Disclosure belangen spreker	
(potentiële) Belangenverstrengeling	**Charles Helsper**
Voor bijeenkomst mogelijk relevante relaties met bedrijven[1]	Afdeling huisartsgeneeskunde Julius centrum, UMC Utrecht[1]
• Sponsoring of onderzoeksgeld[2] • Honorarium of andere (financiële) vergoeding[3] • Aandeelhouder[4] • Andere relatie, namelijk …[5]	- KWF kankerbestrijding [2] - ZonMW [2] - Danone Ecosysteme [2] - Cancer Research UK [3] - Zorginstituut NL[2]

De rol van de huisarts bij

Charles Helsper, hoofdonderzoeker ‘primary care oncology’
UMC Utrecht

De rol van de huisarts bij

Afdeling huisartsgeneeskunde
Julius centrum voor gezondheidswetenschappen en eerstelijnszorg
Centrum voor onderzoek en onderwijs van het UMC Utrecht

- **Oncologie**
- Hart Vaat ziekten
- Infectieziekten
- Methodologie
- Patiënt veiligheid

Intensieve samenwerking met “kliniek” en zorgverleners in de regio

Rol van de huisarts in de kankerzorg: Bij diagnostiek, behandeling en nazorg

Dagelijks opinie, nieuws en achtergronden

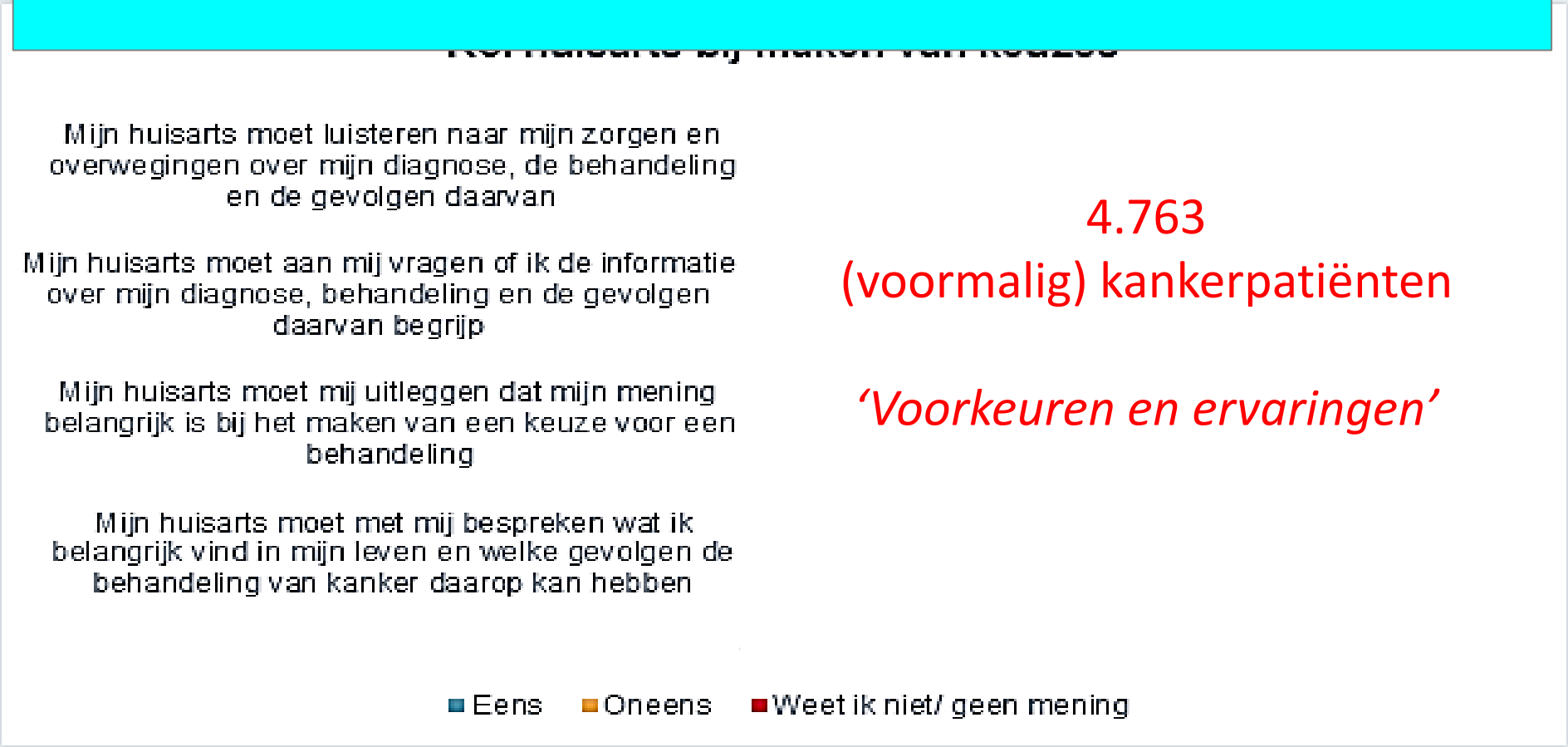
MEDISCH CONTACT

NIEUWS OPINIE KENNIS CARRIÈRE TIJ

ker

Momenteel richt de huisarts zich, indien betrokken, vooral op informeren en geruststellen.

