ter hand genomen worden, te beginnen bij de vijf meest voorkomende kankersoorten.

Palliatieve en terminale fase

Voor de huisarts

- In de palliatieve fase houdt de huisarts contact met de patiënt en met de behandelend specialist.
- De huisarts stelt in samenspraak met de patiënt, de directe naasten/mantelzorgers en professionele zorgverleners het zorgplan bij, gericht op de palliatieve en terminale fase.

- Iedere huisarts beschikt over basiskennis palliatieve en terminale zorg en heeft aandacht voor mogelijke psychosociale en existentiële vragen van de patiënt. Basiskennis houdt in dat de huisarts de belangrijkste complicaties van de veelvoorkomende kankers kent en weet hoe symptomen in de palliatieve fase behandeld worden.
- Zo nodig consulteert of verwijst de huisarts naar andere deskundigen, zoals kaderhuisartsen palliatieve zorg.
- De huisarts maakt in de palliatieve fase tijdig afspraken over de zorg voor de patiënt met andere eerstelijnszorgverleners zoals de apotheker en wijkverpleging.
- De huisarts zorgt voor zorgvuldige overdracht naar één vaste huisarts binnen de eigen huisartsen-voorziening en de huisartsenpost.
- De huisarts is alert op signalen van overbelasting bij mantelzorgers en bespreekt met hen de noodzaak van aanvullende hulp, zoals meer thuiszorg met nachthulp, en attendeert in een vroeg stadium op mantelzorgondersteuning en palliatieve voorzieningen als hospices (die ook respitzorg bieden).
- Bij overlijden van de patiënt zorgt de huisarts ervoor dat alle betrokken specialisten en andere zorgverleners worden geïnformeerd over het overlijden en hoe de laatste fase en het overlijden verliepen.
- De huisarts is proactief in het bieden van nazorg aan directe nabestaanden binnen het gezin/samenlevingsverband.

Voor het NHG en kaderhuisartsen palliatieve zorg

- Het NHG zorgt in samenwerking met de kaderhuisartsen palliatieve zorg voor nascholing op het gebied van palliatieve zorg.

Voor NHG en LHV

- LHV en NHG stimuleren dat een landelijk dekkend netwerk ontstaat van kaderhuisartsen/ consulenten palliatieve zorg.

Voor de samenwerkingsverbanden van huisartsen

- Huisartsen maken regionaal afspraken met de tweede lijn over de overdracht van zorg in de palliatieve fase, zodat zij tijdig worden geïnformeerd over het verloop van de ziekte en het ontslag van de patiënt en zodat zo nodig via korte lijnen consultatie kan plaatsvinden.
- Huisartsen werken samen met wijkverpleging, apothekers en in palliatieve zorg bekwame specialisten (zoals kaderhuisartsen palliatieve zorg, verpleeghuisartsen met kaderopleiding palliatieve zorg, oncologen, longartsen en anesthesiologen met specifieke training in palliatieve zorg), waarbij er korte lijnen bestaan voor specifieke palliatieve interventies en consultaties.

BIJLAGE 2 SAMENSTELLING NHG-WERKGROEP EN TOTSTANDKOMING STANDPUNT

Begin 2013 is een werkgroep gestart met de ontwikkeling van het Standpunt Oncologische zorg in de huisartsenpraktijk. Deze werkgroep bestond uit:

- Prof.dr. Henk van Weert, huisarts/Academisch Medisch Centrum Amsterdam - voorzitter
- Dr. Marjan van den Akker, vakgroep Huisartsgeneeskunde Universiteit Maastricht / KULeuven
- Dr. Annette Berendsen, huisarts/afdeling huisartsgeneeskunde Universiteit Groningen
- Dr. Harriet Vreugdenhil, huisarts, UMC St Radboud
- Dr. Gerda van der Weele, huisarts, afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap NHG
- Pauline van der Logt, huisarts (uit kringen van Generation Next)
- Marike de Meij, huisarts, lid NHG-Verenigingsraad
- Bertien Winkel, huisarts
- Marjo van Bommel, huisarts/consulent palliatieve zorg
- Karel Rosmalen, huisarts, hoofd afdeling Beleid & Ontwikkeling LHV
- Drs. Anke ter Brugge, senior beleidsmedewerker NHG, secretaris

Totstandkoming

In het kader van de voorbereiding vond op 6 juni 2013 een symposium plaats over de rol van de huisarts in de oncologische nazorg.

De NHG-Verenigingsraad is tijdens het maken van het Standpunt verschillende keren geraadpleegd.

Op 15 april 2014 is het concept-Standpunt besproken in een gezamenlijke bijeenkomst van NHG-Verenigingsraad en LHV-Ledenraad.

Commentaaronde

In de periode januari - april 2014 vond een externe commentaaronde plaats. Er zijn naast commentaren van individuele huisartsen en andere zorgverleners commentaren ontvangen van de volgende organisaties:

- Expertgroepen DiHag en PalHAG
- Hogeschool InHolland
- Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL)
- Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde (IOH)
- IPSO (Inloophuizen voor mensen met kanker en hun naasten)
- KWF Kankerbestrijding
- Landelijk Organisatie van Aspirant Huisartsen (LOVAH)
- Landelijke Vereniging van POH-GGZ
- Nederlandse Internisten Vereniging (NIV)
- Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD)
- Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten (NVDA)
- Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie binnen de lymfologie en oncologie (NVFL)
- Nederlandse Vereniging voor Psychosociale Oncologie
- Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie (NVRO)
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)

- Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK)
- NVKC Medisch laboratorium specialisten in bloedonderzoek
- NIVEL
- Orde van Medisch Specialisten (namens de wetenschappelijke verenigingen)
- Stuurgroep Zorgstandaard Kanker
- Ministerie van VWS
- Zorgverzekeraars Achmea, Menzis en VGZ

Vermelding als referent bekend niet dat de referent het Standpunt op alle punten onderschrijft.

BIJLAGE 3 GEBRUIKTE AFKORTINGEN

FAP	Familiaire Adenomateuze Polyposis
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
Hagro	Huisartsengroep
H-EPD	Elektronisch huisartsenpatiëntendossier
HOED	Huisartsen onder een dak
HNPPC	Hereditair Non Polyposis Colorectoraal Carcinoom
HIS	Huisarts Informatie Systeem
IKNL	Integraal Kankercentrum Nederland
IZP	Individueel zorgplan
KIS	Keteninformatiesysteem
LESA	Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
MDO	Multidisciplinair Overleg
NFK	Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
OMS	Orde van Medisch Specialisten
PaTz	Palliatieve Thuiszorg
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SEH	Afdeling spoedeisende hulp
SONCOS	Stichting Oncologische Samenwerking
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

Het NHG is in 1956 opgericht als wetenschappelijke vereniging van huisartsen om een wetenschappelijk gefundeerde uitoefening van de huisartsgeneeskunde in de praktijk te bevorderen. De hoofdbestanddelen van het kwaliteitsbeleid zijn de ontwikkeling van standaarden, deskundigheidsbevordering en de facilitering van een goede praktijkvoering. Hiermee levert het NHG een belangrijke bijdrage aan de ontwikkeling van de huisartsenzorg en de professionalisering van de beroepsgroep.



Voor meer informatie:

Nederlands Huisartsen Genootschap
Postbus 3231
3502 GE Utrecht
Telefoon: 030 – 282 35 00
E-mail: info@nhg.org
Websites: nhg.org
Thuisarts.nl
HAweb.nl