

**Regionale Transmurale Afspraak Utrecht <sup>1</sup>**  
**Oncologische Zorg**  
*Gestructureerde samenwerking tussen de eerste en tweede lijn  
bij de behandeling en begeleiding van kanker*

**Deelnemende Partijen**

De RTA<sup>1</sup> wordt gedragen door:

1. Zorggroepen regio Utrecht die de samenwerkingsovereenkomst getekend hebben.
2. Ziekenhuizen regio Utrecht die de samenwerkingsovereenkomst getekend hebben.

**Bijbehorende documenten:**

Deze RTA is gekoppeld aan de samenwerkingsovereenkomst 'Zorg op de juiste plek' en de dienstverleningsovereenkomst.

Status: <i>Definitief</i>	Looptijd: 1 jaar na definitieve goedkeuring	Eigenaar: <i>Wordt nog ingevuld.</i>	Beheerder: <i>Wordt nog ingevuld.</i>
Versie: <i>24-01-2019</i> Versie: 1.0			.
Wijze van publicatie: ZorgDomein, websites partijen. Website TRIJN.	Evaluatiedatum: 1 jaar na definitieve goedkeuring	Verantwoordelijke: <i>Wordt nog ingevuld.</i>	E-mailadres contactpersoon: <i>Wordt nog ingevuld.</i>

---

<sup>1</sup> Het doel van Regionale Transmurale Afspraken (RTA) is het uniformeren van afspraken tussen de eerste en tweede lijn met betrekking tot de diagnostiek, behandeling, consultatie, (terug)verwijzing en berichtgeving. Dit alles om de zorg voor de patiënt zo goed mogelijk te laten verlopen.

## Regionale Transmurale Afspraak Utrecht Oncologische Zorg

*Deze RTA vormt de basis voor medisch inhoudelijke afspraken tussen de eerste en de tweede lijn in de regio Utrecht en is onlosmakelijk verbonden met de samenwerkingsovereenkomst 'Zorg op de juiste plek' en de individuele overeenkomst tot dienstverlening.*

*Deze RTA bevat afspraken op hoofdlijnen zodat maatwerk per patiënt mogelijk blijft.*

### Reikwijdte

- Het traject van patiënten (curatief / palliatief) vanaf het moment van sterke verdenking op kanker tot en met het afsluiten van de 'tumorgerichte behandeling'.  
Voor het palliatieve traject wordt aansluiting gezocht met de RTA palliatieve zorg.

### Doelstelling

- Afspraken maken over communicatie en taakverdeling om optimaal gebruik te maken van de beschikbare expertise van zorgverleners en de zorg te optimaliseren, zodat de patiënt passende zorg krijgt.

### Beoogd resultaat

- Verdere verbetering van de door de patiënt ervaren kwaliteit van zorg.
- Continuïteit van betrokkenheid van de eerste lijn vanaf het moment van sterke verdenking op kanker, tenzij niet gewenst door patiënt.
- Doelmatige (efficiënte en voldoende) communicatie tussen zorgverleners rond de diagnose en tijdens en na de behandeling.
- Optimale taakverdeling en samenwerking tussen medisch specialist, huisarts, verpleegkundig specialist, physician assistant en verpleegkundige.<sup>2</sup> Hierbij hoort het vastleggen wie waarvoor aanspreekpunt is op welk moment.

---

<sup>2</sup> De werkgroep is zich bewust van het belang en de rol van andere dan bovengenoemde zorgverleners in eerste en tweede lijn. Het vastleggen van afspraken hieromtrent wordt echter niet opportuun geacht, gezien de doelstelling om afspraken op hoofdlijnen te maken.

## Aanspreekpunt voor zorgverleners en patiënt

### Aanspreekpunt in het ziekenhuis voor de eerste lijn <sup>3</sup>

- Voor de huisarts is het duidelijk wie aanspreekpunt (naam / contactgegevens) in het ziekenhuis is.
- In het multidisciplinair overleg (MDO) in het ziekenhuis wordt het aanspreekpunt vastgesteld en daarna gecommuniceerd met de huisarts (naam / contactgegevens). Iedere wijziging van het aanspreekpunt wordt doorgegeven aan de huisarts.

### Aanspreekpunt in de eerste lijn voor het ziekenhuis

- De huisarts en, indien betrokken, de eerstelijns verpleegkundig specialist en/of oncologieverpleegkundige, zijn de aanspreekpunten in de eerste lijn.
- Indien een verpleegkundig specialist of oncologieverpleegkundige in de eerste lijn betrokken is, dan informeert hij/zij hierover de huisarts en de verpleegkundig specialist, physician assistant of oncologieverpleegkundige in het ziekenhuis.