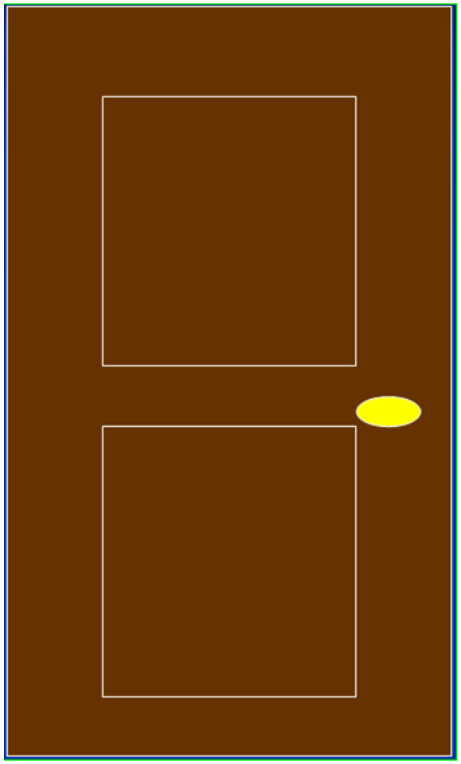
Andere aspecten van besluitvorming komen nauwelijks aan de orde.

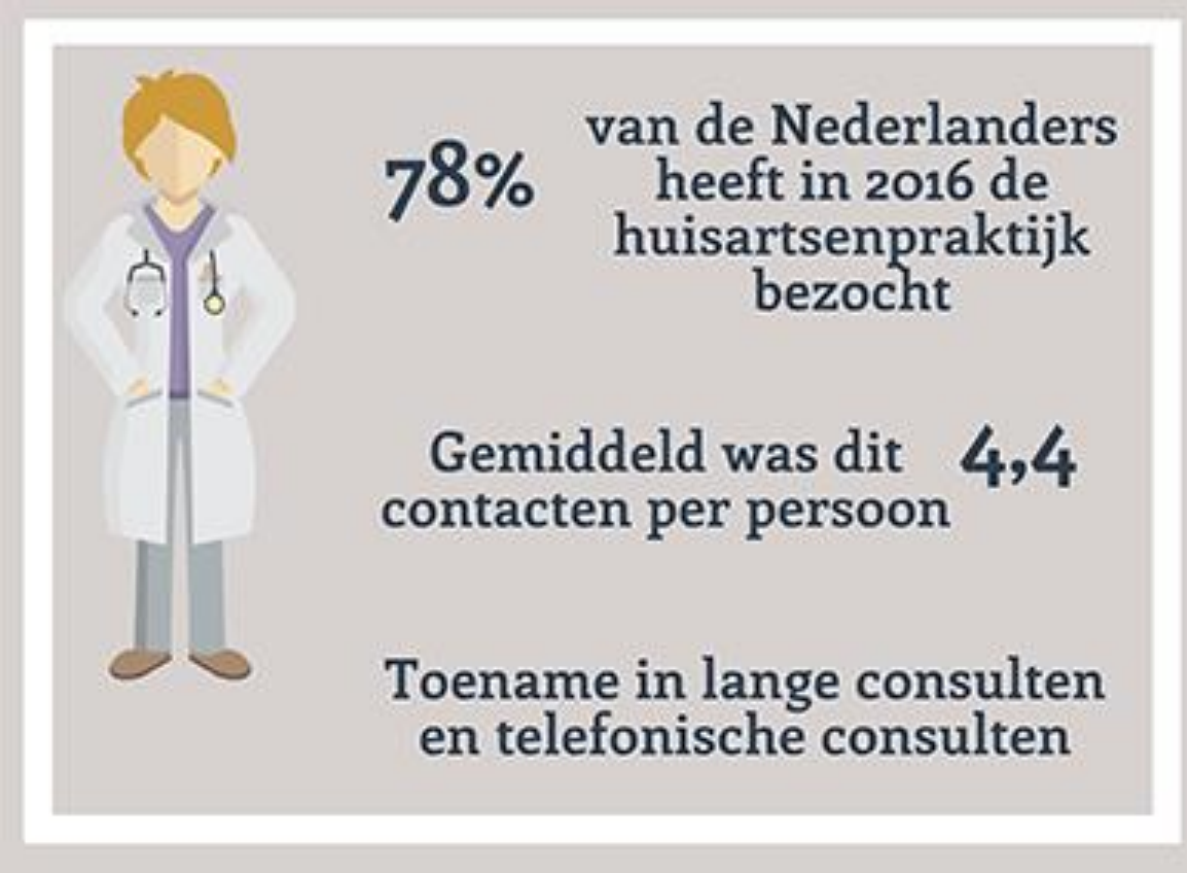


4.763
(voormalig) kankerpatiënten

‘Voorkeuren en ervaringen’

In de spreekkamer

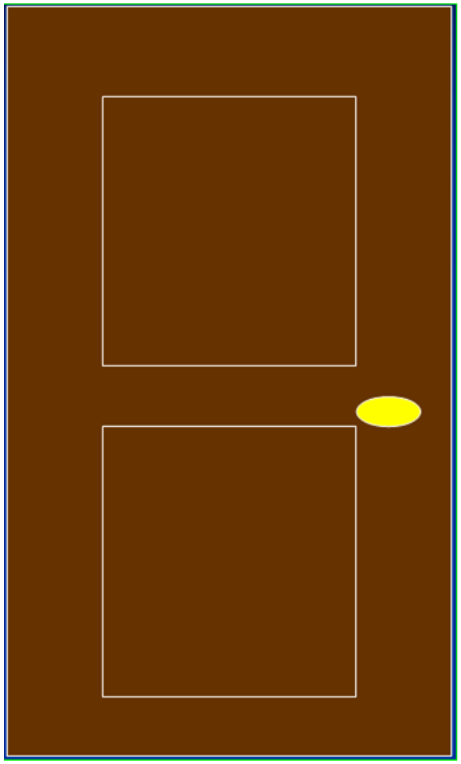


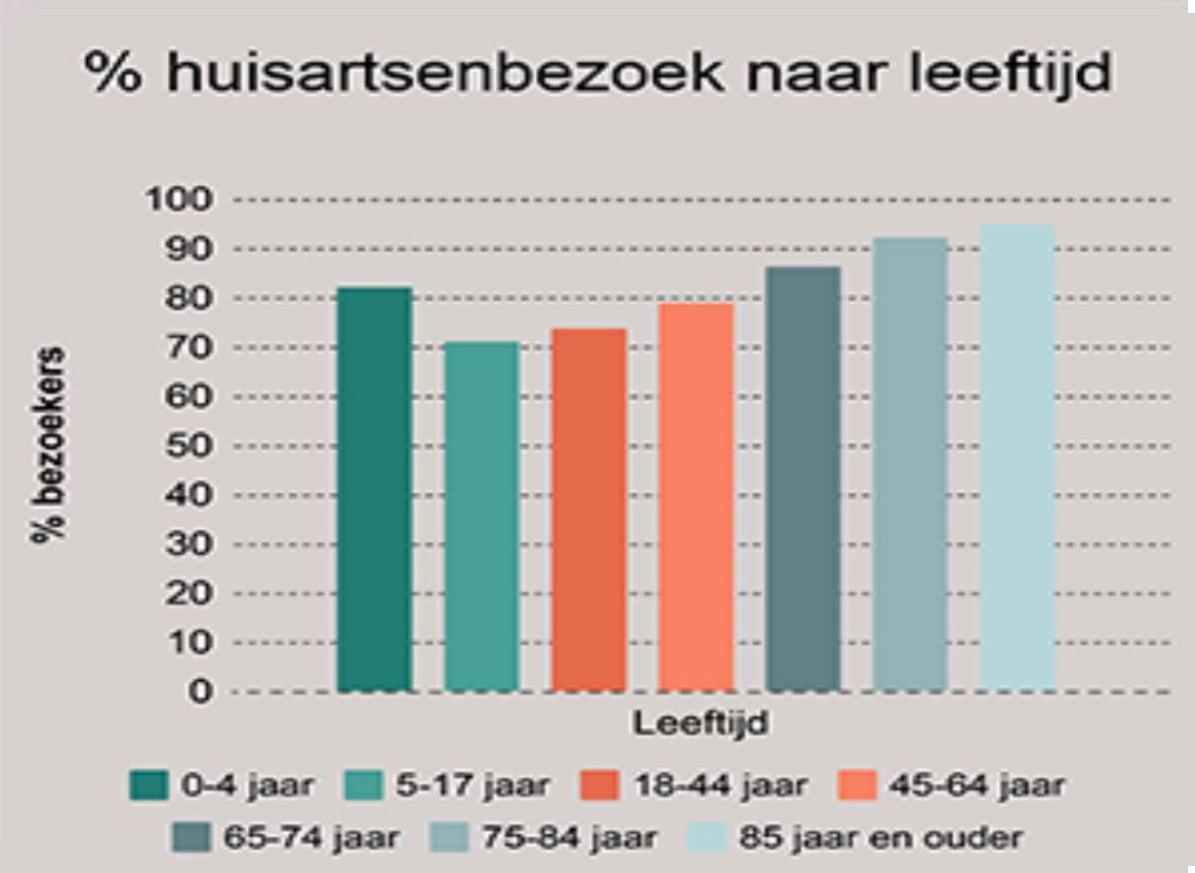


Kleine toename van het aantal bezoeken aan de huisarts.
NIVEL zorgregistraties eerste lijn, 02-11-2017

UMC Utrecht

In de spreekkamer



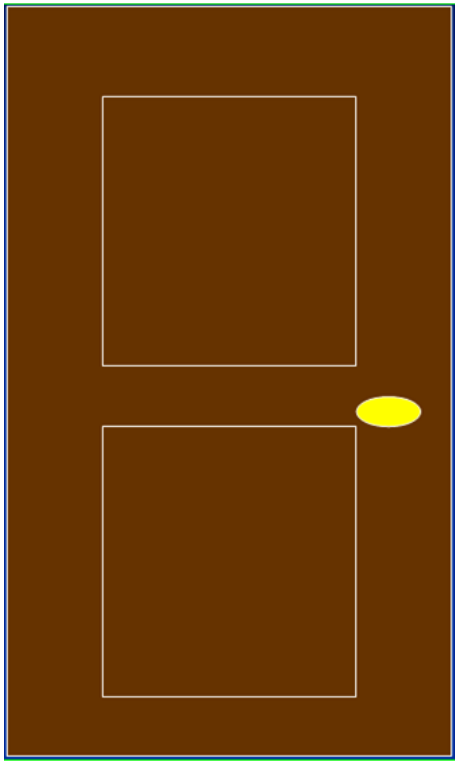


Kleine toename van het aantal bezoeken aan de huisarts.
NIVEL zorgregistraties eerste lijn, 02-11-2017