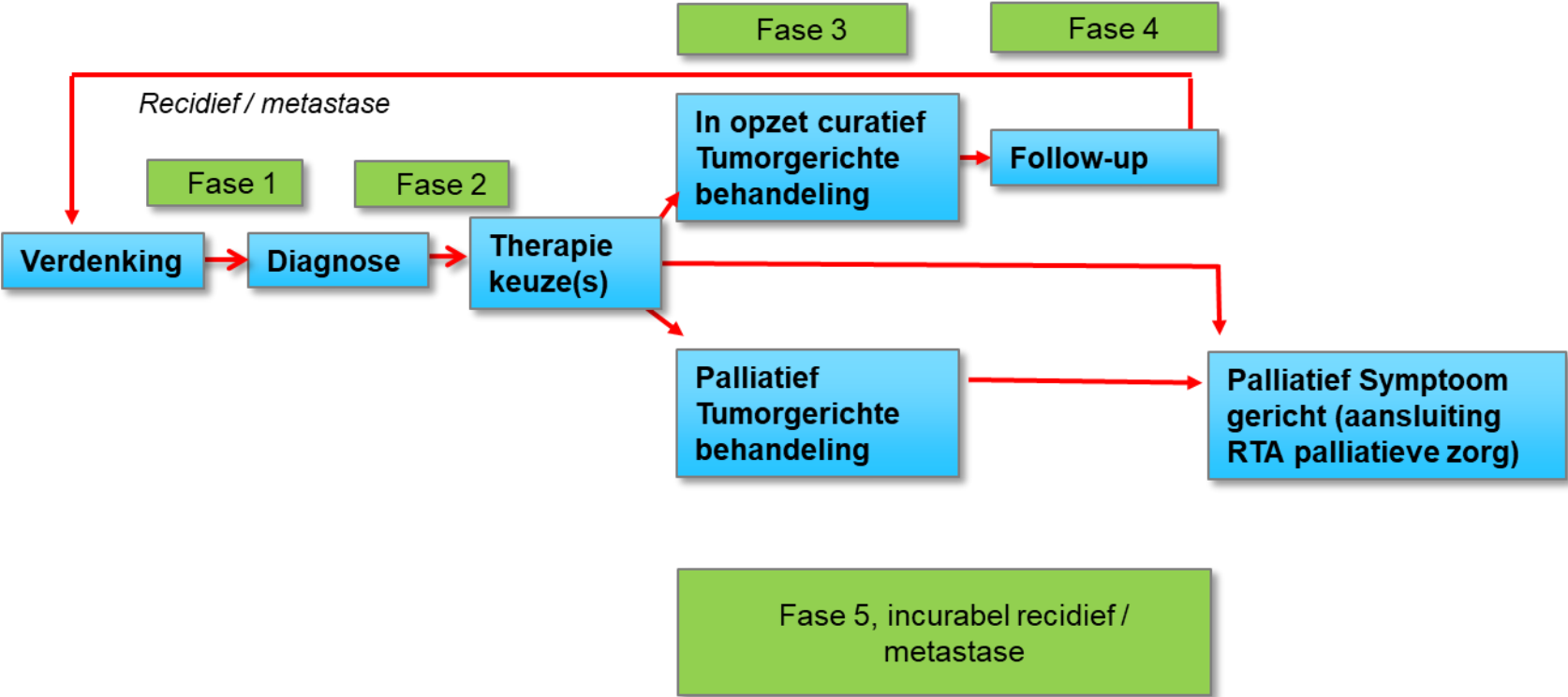
### Aanspreekpunt voor patiënten

- Voor de patiënt moet in alle fasen van zijn ziekte duidelijk zijn wie waarvoor het aanspreekpunt in het ziekenhuis is.
- In de thuissituatie stemmen de huisarts en betrokken verpleegkundig specialist en/of oncologieverpleegkundige met de patiënt af wie waarvoor aanspreekpunt is.

---

<sup>3</sup> Dit kunnen zijn: medisch specialisten, tweedelijns physician assistants, verpleegkundig specialisten of verpleegkundigen.

Bouwstenen RTA (op basis van het zorgtraject)



## Fase 1: Voorafgaande aan diagnose

Dit betreft in het zorgtraject de fase tussen 'sterke verdenking op kanker' en de 'diagnose kanker'.

De werkgroep heeft geconcludeerd dat er geen nieuwe afspraken gemaakt hoeven te worden.

- De huisarts verwijst de patiënt bij verdenking op kanker naar het ziekenhuis voor diagnostiek.
- De medisch specialist stelt de diagnose.