UMC Utrecht

In de spreekkamer

50% van de 50+ers kent huisarts al >20 jaar

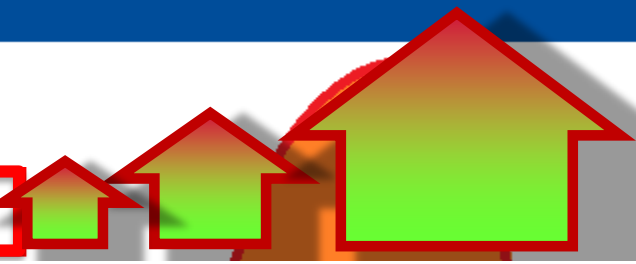


	ICPC-hoofdstuk	Incidentie (per 1000)		Prevalentie (per 1000)	
		mannen	vrouwen	mannen	vrouwen
Algemeen	A	63	93	93	144
Bloed	B	8	16	14	30
Tractus digestivus	D	87	119	146	207
Oog	F	50	56	71	87
Oor	H	86	86	111	115
Tractus circulatorius	K	44	59	145	194
Bewegingsapparaat	L	240	292	340	450
Zenuwstelsel	N	30	50	52	95
Psychische problemen	P	42	61	95	154
Tractus respiratorius	R	187	239	280	352
Huid en subcutis	S	214	264	319	399
Endocriene klieren / stofwisseling / voeding	T	16	23	64	83
Urinewegen	U	20	76	30	98
Zwangerschap / bevalling / anticonceptie	W	–	74	–	196
Geslachtsorganen vrouw	X	–	106	–	179
Geslachtsorganen man	Y	32	–	52	–
Sociale problemen	Z	13	21	19	33

Vd Linden, et al Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. NIVEL/RIVM, 2004.

Rol van de huisarts

En mensen met kanker leven langer, dus prevalentie:



2030

70% van de mensen met kanker heeft een co-morbiditeit waarmee rekening gehouden dient te worden

Daarnaast is de huisarts vaak ook de zorgverlener van gezin / partner

Bron: CBS en IKNL

Rol van de huisarts

“Meer betrekking van eerstelijnszorg na diagnose kanker is aangewezen.“

Gezondheidsraad

2007

Integraal Kanker Centrum Nederland

2011

KWF kanker-bestrijding

2011

Koepel van patienten- en zorg-organisaties.

2013

Nederlands Huisartsen Genootschap

2014

Rol van de huisarts

In 2022…

…meer proactieve attitude

…ondersteuning bij gedeelde besluitvorming en zelfmanagement

…continuïteit van huisartsenzorg

…gestructureerde begeleidende en ondersteunende rol huisarts

Bron: NHG standpunt oncologische zorg in de huisartsenpraktijk. 2014

Rol van de huisarts

Figuur 1 Gedeelde besluitvorming: het model van Elwyn[12,13]

4 stappen in gesprekken met preferentiegevoelige beslissing (Stiggelbout 2015):

1. verhelderen dat er een beslissing genomen moet worden en dat de mening van de cliënt daarin belangrijk is;
2. tweezijdig bespreken van de opties en voor-en nadelen van elke optie (incl. 'niets' doen);
3. voorkeuren bespreken van cliënt en zorgverlener; cliënt ondersteunen in het wikken en wegen;
4. welke rol wil cliënt in beslissing?, besluit nemen of uitstellen en follow-up regelen

Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. Journal of General Internal Medicine 2012;27(10):p1361-1367

Rol van de huisarts

Figuur 1 Gedeelde besluitvorming: het model van Elwyn[12,13]

Diagnose kanker / perspectief verandering

Therapie-keuze

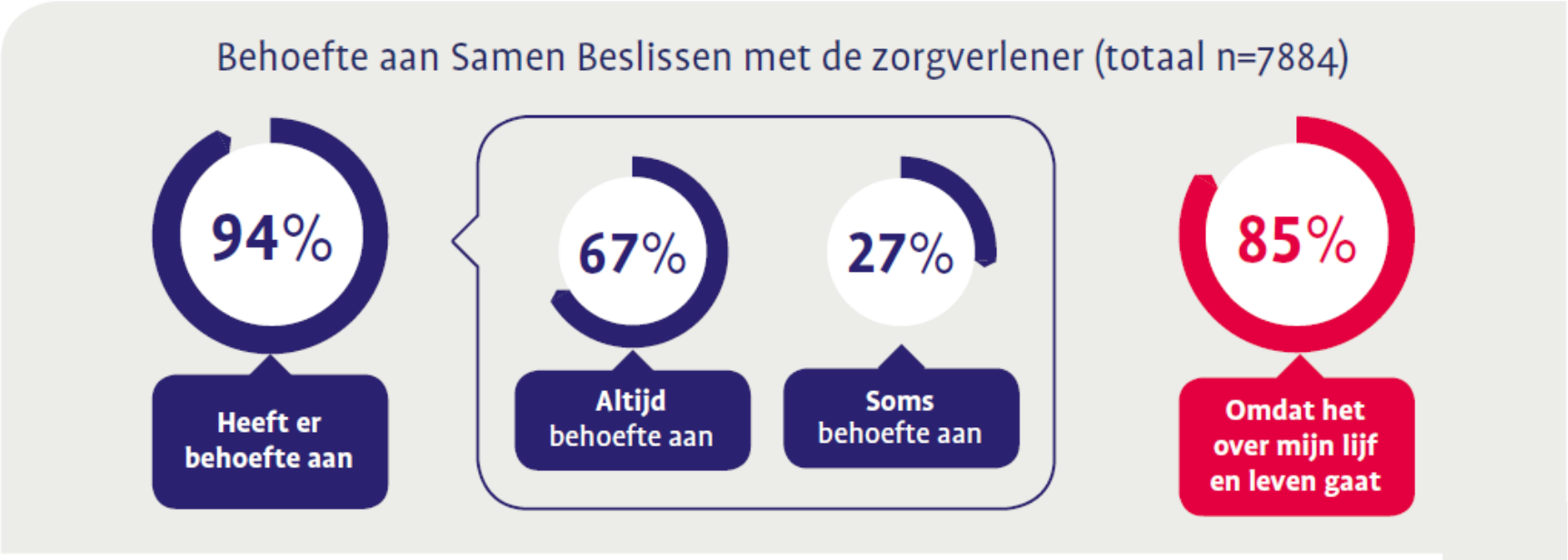
'Time out'
Huisarts

Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. Journal of General Internal Medicine 2012;27(10):p1361-1367

Rol van de huisarts

Samen Beslissen met de zorgverlener over welke zorg het beste past

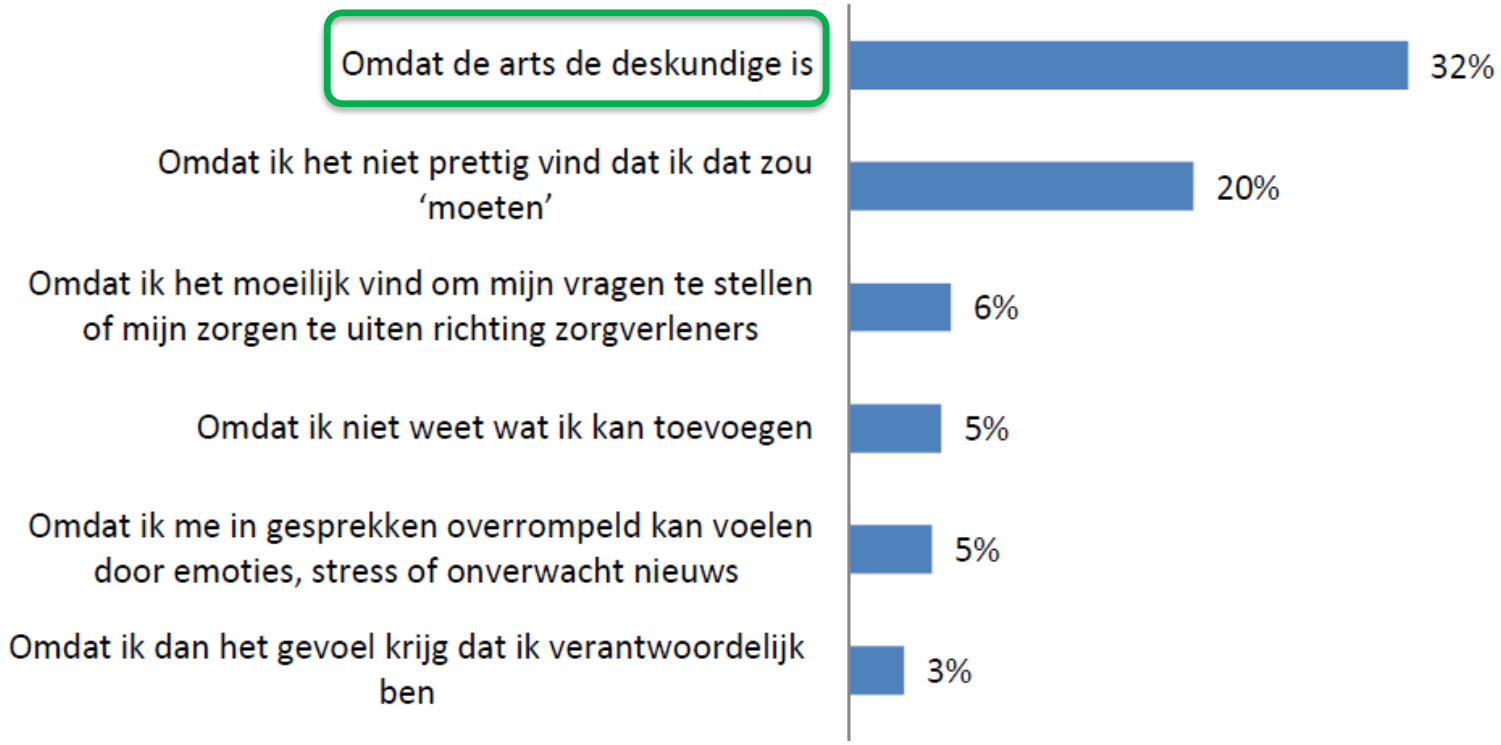
Rapport meldactie, augustus 2017



https://www.patientenfederatie.nl/images/Factsheet_Samen_Beslissen.pdf

Patientenfederatie 2017

Uitdagingen



Uitdagingen

Is Doing What the Doctor Thinks Best a Top Priority?

Decision	Pat	Prov	p
BCA surgery	86%	14%	P<0.01
Hip replacement	84%	40%	P<0.01
Knee replacement	78%	35%	P<0.01
Menopause	60%	21%	P=0.02
PSA	59%	21%	P=0.03
Spinal Stenosis	46%	5%	P<0.01

https://pt.slideshare.net/fimdm/intro-to-shared-decision-making-11486938

Informatie deels verkregen uit presentatie Haske van Veenendaal en Ella Visserman
- Time-out en shared decision making. Citrien fonds meet and greet.

Uitdagingen

Uitdagingen

Top Three Goals and Concerns for Breast Cancer Decisions

Condition: Goal	Pat	Prov	p
Keep your breast?	7%	71%	P<0.01
Live as long as possible?	59%	96%	P=0.01
Look natural without clothes	33%	80%	P=0.05
Avoid using prosthesis	33%	0%	P<0.01

https://pt.slideshare.net/fimdm/intro-to-shared-decision-making-11486938

Uitdagingen

N Engl J Med. 2012 October 25; 367(17): 1616–1625. doi:10.1056/NEJMoa1204410.

Patients' Expectations about Effects of Chemotherapy for Advanced Cancer

Jane C. Weeks, M.D., Paul J. Catalano, Sc.D., Angel Cronin, M.S., Matthew D. Finkelman, Ph.D., Jennifer W. Mack, M.D., M.P.H., Nancy L. Keating, M.D., M.P.H., and **Deborah Schrag, M.D., M.P.H.**
Departments of Medical Oncology (J.C.W., A.C., D.S.), Biostatistics and Computational Biology (P.J.C.), and Pediatric Oncology (J.W.M.), Dana–Farber Cancer Institute, the Department of Public Health and Community Service, Tufts University School of Dental Medicine (M.D.F.), and the Department of Medicine, Brigham and Women's Hospital, and the Department of Health Care Policy, Harvard Medical School (N.L.K.) — all in Boston

Abstract

BACKGROUND—Chemotherapy for metastatic lung or colorectal cancer can prolong life by weeks or months and may provide palliation, but it is not curative.

METHODS—We studied 1193 patients participating in the Cancer Care Outcomes Research and Surveillance (CanCORS) study (a national, prospective, observational cohort study) who were alive 4 months after diagnosis and received chemotherapy for newly diagnosed metastatic (stage IV) lung or colorectal cancer. We sought to characterize the prevalence of the expectation that chemotherapy might be curative and to identify the clinical, sociodemographic, and health-system factors associated with this expectation. Data were obtained from a patient survey by professional interviewers in addition to a comprehensive review of medical records.

RESULTS—Overall, 69% of patients with lung cancer and 81% of those with colorectal cancer did not report understanding that chemotherapy was not at all likely to cure their cancer. In multivariable logistic regression, the risk of reporting inaccurate beliefs about chemotherapy was higher among patients with colorectal cancer, as compared with those with lung cancer (odds ratio, 1.75; 95% confidence interval [CI], 1.29 to 2.37); among nonwhite and Hispanic patients, as compared with non-Hispanic white patients (odds ratio for Hispanic patients, 2.82; 95% CI, 1.51 to 5.27; odds ratio for black patients, 2.93; 95% CI, 1.80 to 4.78); and among patients who rated their communication with their physician very favorably, as compared with less favorably (odds ratio for highest third vs. lowest third, 1.90; 95% CI, 1.33 to 2.72). Educational level, functional status, and the patient's role in decision making were not associated with such inaccurate beliefs about chemotherapy.

CONCLUSIONS—Many patients receiving chemotherapy for incurable cancers may not understand that chemotherapy is unlikely to be curative, which could compromise their ability to make informed treatment decisions that are consonant with their preferences. Physicians may be able to improve patients' understanding, but this may come at the cost of patients' satisfaction with them. (Funded by the National Cancer Institute and others.)

Vragen en onduidelijkheid verstoren soms een goed besluit.

"We studied… newly diagnosed.. stage V… metastatic lung or colorectal"…
"69% of patients with lung cancer and 81% with colorectal cancer **did not report understanding that chemotherapy was not at all likely to cure their cancer."**

J.C. Weeks. et al. Patients' Expectations about Effects of Chemotherapy for Advanced Cancer. Engl J Med. 2012 October 25; 367(17)
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3613151/pdf/nihms-422934.pdf

Uitdagingen

Patienten geven (soms) aan dat ze

- Het moeilijk(er) vinden om tegen de specialist te zeggen dat ze een behandeling niet willen

- Loyaliteit voelen naar hun behandelaar en die niet teleur willen stellen

- In ongeveer 10% van de gevallen niet om een second opinion durfden te vragen. En dat ze het soms als moeilijk ervaren vragen te stellen.

Behandelaars geven (soms) aan dat ze soms nog wat veel gericht zijn op

- Welke behandeling?
- Zonder dat wel / niet behandelen aan de orde is geweest

COFFEE
PRETZELS
BALLOONS

TIME OUT

SM

Time out gesprek

Doel gesprek

Structureel contactmoment met huisarts na kanker diagnose, t.b.v.:

- Ondersteuning na ingrijpende diagnose
- Verhelderen vragen
- Verhelderen persoonlijke voorkeuren en wensen
- "Empowerment" voor behandelgesprek
- Stimuleren continuïteit van (eerstelijns)zorg

om vervolgens

- *samen met behandelaar een keuze voor behandeling te maken*
- *eerstelijns zorg door te laten lopen.*

Huisarts bij samen beslissen

Journal of Cancer Survivorship
https://doi.org/10.1007/s11764-019-00814-5

Off to a good start after a cancer diagnosis: implementation of a time out consultation in primary care before cancer treatment decision

Eveline A. Noteboom[1] · Niek J. de Wit[1] · Ingrid J. E. M. van Asseldonk[2] · Monique C. A. M. Janssen[2] · Wai Yee Lam-Wong[2] · Rob H. P. J. Linssen[2] · Manon J. A. E. Pepels[2] · Natascha A. W. P. Schrama[2] · Mariëlle E. H. Trompper[2] · L. Maaike Veldhuizen[2] · Anne P. Wijtvliet[2] · Ed G. F. Zeldenrust[2] · Ans M. Hendrikx[2] · Wil A. van de Boomen[2] · Dorothé M. Elbersen[2] · Esther M. G. Jacobs[2] · Elsken van der Wall[3] · Charles W. Helsper[1]

Received: 15 July 2019 / Accepted: 1 October 2019
© The Author(s) 2019

Noteboom, E.A et al. J Cancer Surviv (2019).
Https://doi.org/10.1007/s11764-019-00814-5

Abstract

Purpose Supportive care for cancer patients may benefit from improving treatment decisions and optimal use of the family physicians' and specialists' strengths. To improve shared decision-making (SDM) and facilitate continuity of primary care during treatment, a cancer care path including a "time out consultation" (TOC) in primary care before treatment decision, was implemented. This study assesses the uptake of a TOC and the added value for SDM.

Methods For patients with metastatic lung or gastro-intestinal cancer, a TOC was introduced in their care path in a southern region of The Netherlands, from April until October 2016. Uptake of a TOC was measured to reflect on facilitation of continuity of primary care. The added value for SDM and overall experiences were evaluated with questionnaires and semi-structured interviews among patients, family physicians, and specialists.

Results Of the 40 patients who were offered a TOC, 31 (78%) had a TOC. Almost all patients, family physicians, and specialists expressed that they experienced added value for SDM. This includes a stimulating effect on reflection on choice (expressed by 83% of patients) and improved preparation for treatment decision (75% of patients). Overall added value of a TOC for SDM, only evaluated among family physicians and specialists, was experienced by 71% and 86% of these physicians, respectively.

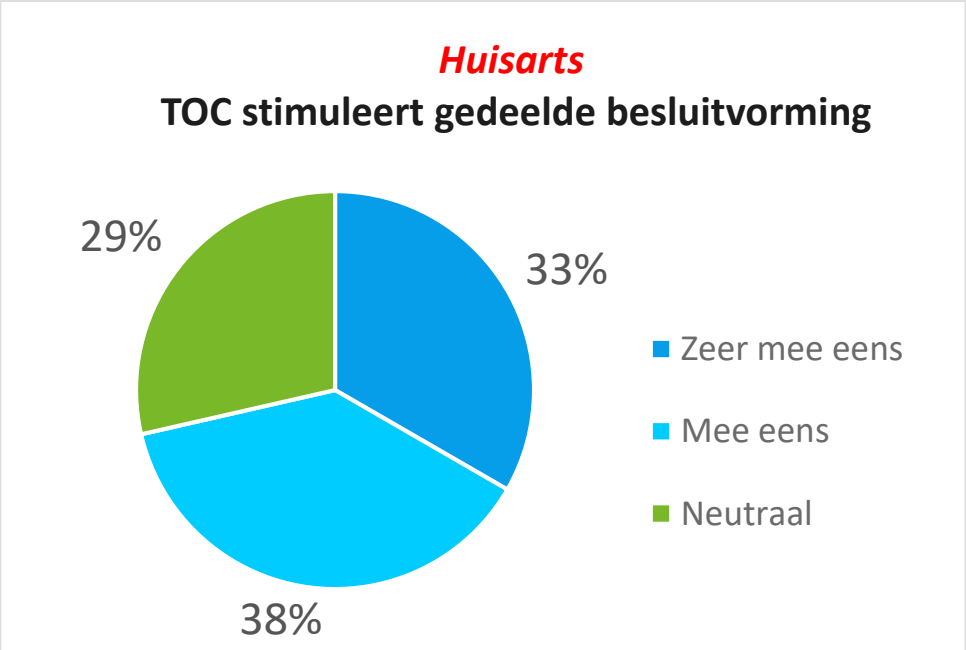
Conclusion and Implications for Cancer Survivors The first experiences with a TOC in primary care before cancer treatment decision suggest that it may help to keep the GP "in the loop" after a cancer diagnosis and that it may contribute to the SDM process, according to patients, family physicians, and specialists.

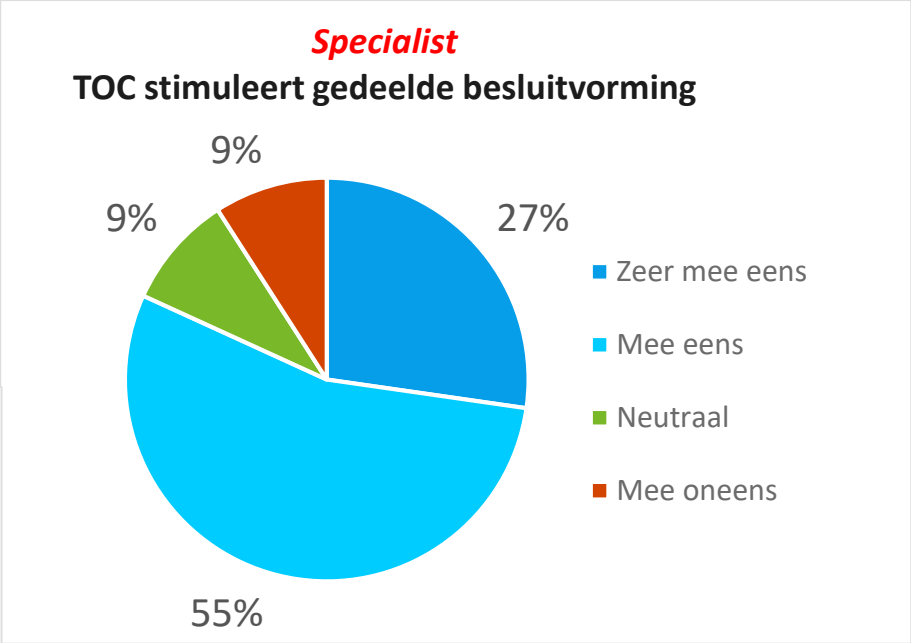
Huisarts bij samen beslissen

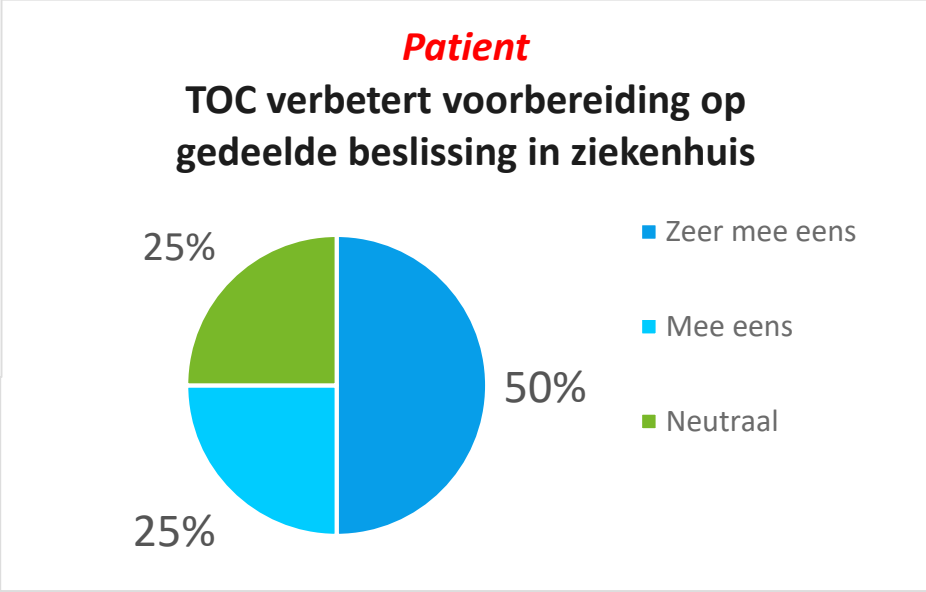
Elkerliek Ziekenhuis - palliatief

Effect op gedeelde besluitvorming

71% heeft Time Out







Huisarts bij samen beslissen

Multicentre RCT – Twee armen
Minimisatie obv ziekenhuis en afdeling

Meer dan 250 huisartsen

11 afdelingen in 4 ziekenhuizen

Geïncludeerd: 154 patiënten

Time Out in >80%!

Diagnose kanker → **Therapie-keuze** → **Behandeling** → **Nazorg**

Geen effect op:
- 'experienced SDM'
- 'health care use'
- 'empowerment'

'Time out'
Huisarts

Huisarts bij samen beslissen

Meerwaarde

Patiënt

- Verduidelijking opties
- Pas op de plaats
- Vragen kunnen stellen
- Weloverwogen keuze
- Rustig kunnen praten
- Informatie laten bezinken
- Vertrouwde omgeving

Voor de huisarts

- Actieve, vroege betrekking
- Op de hoogte van diagnose en prognose
- Minder scheiding 1e en 2e lijn
- Heldere taakverdeling
- Waardering rol
- Mooie overgang naar pall. zorg in de thuissituatie

Voor de specialist

- Weloverwogen keuze
- Huisarts staat achter de keuze
- Huisarts is direct betrokken

**Implementatie*
Elkerliek ziekenhuis

Huisarts bij samen beslissen

Randvoorwaarden

Lukt alleen als..

- Genoeg tijd en goede organisatie om TOC op tijd te plannen
- Tijdige communicatie en informatie voorziening

Ervaring daarbij:

Op afdeling met oncologieverpleegkundige lukt het prima, maar als dat niet zo is….

Ps. Huisarts neemt initiatief: 8

Patiënt neemt initiatief : 7

UMC Utrecht

Dank …