## Fase 2: Na diagnose, voor behandeling

Dit betreft in het zorgtraject de fase tussen het moment van 'diagnose kanker' en het moment van 'therapiekeuze'. Dit omvat ook nieuwe of veranderde diagnoses en iedere nieuwe of veranderde behandeling, ook in de nazorg en bij recidief en/of metastasen.

### Uitgangspunten

- Helderheid met betrekking tot het aanspreekpunt is essentieel voor gedeelde zorg door alle betrokken zorgverleners en optimale zorg.
- Tussen diagnose en therapiekeuze is ruimte nodig om te reflecteren op optimale therapiekeuze, de mogelijkheid van een second opinion of verwijzing naar een ander ziekenhuis, of afzien van een (verdere) tumorgerichte behandeling, passend bij de wensen en voorkeuren van de patiënt.

### Afspraken

- De huisarts wordt binnen 2 werkdagen geïnformeerd over minimaal de diagnose.
- Na het multidisciplinair overleg (MDO), dat volgt op de diagnosestelling, wordt het aanspreekpunt in het ziekenhuis vastgesteld en gecommuniceerd met de patiënt en de huisarts. Iedere wijziging van het aanspreekpunt wordt doorgegeven aan de patiënt en de huisarts.
- Een patiënt wordt in het ziekenhuis geïnformeerd over de diagnose en behandelmogelijkheden of de voorgestelde verandering van behandeling. Aan het einde van dit gesprek krijgt de patiënt altijd de mogelijkheid aangeboden voor een gesprek bij de huisarts (time-out gesprek<sup>4</sup>).
- Onafhankelijk van de wens voor een time-out gesprek bij de huisarts, wordt de patiënt tijd geboden om na te denken over de consequenties van de diagnose en/of de voorgestelde behandeling.
- Indien een time-out gesprek bij de huisarts gewenst is, neemt de patiënt contact op met de huisarts.
- Bij een eventueel time-out gesprek met de huisarts wordt het proces van de besluitvorming ondersteund en kunnen afspraken gemaakt worden over verdere begeleiding door de huisarts en eventueel een eerstelijns verpleegkundig specialist / oncologieverpleegkundige tijdens behandeling. Verdere suggesties voor invulling van dit time-out gesprek zijn genoemd in de voetnoot.

---

<sup>4</sup> Het Time Out gesprek is gericht op facilitering van continuïteit van eerstelijnszorg na de diagnose kanker. Daarnaast is het doel: (1) reflectie op impact van de diagnose, (2) verheldering van vragen en onduidelijkheden die ter plaatse of in het ziekenhuis aan de orde dienen te komen, (3) verheldering van persoonlijke voorkeuren en prioriteiten die meegewogen moeten worden om tot een passende behandelkeuze te komen, (4) het afstemmen van verwachtingen voor het vervolgtraject tussen patiënt en huisarts.

Het Time Out gesprek is *niet* primair gericht op medisch inhoudelijke bespreking van therapieopties. Het kan meerwaarde hebben bij de patiënt bewustwording te creëren dat: (1) verschillende keuzemogelijkheden voor behandeling bestaan, waaronder ook niet behandelen en (2) dat een second opinion mogelijk is.

Een Time Out gesprek bij de huisarts is niet noodzakelijk eenmalig, maar kan bestaan uit meerdere gesprekken.

### Fase 3: Tijdens in opzet curatieve tumorgerichte behandeling

- De huisarts, oncologieverpleegkundige, VSO<sup>5</sup> of physician assistant schakelt - indien van meerwaarde geacht door patiënt en zorgverlener - een eerstelijns verpleegkundig specialist en/of oncologieverpleegkundige in voor aanvullende begeleiding vanuit de eerste lijn.
- De eerstelijns verpleegkundig specialist en/of oncologieverpleegkundige communiceert naar de huisarts en het aanspreekpunt in het ziekenhuis hoe hij/zij bereikt kan worden.
- De behandelend medisch specialist, oncologieverpleegkundige, VSO en/of physician assistant informeert de huisarts en/of eerstelijns verpleegkundig specialist/oncologieverpleegkundige en vice versa over relevante wijzigingen op gebied van de behandeling en de (verwachte) effecten op de fysieke, psychologische en/of sociale gesteldheid van de patiënt.
- De medisch specialist, oncologieverpleegkundige, VSO, physician assistant en eerstelijns verpleegkundig specialist/oncologieverpleegkundige informeren elkaar waar relevant in geval van wijzigingen in de behandeling of problemen van de patiënt.

---

<sup>5</sup> VSO; verpleegkundig specialist oncologie, verder VSO genoemd

## Fase 4: Follow-up na in opzet curatieve tumorgerichte behandeling

- Afspraken over de nacontroles vallen buiten deze RTA.
- De behandelend medisch specialist brengt verslag uit aan de huisarts binnen 10 werkdagen na afsluiten van de tumorgerichte behandeling.
- De oncologieverpleegkundige, VSO of physician assistant informeert de huisarts en, indien betrokken, de eerstelijns verpleegkundig specialist/oncologieverpleegkundige omtrent de relevante psychosociale- en revalidatiezorg en de benodigde en/of ingezette ondersteuning, bij voorkeur in de vorm van een nazorgplan. Indien er geen oncologieverpleegkundige, VSO of physician assistant is die een nazorgplan opstelt voor de psychosociale- en revalidatiezorg, dan neemt de behandelend medisch specialist hiervoor de verantwoordelijkheid.
- Na afronding van een in opzet curatieve behandeling, maken de betrokken zorgverleners in de eerste en tweede lijn afspraken over de nazorg.

Deze afspraken betreffen follow-up op maat:

- frequentie en aard van de controles en wie deze controles uitvoert (wie controleert wat en hoe) en hoe de uitkomsten hiervan gecommuniceerd worden.
- wie welke psychosociale- en/of revalidatiezorg coördineert .



## Fase 5: Het incurabele recidief/ metastasering

Deze fase start bij het ontdekken van het incurabele recidief of de incurabele metastasen.

### Uitgangspunt

- Persoonlijke voorkeuren, wensen en prioriteiten van de patiënt en de effectiviteit van vervolgetherapieën zijn in samenhang leidend bij de keuzes die gemaakt worden na vaststelling van een incurabel recidief/metastasering.

### Afspraken

Voor 'Fase 5: Het incurabele recidief/ metastasering' gelden dezelfde afspraken als genoemd onder 'Fase 2 - Na diagnose, voor behandeling' en 'Fase 3 – Tijdens curatieve tumorgerichte behandeling', met de volgende toevoeging:

- Bij (sterke verdenking op) incurabel recidief of metastasen in de eerste lijn:
  - De huisarts overlegt zo nodig met de medisch specialist.
  - De huisarts bespreekt met de patiënt de (mogelijke) diagnose en potentiële consequenties en therapiekeuzes (tumorgericht of uitsluitend symptoomgericht) en overlegt met patiënt of verwijzing naar het ziekenhuis wenselijk is.
- Bij (sterke verdenking op) incurabel recidief of metastasen in het ziekenhuis bij controle of na verwijzing door de huisarts:
  - De medisch specialist bespreekt met de patiënt de (mogelijke) diagnose en potentiële consequenties en therapiekeuzes (tumorgericht of uitsluitend symptoomgericht).
  - De medisch specialist informeert na dit gesprek de huisarts en overlegt bij uitsluitend symptoomgerichte behandeling over de onderlinge taakverdeling (wie neemt welke behandeling en zorg op zich).

## Bijlage 1 Regiegroep en klankbordgroep

### Deze RTA is ontwikkeld door

<u>De regie / werkgroep</u>	<u>Professionele achtergrond</u>	<u>Organisatie</u>
Pauline de Graaf	huisarts	Huisartsen Utrecht Stad
Toosje Valkenburg	huisarts	UNICUM Zuidoost Utrecht
Susanne Claessen	huisarts	Leidsche Rijn Julius Gezondheidscentra
Ria Anda	oncologieverpleegkundige	Vitras (onderdeel Santé Partners)
Ben Berkvens	oncologieverpleegkundige	Careyn – regio Utrecht
Alexander de Graeff	internist oncoloog	UMC Utrecht
Camilla Thijsen - Basart	projectleider oncologische zorg	Diakonessenhuis Utrecht
Marlies Verhaar	internist oncoloog	St. Antonius Ziekenhuis
Lobke van Leeuwen-Snoeks	internist oncoloog	Diakonessenhuis Utrecht
Ine Burgmans	oncologisch chirurg	Diakonessenhuis Utrecht
Sophie van Olphen	AIOS Maag Darm Leverziekten	UMC Utrecht
Lisette Janssen	verpleegkundig specialist	Diakonessenhuis Utrecht

### Een klankbordgroep, die schriftelijk inbreng geleverd heeft:

Aswin Meijer	uroloog / chirurg	St. Antonius
Richard Meijer	oncologisch uroloog	UMCU/ St. Antonius
Henk Schreuder	gynaecologisch oncoloog	UMCU
Quintus Molenaar	HPB chirurgie	UMCU / Regionaal Academisch Kankercentrum Utrecht (RAKU)
Paula de Boer	VS gynaecologische oncologie	Diakonessenhuis
Ella Visserman	Patiënt vertegenwoordiging	Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties
Irene Dingemans	Patiënt vertegenwoordiging	Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties