

Katholieke Hogeschool Kempen  
Departement Gezondheidszorg Turnhout  
Bachelor na Bachelor in de Oncologische Zorg



## KNELPUNTEN IN DE CURATIEVE ONCOLOGISCHE THUISVERPLEGING

### **CAMPUS BLAIRON**

Turnhout



Van Hooste Micheline  
Van Loo Lore

**Academiejaar 2010-2011**



Katholieke Hogeschool Kempen  
Departement Gezondheidszorg Turnhout  
Bachelor na Bachelor in de Oncologische Zorg



## KNELPUNTEN IN DE CURATIEVE ONCOLOGISCHE THUISVERPLEGING

### **CAMPUS BLAIRON**

Turnhout



Van Hooste Micheline  
Van Loo Lore

**Academiejaar 2010-2011**

## Voorwoord

In het kader van ons afstudeerproject voor de opleiding Bachelor na Bachelor in de Oncologie, hebben we gekozen voor het onderwerp "Knelpunten in de curatieve oncologische thuiszorg". We zijn uit onze stage- en werkervaring hiervoor vertrokken. Concreet merken we nog dat een goed uitgebouwde thuiszorg erg belangrijk is voor kankerpatiënten, aangezien ziekenhuizen de patiënten steeds sneller ontslaan en kankerpatiënten steeds sneller en vaker een ambulante behandeling krijgen.

Eerst en vooral willen we onze dank betuigen tegenover onze promotor Rita Bosmans voor de tips, het wegwijs maken in de literatuur en voor de begeleiding tijdens de uitwerking van ons eindwerk. Vervolgens willen we onze praktijkbegeleidster Ingrid Mels bedanken voor de deskundige feedback die wij van haar hebben mogen ontvangen. En we willen ook Eveline Jans eveneens bedanken voor het nalezen van ons werk. Als slot willen we de thuisverpleegkundigen en hun diensthoofden bedanken voor het invullen van onze vragenlijsten.

## **Samenvatting**

We willen met dit afstudeerproject nagaan welke knelpunten verpleegkundigen in de thuisverpleging ervaren bij het leveren van curatieve oncologische zorg. Concreet merken we nog dat een goed uitgebouwde thuiszorg erg belangrijk is voor kankerpatiënten, aangezien ziekenhuizen de patiënten steeds sneller ontslaan en kankerpatiënten steeds vaker een ambulante behandeling krijgen. Een tekort aan kennis, vaardigheden, het bieden van psychosociale/morele steun en inzicht in specifieke oncologische zorg bij thuisverpleegkundigen kan leiden tot complicaties en onnodige verplaatsingen naar het ziekenhuis.

## Inhoudsopgave

Voorwoord	.....	4
Samenvatting	.....	5
Inhoudsopgave	.....	6
Inleiding	.....	7
1	Theoretische benadering	..... 9
1.1	Omschrijvingen	..... 9
1.1.1	Kanker	..... 9
1.1.2	Curatieve Oncologie	..... 10
1.1.3	Thuisverpleging versus ziekenhuis binnen oncologie	..... 11
1.1.4	Oncologische verpleegproblemen in de thuisverpleging	..... 14
1.1.5	Begeleiding en ondersteuning van oncologiepatiënten	..... 26
1.2	Profiel van Oncologie Verpleegkundige	..... 29
2	Praktische benadering	..... 34
2.1	Uitwerking van het verkennend onderzoek	..... 34
2.1.1	Methode	..... 34
2.1.2	Resultaten	..... 35
2.1.3	Besluit	..... 49
2.1.4	Discussie	..... 50
Literatuurlijst	.....	51
Bijlage	.....	53

## Inleiding

Wij zijn tewerkgesteld binnen de afdeling Oncologie, dit in verschillende ziekenhuizen. Uit ervaring weten we dat een patiënt niet altijd over een verpleegkundige in de thuissituatie beschikt. In sommige situaties zou het zinvol kunnen zijn om beroep te doen op een verpleegkundige van de thuiszorg. Op de afdeling horen we vaak van patiënten dat ze thuis niet weten wat ze moeten doen in bepaalde situaties (bv.:ontstekingen van de mond, misselijkheid,...). Wanneer patiënten in deze situaties beroep kunnen doen op een ervaren verpleegkundige van de thuiszorg, zal dit geruststellend zijn voor de patiënt en/of familie. Een goed uitgebouwde thuiszorg is namelijk erg belangrijk voor de kankerpatiënten, aangezien ziekenhuizen de patiënten steeds sneller ontslaan en kankerpatiënten steeds vaker een ambulante behandeling krijgen.

Thuisverpleegkundigen zijn generalistische zorgverleners en richten zich op een breder gebied en zijn op deelgebieden minder deskundig dan specialistische zorgverleners (bv. oncologieverpleegkundige, nutrieverpleegkundige,...). Met de evolutie in de zorg krijgen thuisverpleegkundigen meer te maken met kankerpatiënten in alle fasen van hun ziekte. Dit vraagt om expertise die soms niet of onvoldoende aanwezig is.

In de palliatieve setting zijn heel wat zorgen omkaderd door een palliatief netwerk. Dit is voor de patiënt een meerwaarde zowel op fysisch, psychisch, sociaal en spiritueel vlak. Curatieve patiënten die (zwaar) ziek zijn, blijven hier wat in de kou staan. De Vlaamse Liga tegen Kanker ontdekte in een verkennend onderzoek dat plaats vond in 2004 enkele knelpunten in de thuiszorg voor curatieve kankerpatiënten. Deze knelpunten omvatten volgens de patiënt de items van haastig zijn, weinig of geen tijd vrijmaken, kennistekort over bepaalde medisch-technische taken, niet over de vereiste deskundigheid beschikken. Een tekort aan psychosociale hulp, sociale dienst/psychische zorg, wordt in dit verkennend onderzoek ook opgemerkt. De kankerpatiënten vermelden tijdens het interview dat de communicatie tussen thuiszorg en ziekenhuis niet steeds vlot verloopt, op deze manier wordt het moeilijker om medisch-technische hulp goed uit te voeren en om adequate psychosociale steun te verstrekken.

Kankerpatiënten hebben nood aan verschillende soorten informatie. Ze moeten geïnformeerd worden over hun ziekte en de behandeling ervan. Hierbij hebben ze ook nood aan begeleiding om hun weg te kunnen vinden in de complexe situatie. Niet enkel de informatie zelf is belangrijk, maar ook de manier waarop de hulpverlener ze overbrengt.

Om deze knelpunten na te gaan, willen we een bevraging doen bij verpleegkundigen in de thuiszorg. Ons doel is om te peilen naar de knelpunten die verpleegkundigen in de thuiszorg ervaren bij het leveren van oncologische zorg. Met oncologische zorg bedoelen we patiënten die curatief behandeld worden en die zich dus niet in een palliatieve of terminale fase bevinden. Door de resultaten van de vragenlijst, willen we een overzicht geven van mogelijke knelpunten in de thuisverpleging omtrent curatieve oncologie.

Op termijn willen we dit omzetten naar een handig praktijkinstrument voor thuisverpleegkundigen.



# 1. Theoretische benadering

## 1.1 Omschrijvingen

### 1.1.1 Kanker

Volgens de Vlaamse Liga tegen kanker kregen in 2008, 164 mensen per dag de diagnose kanker te horen in België. De ziekte wordt vooral vastgesteld bij oudere mensen (>60 jaar) en het vaakst bij mannen. Bij vrouwen komt het meeste borstkanker voor en daarna dikke darm kanker en als slot longkanker. Bij mannen is er enig verschil dat prostaatkanker de eerste plaats deelt gevolgd door longkanker en daarna dikke darm kanker.

In ons lichaam zijn alle organen en weefsels opgebouwd uit verschillende cellen.

De meeste levende wezens ontstaan dan ook uit één cel, namelijk wanneer een eicel van de moeder en een zaadcel van de vader zich versmelten. Bij een normaal gezond lichaam groeien cellen doordat de oorspronkelijk cel zich steeds deelt, dit gebeurt wel een miljoen keer. De cellen zelf kunnen zelf mutaties of fouten herstellen, fouten worden hersteld door het immuunsysteem en mutaties sterven af.

Wanneer kanker ontstaat gebeurt dit doordat de cellen juist abnormaal gaan beginnen te groeien. De kankercellen gaan zich oncontroleerbaar delen en blijven zich met fouten delen. Waardoor de cel zijn ware aard zal verliezen en omliggend weefsel zal binnendringen en daar schade zal aanrichten. Uiteindelijk zullen er miljoenen kankercellen zich in het lichaam bevinden.

Het krijgen van kanker wordt niet altijd direct opgemerkt. Er zijn maar weinig kankers van in het begin kwaadaardig. Meestal heeft kanker tijd nodig om zijn symptomen te uiten. Dit kan gaan van maanden tot jaren. Kanker wordt in de praktijk meestal ontdekt met algemene symptomen zoals vermoeidheid, evenwichtsverlies, pijn en veranderingen van de huid.

Klaren en van der Meer (2004) toonden aan dat het krijgen van kanker afhangt van zowel exogene als endogene factoren. Onverstandig zonnebaden, roken, te veel alcoholverbruik, virussen, blootstelling aan radioactieve en chemische stoffen, slechte voedingsgewoonten en te weinig aan lichaamsbeweging zijn de belangrijkste exogene factoren bij het ontstaan van kanker. Endogene factoren zijn daarentegen het hebben

van andere ziekten (bv. Bij een transplantatie is het immuunsysteem verzwakt, waardoor sneller kanker kan ontstaan), hormonale invloeden, en erfelijke gevoeligheid.

De overlevingscijfers van kanker zijn vijfjaarsoverleving. Dit is verschillend per kanker. Pancreas, long, longvlies, lever en slokdarm zijn de kankers waarbij de minste overlevingskansen zijn.

### **1.1.2 Curatieve Oncologie**

Het woord curatief betekent gericht op genezen. Bij curatieve zorg is het zo dat de zorg van kortdurende aard is. Het richt zich op het behandelen en genezen van acute en chronische ziektes.

Oncologie komt van de twee Griekse termen "ovkos" en "αΟγOS" dat het gezwel en "logie" dat leer van of wetenschap betekent. Het betekent de specialisatie binnen de interne geneeskunde die gericht is op onderzoek en behandeling van kanker.

In de curatieve oncologie wordt de patiënt met kanker behandeld naar genezing toe. In curatieve oncologie is het belangrijk hoe sneller de kanker is gediagnosticeerd, des te beter de prognose.

### 1.1.3 Thuisverpleging versus ziekenhuis binnen oncologie

Binnen de ziekenhuissetting is er voor de oncologie patiënt een brede omkadering. In de thuisverpleging is er ook sprake van een omkadering, maar deze is anders dan binnen de ziekenhuissetting.

#### Oncologie in het ziekenhuis

Vanaf het moment van diagnosestelling, via de behandeling, tot aan de revalidatieperiode is er in het ziekenhuis een netwerk van personen dat de oncologische patiënt begeleidt, ondersteunt. Dit netwerk bestaat niet enkel uit artsen en verpleegkundigen, maar ook uit psychologen, de sociale dienst, de pastors, de kinesisten, de diëtisten, vrijwilligers, ...

Elk heeft zijn specialiteit en kan beroep doen op de ander. Dit geldt zowel voor opgenomen als ambulante patiënten.

- De oncologen: de behandelende arts stelt de diagnose en verwijst eventueel door naar andere specialisten (chirurg, radiotherapeut, internist,...). De oncoloog geeft de patiënt de nodige informatie en de patiënt kan met zijn/haar vragen bij hem terecht.

Als de patiënt is opgenomen, komt er dagelijks een zaalarts langs. Deze arts is niet altijd de behandelende arts, maar kan ook een collega of assistent zijn. De oncoloog gaat bij alle patiënten langs en op dit moment kunnen problemen worden gemeld, onderzoeken worden voorgeschreven, ...

De ambulante patiënt komt op consultatie bij zijn behandelende arts en kan hier terecht met vragen. Ook tijdens de dagopnames, voor chemotherapie of een andere behandeling, is er altijd een oncoloog aanwezig. Afhankelijk van ziekenhuis tot ziekenhuis ziet de oncoloog de patiënten nog voor de start van hun behandeling.

- Tijdens de opnameperiode in het ziekenhuis zal de verpleging het grote aanspreekpunt zijn voor de patiënt. De verpleging is, op zaal, 24 op 24 uur aanwezig, en er wordt een continuïteit van zorg gegarandeerd. Het zijn voor de patiënt vaak dezelfde gezichten die zij/hij terug aan zijn bed ziet verschijnen, die hem zijn medicatie en zorg toedienen. Zo ontstaat er een vertrouwensband tussen beiden.

Ook tijdens de dagopnames speelt de verpleging een belangrijke rol. Zij starten de behandeling die de oncoloog heeft voorgeschreven op, volgen de patiënt op gedurende de korte tijd die hij aanwezig is en helpen de patiënt indien nodig bij

problemen. De problemen die de verpleging detecteert, brieft hij/zij door en neemt zo nodig zelf stappen om extra hulp in te schakelen.

- De psychologen: Soms is er bij de diagnosestelling al een psycholoog aanwezig voor een kennismakingsgesprek, maar dit is niet altijd het geval. Als de verpleging psychische problemen detecteert, kan hij/zij een psycholoog inschakelen. De oncoloog kan eveneens de psycholoog contacteren. De psycholoog kan zowel de patiënt als de naasten helpen en ondersteunen bij vragen rond: slaapproblemen, vermoeidheid, gewijzigde draagkracht, omgaan met angstige en depressieve gevoelens, intimiteit en seksualiteit, het spreken met kinderen of kleinkinderen over ziekte, hormonen,... . Patiënten kunnen er ook terecht voor begeleiding in het omgaan met stress en spanning die de ziekte met zich meebrengt. De psycholoog helpt de patiënt ook de draad weer op te pakken na de behandeling. De psycholoog participeert binnen een oncologisch support team en is aanwezig op het multidisciplinair overleg.
- De sociale dienst wordt meestal ingeschakeld door de verpleging, maar soms ook op specifieke vraag van een patiënt. Zij staan in voor de persoonlijke, familiale, financiële, administratieve of praktische problemen die zich eventueel kunnen voordoen. Een gesprek over aspecten die zwaar wegen in de beleving van het ziek zijn, in de relatie met de omgeving of over allerlei gevoelens, kan verheldering brengen en een nieuwe houvast bieden voor de patiënt.
- Op gebied van het levensbeschouwelijke wordt elke opvatting gerespecteerd. Er kunnen immers vragen en gevoelens in de patiënt opkomen waarmee hij geen raad weet. Een pastor of een pastoraal medewerker, een moreel consulent of een bedienaar volgens de overtuiging van de patiënt kan een bondgenoot zijn voor de patiënt of een gesprekspartner voor allerlei levensvragen: zowel voor religieuze als voor andere zingevingvragen.
- Op voorschrift van de oncoloog kan een kinesist worden ingeschakeld. Hij/zij doet dit met een oefening gericht op de ademhaling, op spierversterking of om de mobiliteit te verbeteren. De bedoeling is om thuis opnieuw zo goed mogelijk te functioneren. Daarnaast biedt het revalidatiecentrum aan de patiënt de mogelijkheid om in een aangename sfeer, onder deskundige begeleiding aan de conditie te werken. Vermoeidheid komt vaak voor tijdens de periode van en na de chemo- en radiotherapie. De bedoeling is om via een individueel aangepast programma de conditie en algemene draagkracht terug op peil te krijgen. Samen met de artsen wordt één maal per week overleg gepleegd. Regelmatig wordt er ook samengewerkt met de ergotherapeut.
- De diëtiste kan op advies van de oncoloog, de verpleegkundige en/of de patiënt zelf worden ingeschakeld. Wanneer de patiënt bepaald voedsel niet mag of kan eten kan de diëtist gecontacteerd worden en hij/zij komt op deze manier langs

op de kamer van de patiënt. De diëtist vraagt naar de noden en wensen van de patiënt en past de voeding aan, zodat de patiënt voldoende voedingsstoffen binnenkrijgt.

- Binnen het ziekenhuis kan er meestal beroep gedaan worden op vrijwilligers. Zij staan in voor het voeren van een gesprek met de patiënt en zijn/haar naasten. Hierbij kunnen ze de patiënt nog verder ondersteunen door eventueel een krant te bezorgen, een koffie te brengen, ... .
- De seksuoloog kan worden ingeschakeld op aanvraag van de psycholoog. Wanneer patiënt vragen heeft met betrekking tot zijn seksuele leven, seksualiteit en alles wat daarmee samenhangt, dan is een gesprek met de seksuoloog aangewezen. Zij zijn gespecialiseerd in vragen met betrekking tot seksualiteit.
- Afhankelijk van de pathologie van de patiënt, kan het soms nodig zijn om gespecialiseerde verpleegkundigen in te schakelen. Bijvoorbeeld bij een oncologische wond kan de wondverpleegkundige ingeschakeld worden om het meest adequate beleid, voor zowel patiënt als verpleging, op te stellen. De borstverpleegkundige komt bij alle patiënten met een mammacarcinoom systematisch langs en volgen deze verder op.

### **Oncologie binnen de thuisverpleging**

Binnen de thuisverpleging spelen er andere partijen een rol. De thuisverpleegkundige heeft niet, zoals in het ziekenhuis, een heel team om op terug te vallen.

- De huisarts ontvangt van de behandelende arts een brief met daarin de laatste gegevens over de patiënt. De huisarts blijft op deze manier op de hoogte van het wel en wee van de patiënt.
- De thuisverpleegkundige is een gekwalificeerd verpleegkundige die dagelijks verpleegkundige hulp aanbiedt aan zorgbehoevende personen in hun eigen, vertrouwde omgeving. Voor de hygiënische zorgen heeft zij geen doktersvoorschrift nodig, voor alle andere zorgen wel, zoals bijvoorbeeld: wondverzorging, compressietherapie (aanbrengen van steunkousen, drukverband), inspuitingen, verzorging van stoma, aanbrengen van zalf, verwijderen van hechtingen of haakjes, spoelen van een poortstelsel, ...
- De referentieverpleegkundige is een verpleegkundige met een specifieke, bijkomende opleiding in een welbepaald domein van de verpleging. Bijvoorbeeld: diabetes, wondverzorging en decubitus, stomazorg en incontinentie, palliatieve zorgen, verpleegdossier, chronisch neurologische aandoeningen, ergonomie, ethiek in de thuiszorg, geriatrie, ... De referentieverpleegkundige heeft kennis verworven, zowel op praktisch vlak als op theoretisch vlak, over dit deelgebied. Enerzijds is hij/zij de persoon waarop

collega-verpleegkundigen beroep kunnen doen. Anderzijds is hij/zij diegene die nieuwe of relevante informatie doorspeelt naar haar collega's. Een gerichte tussenkomst kan gaan van eenvoudig telefonisch advies geven, informatie opzoeken, doorverwijzen of als referentieverpleegkundige ter plaatse gaan bij de patiënt samen met de verpleegkundige.

### 1.1.4 Oncologische verpleegproblemen in de thuisverpleging

Klaren, A.D. & van der Meer, C.A. (2004) beschreven de verpleegproblemen als volgt:

#### - Ondersteuning bij Chirurgische behandeling

Specifieke verpleegproblemen bij de chirurgisch oncologische patiënt zijn:

- Angst en onzekerheid voor de (gevolgen van de) ingreep, de uitslag. De oorzaak van de angst kan liggen in een kennistekort. De patiënt is mogelijk onvoldoende geïnformeerd over de verdere voortgang van de ziekte en de voorgestelde behandeling. Ook is sprake van machteloosheid, patiënt kan geen invloed uitoefenen op de gebeurtenissen en de mogelijke verschijnselen na de operatie.
- Verstoord zelfbeeld, de informatie die bij verminkende ingrepen (aanleg van een stoma, grote littekens in het hoofd-halsgebied, amputatie van een ledemaat,...) vooraf wordt gegeven, is van essentieel belang bij de voorbereiding op en verwerking na de operatie.
- De pijn postoperatief zal afhangen van de aard van de operatieve ingreep. De verpleegkundige moet de patiënt informeren over het pijnbeleid en over de mogelijkheid dat op verzoek of op vaste tijden pijnmedicatie wordt toegediend.
- Bewegingsbeperkingen, het inschakelen van een fysiotherapeut is afhankelijk van het gebied dat geopereerd is en de consequenties die dit meebrengt voor ademhaling, mobiliteit, functioneren van ledematen of juist functioneren na een amputatie van een extremiteit of lichaamsdeel.
- Steun uit de omgeving is niet verschillend ten opzichte van een opname in het ziekenhuis:  
Bij het verlies van een lichaamsdeel of -functie kunnen de volgende verpleegkundige interventies plaatsvinden:  
~ Stel vast wat het voor patiënt en naasten betekent om een lichaamsdeel of functie te moeten missen. Denk hierbij aan het zichtbaar zijn van het verlies – de gevolgen van het verlies – de psychische belasting.

- ~ Houd rekening met de verschillende verwerkingsstrategieën van de patiënt, bijvoorbeeld hevige emotie, woede, ontkenning.
- ~ Moedig aan dat naasten hun gevoelens met de patiënt en met elkaar delen.
- ~ Geef de patiënt de mogelijkheid om zijn gevoelens te uiten, te rouwen over het verlies.
- ~ Moedig de patiënt aan de geopereerde plaats te bekijken en aan te raken.
- ~ Moedig contact aan met familie en vrienden.
- ~ Corrigeer elke verkeerde opvatting die de patiënt over zichzelf heeft.
- ~ Bied eventueel ondersteuning van andere disciplines aan.

De voorbereiding op het ontslag naar de thuissituatie en de noodzakelijke nazorg zijn sterk patiëntgebonden en worden individueel beïnvloed door de ernst en aard van de aandoening.

#### - Ondersteuning bij chemotherapie

- Vermoeidheid kan optreden door een vermindering van het aantal rode bloedcellen als gevolg van de chemotherapie. Symptomen van anemie zijn ook nog vervolgens een bleke huidskleur, kortademigheid, duizeligheid en hoofdpijn, licht gevoel in het hoofd, problemen met slapen en concentratievermogen, tachycardie, oorsuizen, sterretjes zien en koude voeten. De patiënt moet geïnformeerd worden over de symptomen die bij een anemie kunnen optreden. Tegenwoordig wordt steeds vaker erythropoëtine toegediend om het hemoglobine-gehalte op peil te houden. Dit is een lichaamsidentiek hormoon en is alleen werkzaam als voldoende ijzer in het bloed aanwezig is. Als een patiënt erythropoëtine voorgeschreven krijgt, zullen de verpleegkundige interventies liggen op het gebied van informeren en instrueren.  
Vermoeidheid bij kanker is echter multifactorieel (fysiek, psychisch-emotioneel, sociaal en spiritueel) en daarom is het niet eenvoudig één oorzaak aan te wijzen. Toch kan men stellen dat chemotherapie van invloed is op het prestatievermogen.
- Ten gevolge van de chemotherapie kan leukopenie ontstaan. Als de meest voorkomende leukocyten, de neutrofielen of granulocyten, in het bloed abnormaal laag in aantal aanwezig zijn, spreekt men van een neutropenie. Daar neutrofielen een belangrijke rol spelen bij de afweer tegen binnengedrongen pathogene micro-organismen is er een verminderde afweer tegen infecties. Ongeveer zeven tot tien dagen na

toediening van de cytostatica is het aantal leukocyten op zijn laagste punt, ook wel de (leukocyten)nadir genoemd.

Het is belangrijk dat patiënt en zijn naasten hierover mondelinge en schriftelijke informatie krijgen. In deze informatie staat ook vermeld wanneer en met wie de patiënt contact dient op te nemen. Het is van belang de patiënt te informeren over de verschijnselen die kunnen wijzen op een infectie zoals: koorts ( $>38,5^{\circ}\text{C}$ ) – koude rillingen – hoesten en sputumproductie – wondjes – pijnlijke mond, wondjes of witte plekjes, slikproblemen – pijn bij het urineren. Er hoeven verder thuis geen specifieke maatregelen genomen te worden.

- Door een verminderde aanmaak van bloedplaatjes als gevolg van de cytostatica kan trombocytopenie ontstaan. Een laag aantal trombocyten in het beenmerg maakt dat het bloed minder stolbaar wordt. Bij een extreem laag aantal trombocyten kunnen spontaan bloedingen optreden. Voorkeursplaatsen voor het optreden van dergelijke bloedingen zijn de mond (tandvlees), de huid en de neus. Onderhuids kunnen puntbloedinkjes ontstaan: zogenaamde petechiën. Er kunnen spontaan blauwe plekken opkomen. Ook kan een menstruatie heviger zijn dan normaal. De patiënt moet bewust worden gemaakt van de risico's en geïnformeerd worden over de symptomen die op een bloeding wijzen en het toepassen van preventieve maatregelen om bloedingen te voorkomen. Daarnaast moet de patiënt geïnformeerd worden wanneer contact op te nemen met het ziekenhuis namelijk bij: het spontaan ontstaan van blauwe plekken – het ontstaan van petechiën – bloed in ontlasting of urine – hevige menstruatie – aanhoudend bloeden van een wondje of bloedneus (langer dan een half uur).
- Mondproblemen, beschadigd mondslijmvlies is een onaangename ervaring voor de patiënt en kan zeer pijnlijk zijn. Hierbij is het belangrijk dat patiënt een goede mondverzorging uitvoert. Het doel van de mondverzorging is gericht op het zo lang mogelijk uitstellen en op het voorkomen van beschadiging van het mondslijmvlies. Voor alle patiënten met een verhoogd risico op beschadiging van het mondslijmvlies is regelmatige verzorging van de mond dus belangrijk. Een goed mondhygiëne voorkomt en beperkt de ernst en de duur van afwijkingen in het mondgebied. Ondanks deze adviezen kan het voorkomen dat mondslijmvlies toch beschadigt. Interventies zijn dan gericht op het minimaliseren van het probleem.
  - ~ Een droge mond kan door het ontbreken van speeksel de kans op een infectie vergroten. Speeksel bevat namelijk eiwitten en enzymen die een



rol spelen in de afweer tegen micro-organismen in de mond. Het is belangrijk dat de mond vochtig blijft, omdat dit het intact blijven van het mondslijmvlies bevordert. Verder verhoogt het wegnemen van een droge mond het algehele comfort en welbevinden van de patiënt. Adviseer het gebruik van suikervrije kauwgom, waterijs, pepermunt, ijsblokjes en het kauwen op friszure producten (tomaat, komkommer, ananas). Het is niet direct nodig om over te schakelen op vloeibare voeding, kauwen is namelijk een mechanische prikkel voor de speekselklier.

~ Pijn in de mond komt vaak voor bij beschadigd mondslijmvlies. Met name het zachte gehemelte, de mondbodem en tong zijn pijnlijk plaatsen. Deze pijn wordt gekarakteriseerd als continu en belemmert vaak het eten, drinken en spreken en kan leiden tot een vermindering van therapietrouw met betrekking tot de voorgeschreven mondverzorging. Van belang is voor een adequate pijnbestrijding te zorgen in overleg met de arts, met als doel de pijn te verlichten tot een voor de patiënt aanvaardbaar niveau. Adviseer patiënten het gebruik van zure dranken, gekruid eten, hard en ruw voedsel, hete dranken of heet voedsel te vermijden. IJswater verkoelt en werkt pijnverzachend. Kamillethee werkt verzachtend bij kapotte slijmvliezen.

- Misselijkheid en braken zijn veel voorkomende bijwerkingen van chemotherapie en worden nog steeds gezien als een van de twee meest belastende bijwerkingen. Het voorkomen hiervan heeft dan ook een belangrijk effect op de kwaliteit van leven en de motivatie van de patiënt om alle chemotherapiebehandelingen te volbrengen.

Misselijkheid, braken, maag- en slokdarmklachten kunnen ook in een nog latere fase optreden. Daarin liggen andere oorzaken ten grondslag, zoals slijmvliesbeschadigingen en – irritatie van maag en slokdarm.

De verpleegkundige interventies ter bestrijding van misselijkheid en braken zullen vooral gericht zijn op het voorkomen van vocht- en voedingsproblemen. Een eerste interventie is het toedienen van middelen tegen de misselijkheid (anti-emetica). Bij ontslag moet zorg gedragen worden voor het meegeven van informatie over het gebruik van anti-emetica thuis. Daarnaast moet de patiënt geïnformeerd zijn bij welke klachten contact opgenomen dient te worden. De thuisverpleegkundige zal eventuele problemen moeten kunnen signaleren en zo nodig actie ondernemen.

Extra adviezen die de verpleegkundige aan de patiënt kan geven zijn:

~ Voldoende drinken, minstens twee liter per 24 uur, omdat er extra afvalstoffen ten gevolge van de chemotherapie uit het lichaam verwijderd

worden. Daarnaast kan te weinig drinken een misselijk gevoel vergroten en bijdragen aan een vieze smaak in de mond.

~ Het eten niet forceren, maar de 'schade' inhalen door tussen de kuren door zo goed mogelijk te eten. Het is verstandig ook de familie te betrekken bij deze informatie, bijvoorbeeld degene die thuis kookt. Het kan een machteloos gevoel geven wanneer men allerlei lekkere hapjes klaarmaakt voor de patiënt die hem vervolgens tegenstaan.

~ Eten op tijdstippen dat men minder misselijk is, zelfs 's nachts als iemand wakker is.

~ Maaltijden verspreiden over de dag heen, het is beter zes maal per dag te eten dan drie maal per dag. Op deze manier zal de misselijkheid minder aanwezig zijn omdat we kleine maaltijden innemen en dit is minder belastend voor de maag.

~ Geen maaltijden overslaan. Wanneer de maag leeg is, zal patiënt nog meer misselijk worden.

- Haarverlies is een veel voorkomende en voor veel patiënten een zeer belastende bijwerking van cytostatica. Cytostatica hebben effect op de aanmaak van haren in de haarfollikels. Deze kaalheid (alopecia) is tijdelijk. Niet alleen het hoofdhaar kan uitvallen, maar soms ook wenkbrauwen, wimpers, oksel- en schaamhaar. Niet alle cytostatica veroorzaken haaruitval. Per middel is dat verschillend. Bij cytostatica die geen haaruitval geven, ziet men vaak wel dat het haar futloos, droog en dunner wordt.
- De huid is kwetsbaar ten gevolge van de behandeling met cytostatica. De aanmaak van huidcellen is verminderd en er is een verminderde afweer vanwege een verstoorde bloedaanmaak. Problemen kunnen zich op de volgende manier voordoen: smetten van de huid onder de borsten, bij de schaamlippen, bij het perineum en de anus – huidveranderingen van het gezicht, zoals een bleke, valse kleur met kringen onder de ogen – donkere verkleuring van de huid – verbranding van de huid na blootstelling aan zonlicht – pukkels of puisten – duidelijk zichtbare flebitis bij toediening van bepaalde cytostatica – erytheem of een droge, gevoelige huid.  
Behalve huidveranderingen vertragen cytostatica ook de groei van de nagels. De volgende problemen kunnen optreden: afbrokkelen van de nagels – droge en zachte nagels – witte lijnen op de nagels. Verpleegkundige interventies richten zich in het bijzonder op preventieve maatregelen ter voorkoming van huidbeschadiging en het geven van voorlichting over deze bijwerking. De patiënt wordt aangeraden om tijdens de behandeling met cytostatica niet in de felle zon te verblijven of

gebruik te maken van de zonnebank. Pukkels en puisten kunnen het beste worden gewassen met antiseptische zeep.

- Vele cytostatica veroorzaken beschadiging van de slijmvliezen. Deze kan leiden tot een atrofie van de darmvlokken waardoor het resorberende oppervlak vermindert. Het gevolg hiervan is malabsorptie. Niet-geresorbeerde stoffen kunnen door osmotische werking vocht aantrekken in de darm, waardoor diarree kan ontstaan. Verpleegkundige interventies bij diarree en kans op dehydratatie zijn: vochtbalans bijhouden – patiënt stimuleren tot drinken – zo nodig zouten en mineralen toevoegen – zo nodig kweken afnemen om een eventuele infectie uit te sluiten – huidverzorging rondom de anus.
- Ander cytostatica, kunnen obstipatie veroorzaken. Deze middelen veroorzaken neurotoxiciteit van het gladde spierweefsel van het maag-darmkanaal. De obstipatie gaat gepaard met een gevoel van ongemak of pijn, met een onregelmatige of niet-frequente stoelgang. De verpleegkundige interventies om obstipatie te voorkomen of te verhelpen zijn: uitleg geven over oorzaken en mogelijkheden van behandeling bij obstipatie – zo nodig laxans toedienen in overleg met de arts – voldoende lichaamsbeweging adviseren – zorg dragen voor voldoende inname van vocht, minimaal twee liter per dag – zorg dragen voor de juiste voeding (vezelrijke voeding, moet altijd gepaard gaan met voldoende vochtinname, anders kan de darmfunctie bemoeilijkt worden).
- Sommige cytostatica (vb. cisplatine) geven onder andere als bijwerking dat het schade aan het gehoor kan toebrengen ten gevolge van neurotoxiciteit of zenuwschade aan het binnenoer. Neemt het gehoor af, dan zal de dosering worden vermindert of door een ander middel, indien mogelijk, worden vervangen.
- Sommige middelen geven gevoeligheid van de ogen. De ogen kunnen rood worden, prikken, droog zijn of tranen. Oogdruppels kunnen helpen om de klachten te voorkomen of te verlichten.
- Een van de bijwerkingen is dat ze kan leiden tot perifere neuropathieën. Deze neuropathieën beginnen meestal aan de voeten en ontwikkelen zich vervolgens in de richting van de handen en kunnen zich uiten in gevoelsstoornissen en –verlies, verminderde spierkracht, spieratrofie en pijn. Patiënten hebben klachten van gevoelige en pijnlijke toppen van vingers en tenen, tintelingen, minder gevoel in handen en voeten en hebben het gevoel alsof ze op zand, watten of sneeuw lopen. De fijne motoriek kan dusdanig aangetast worden dat patiënten moeite krijgen met bijvoorbeeld het strikken van veters of het dichtmaken van knopen.

Belangrijk is patiënten te informeren en te instrueren om klachten serieus te nemen en deze tijdig te melden. Een aanpassing van de dosis chemotherapie kan verergering van de beschadiging voorkomen. Wanneer een patiënt klachten heeft, is het belangrijk om progressie te voorkomen en het algehele comfort te bevorderen. Gevoelstoornissen kunnen leiden tot verwondingen. Patiënten dienen hierbij geïnstrueerd te worden om beschermende maatregelen te nemen. Deze neuropatische pijn is vaak moeilijk behandelbaar.

- Problemen op het gebied van vruchtbaarheid en seksualiteit kunnen zich zowel bij mannen als vrouwen die chemotherapie ondergaan, zich voordoen. Cytostatica kunnen effect hebben op de spermaproductie: de delingsactiviteit is hiervoor namelijk gevoelig. Vooral patiënten die langdurig behandeld worden met combinatieschema's waarin alkylerende middelen zoals cyclofosfamide zijn opgenomen, moeten rekening houden met de afwezigheid van zaadcellen in het ejaculaat. Dit komt bij een groot deel van de behandelende mannen voor en is vaak irreversibel. Schade aan de testes kan ook een gevolg zijn van andere behandelingen met cytostatica en leiden tot weinig spermatozoa dat in het sperma aanwezig is. Dit allen is afhankelijk van het soort cytostaticum en van de toegediende dosering. De meeste mannen die met cytostatica behandeld worden hebben een normale erectie. Slechts enkelen ervaren problemen, bijvoorbeeld door vermoeidheid ten gevolge van de behandeling. De kans op behoud van vruchtbaarheid na een uitgebreide behandeling met cytostatica is bij de vrouw groter dan bij de man. De ovaria lijken zich beter te kunnen herstellen dan de testes en het is mogelijk gebleken, zelfs na langdurige combinatiechemotherapie, een gezond kind te krijgen. Hierbij geldt verder hoe jonger de vrouw hoe groter de kans op behoud van vruchtbaarheid.

Veel patiënten verliezen tijdens de behandeling met cytostatica hun seksuele verlangen (libido). In de meeste gevallen komt dit weer terug als de behandeling is afgerond. De behoefte aan intimiteit is echter zowel bij mannen als vrouwen vaak groter dan voorheen.

Verminderde zin in vrijen kan zowel een lichamelijke als psychische oorzaak hebben: droge slijmvliezen – pijn, misselijkheid – vermoeidheid – veranderd zelfbeeld – angst en stress door ziekte en behandeling – schuldgevoel tegenover de patiënt.

De (mannelijke) patiënt (en zijn eventuele partner) moet over de (mogelijke) afwezigheid van zaadcellen in het ejaculaat ten gevolge van de cytostatica en vruchtbaarheidskansen duidelijk en helder geïnformeerd

worden door de arts. De arts (en/of de verpleegkundige) informeert de patiënt over de mogelijkheid en procedure rond eventueel invriezen van sperma. Bij de bespreking van de onvruchtbaarheid moet duidelijk worden gemaakt dat dit effect niet in alle gevallen blijvend is en dat onvruchtbaarheid losstaat van impotentie.

#### - Ondersteuning bij Radiotherapie

Ioniserende straling veroorzaakt huidreacties. Hoewel dit probleem met de komst van betere toestellen aanzienlijk is verminderd, wil dit nog niet zeggen dat er geen huidproblemen meer optreden. Het ontstaan van een huidreactie is afhankelijk van een aantal factoren zoals: stralingsenergie – grootte van het bestralingsveld – locatie van het bestralingsgebied – huidgevoeligheid van de patiënt – chemotherapie in combinatie met radiotherapie – stoffen die de bestraling versterken (radiosensitizers). Tevens zijn er plaatsen waar de lichaamshuid extra gevoelig is voor ioniserende bestraling zoals de liezen, oksels, schaamstreek, de huid onder de borsten, oorlellen en het perineum.

Bestraalde huid kan lange tijd gevoelig blijven. Het is daarom aan te raden deze niet bloot te stellen aan zonlicht, omdat de huid snel en diep verbrandt. In de praktijk blijkt dat sommige producten een interactie met ioniserende straling kunnen aangaan en daardoor een huidreactie versterken. Daarom wordt het de patiënt niet toegestaan om zalven of crèmes te gebruiken anders dan voorgeschreven door de radiotherapeut. Het voorschrijven van de behandeling van een huidreactie wordt altijd door de radiotherapeut gedaan.

De laatste jaren worden in het bijzonder heftige huidreacties waargenomen bij patiëntengroepen die tegelijkertijd worden behandeld met cytostatica en radiotherapie. Naast wondverzorging, een regelmatige pijnevaluatie en afdoende pijnstilling zal daarom de verpleegkundige interventie ook gericht zijn op psychosociale ondersteuning.

Vervolgens doen zich per te bestralen doelgebied zich ook verpleegproblemen voor:

##### ➤ Schedel

~ De meest voorkomende bijwerking van bestraling op de schedel is haarverlies in het gebied dat bestraald wordt.

~ Risico van cerebrale klachten door oedeemvorming. De verpleegkundige moet alert zijn op signalen die de patiënt aangeeft. Afhankelijk van de lokalisatie zijn dat bijvoorbeeld: hoofdpijn, concentratieverlies, visusstoornissen en heftig projectielbraken. Deze signalen moeten zo spoedig mogelijk worden meegedeeld aan een arts en/of radiotherapeut.

- Ogen
  - ~ Verminderd gezichtsvermogen, het slijmvlies van de ogen is zeer gevoelig voor straling
- Mond- en keelholte
  - ~ Onvoldoende voedsel- en vochtinname door aangetast mond- en keelslijmvlies (mucositis).
  - ~ Slikproblemen veroorzaakt door pijn
  - ~ Risico van infectie door afwijkingen in de speekseltoevoer. Hierbij is een goede mondverzorging van enorm belang!
  - ~ Op lange termijn: slikproblemen door onvoldoende speeksel. Het is belangrijk dat patiënt veel drinkt en zijn mond zo mooi mogelijk te houden.
- Slokdarm
  - ~ Onvoldoende voedsel- en vochtinname door aangetast slijmvlies. Bestraling op de slokdarm kan leiden tot mucositis, waardoor slikklachten ontstaan en de patiënt last heeft van een branderig gevoel.
- Maag en darmen
  - ~ Onvoldoende voedsel- en vochtinname door aangetast slijmvlies (irritatie, zwelling en beschadiging van het slijmvlies). De patiënt klaagt over misselijkheid, maagpijn, darmkrampen, een wat opgezette buik en dunne ontlasting. Tevens is het aan te raden de patiënt een uur voor tot een uur na de bestraling niet te laten eten of drinken.
  - ~ Onvoldoende voedsel- en vochtinname door misselijkheid.
  - ~ Vochttekort door diarree. Het is niet zo dat per definitie bij iedereen die op het buikgebied bestraald wordt diarreeklachten optreden. Dit is afhankelijk van een aantal factoren waarvan de grootte en de locatie van het te bestralen gebied de belangrijkste zijn.
  - ~ Ongemak door rectaal bloedverlies en verhoogde kans op darminfectie op lange termijn.
- Vagina
  - ~ Pijn bij urinelozing door huidbeschadiging. Goed schoonspoelen met water kan helpen.
  - ~ Kans op seksuele stoornis door droge vagina. Begeleiding van deze patiënten is noodzakelijk.
- Voortplantingsorganen
  - ~ Vervroegde menopauze
  - ~ Bestraling van de ovaria van de vrouw en de testes van de man leidt vaak tot steriliteit.

- **Blaas**
  - ~ Ongeveer drie weken na aanvang van de bestraling kunnen blaasklachten ontstaan. Dit is het gevolg van irritatie, zwelling of beschadiging van het slijmvlies en kan leiden tot een verstoorde blaasfunctie of tot een verhoogd infectierisico. De patiënt moet worden gestimuleerd om veel te drinken.
- **Borsten**
  - ~ Men klaagt vaak over steken en pijn in de borst. De borst voelt warm aan en is uiterst gevoelig. Als daarbij ook oedeemvorming optreedt, kan de borst zeer gespannen aanvoelen.
- **Beenmerg**
  - ~ Kans op infectie en trombocytopenie ten gevolge van schade aan het bestraalde beenmerg. Aandachtspunten voor de patiënt zijn het voorkomen van infectie, goede mondverzorging, opletten dat geen wondjes ontstaan, gebruik van pijnstilling en/of andere medicatie. Klachten die patiënt direct aan de arts moet melden zijn: koorts, keelpijn of pijn bij het plassen – wondjes die niet genezen – extreme moeheid.
- **Luchtwegen en longen**
  - ~ Ademhalingsmoeilijkheden door slijmvliesirritatie, radiatiepneumonitis. Het slijmvlies van de luchtwegen en longen is zeer gevoelig voor ioniserende straling. De patiënt kan klachten krijgen zoals een droge prikkelhoest, kortademigheid en koorts door infectie. Binnen één tot acht maanden is er na bestraling waarbij gezond longweefsel in het bestralingsveld heeft gelegen kans op stralingspneumonitis: de patiënt heeft een benauwd gevoel, gebruikt zijn hulpademhalingspijpen, het sputum is afwijkend in hoeveelheid en kleur, er is onvermogen om sputum op te hoesten met geringe temperatuursverhoging en er zijn onrust- en angstgevoelens.
  - ~ Oedeemvorming van de grote luchtwegen. De verpleegkundige moet alert zijn op signalen van toenemende kortademigheid. Zo een signaal moet zo spoedig mogelijk worden doorgegeven aan een arts en/of radiotherapeut.
- **Psychosociale problematiek is vooral angst.** De psychosociale ondersteuning is een belangrijke verpleegkundige taak bij de radiotherapie. Angst en onzekerheid of de behandeling wel zal aanslaan, spelen veel patiënten parten. Het is belangrijk deze angst te signaleren en bespreekbaar te maken.

#### - Ondersteuning bij hormoontherapie

Het gebruik van hormonale therapie kan diverse bijwerkingen en complicaties veroorzaken bij de man:

- Verminderde talgproductie met als gevolg een droge huid
- Jeukklachten: symptomen zijn krabeffecten op de huid, roodheid, uitslag, erytheem, onrust en slecht slapen
- Misselijkheid vooral bij aanvang van de behandeling
- Verandering van seksualiteit: verminderde potentie of impotentie van de man, (tijdelijk) onvruchtbaar raken, verminderd libido, verminderde zaadproductie
- Stemmingsverandering
- Leverfunctiestoornissen
- Diarree
- Krachteloosheid

Het gebruik van hormonale therapie kan diverse bijwerkingen en complicaties veroorzaken bij de vrouw:

- (toename van) opvliegers
- Lichte vaginale bloedingen of soms verhoogde vaginale afscheidingen als gevolg van atrofie van het vaginaslijmvlies
- Jeuk ter hoogte van de vulva
- Gewichtstoename

Alle bijwerkingen zijn voor patiënten ingrijpend en kunnen voor complicaties zorgen. Tevens kunnen de bijwerkingen blijvend zijn. Verpleegkundigen hebben de taak de patiënten de juiste informatie te verschaffen. Tevens dienen ze de patiënten ondersteuning te bieden bij de behandeling en de eventuele bijwerkingen die optreden. Ook het bespreekbaar maken van de bijwerking op het gebied van seksualiteit is iets wat verpleegkundigen zich eigen moeten maken. Mogelijk kan verwijzing naar een seksuoloog een bijdrage leveren aan het welbevinden van de patiënt.

#### - Ondersteuning bij immunotherapie

De behandeling met immunotherapie kan gepaard gaan met veel bijwerkingen. De hoeveelheid bijwerkingen en de ernst ervan wordt door verschillende factoren bepaald. Ieder mens bezit een uniek afweersysteem waardoor geen mens hetzelfde reageert op een behandeling met immunotherapie. Immuun cellen komen door het gehele lichaam verspreid voor en bevinden zich in alle organen. Hierdoor kan immunotherapie door het gehele lichaam verspreid optredende bijwerkingen geven.



Door adequate toepassing van ondersteunende medicatie (corticoïden) en interventies om symptomen te bestrijden, kan de behandeling met immunotherapie zo optimaal mogelijk worden afgemaakt. Daarbij moet de patiënt in staat worden gesteld om ook zelf de bijwerkingen van de behandeling te kunnen beoordelen en bestrijden. Indien de patiënt niet adequaat aan symptoombestrijding doet, kan hij meer bijwerkingen ervaren dan nodig is. Het aspect van zelfbeoordeling en symptoombestrijding is vooral belangrijk wanneer de medicatie thuis wordt toegediend.

Volgende bijwerkingen kunnen zich manifesteren:

- Koorts
- Gewijzigd voedingspatroon: voedingstekort
- Huiddefect
- Beschadigd mondslijmvlies
- Diarree
- Vermoeidheid
- Verstoord slaappatroon doordat zij meer dromen
- Verstoord denken ten gevolge van vermoeidheid en malaiseklachten
- Depressieve klachten
- Seksueel disfunctioneren door vermoeidheid, het griepige gevoel en malaiseklachten.
- Stemmingwisselingen door vermoeidheid
- Risico op infectie
- Risico op een allergische reactie (infuus gerelateerd)

### 1.1.5 Begeleiding en ondersteuning van oncologiepatiënten

Als oncologieverpleegkundige is het belangrijk dat men kan coachen naar anderen toe. Van Dale (2010) geeft voor coachen termen als begeleiden, opleiden, aanwijzingen geven en feiten aanreiken. Het is ook belangrijk nieuwe protocollen, procedures en klinische paden aan andere verpleegkundigen aan te reiken.

Het is niet alleen nodig om begeleiding te bieden naar collega's, maar ook naar patiënten toe. Bij oncologiepatiënten is begeleiding een continu, actieve psychosociale oncologische zorg die kankerpatiënten en hun naasten helpt om zowel tijdens hun ziekte als in de periode erna zo optimaal mogelijk te leven op psychisch, sociaal en levensbeschouwelijk vlak. Deze zorg loopt van algemene basale steun naar gerichte, gespecialiseerde psychosociale oncologische hulpverlening en richt zich op de kwaliteit van leven.

Volgens een verkennend onderzoek van de Vlaamse Liga tegen Kanker in 2004 werd het tekort aan psychosociale hulp bevestigd. Maatschappelijk assistenten die werken bij de sociale diensten van de ziekenfondsen moeten onder andere psychische steun bieden aan zieken. Dit werk komt de laatste jaren steeds meer onder druk door hun administratieve taak, die zwaarder en complexer wordt. Mensen met een dringend probleem kunnen wel rekenen op deze psychische steun. Deelnemers, maatschappelijk assistenten en thuisverpleegkundigen, van dit verkennend onderzoek wijzen op het verschil tussen palliatieve en andere kankerpatiënten. Voor curatieve kankerpatiënten met psychische noden is de psychische zorg minder uitgebouwd ten opzichte van palliatieve patiënten. Vicca, C., Schalenbourg, B., Casier, H., Rochtus, K. & Van Hauwermeiren, M. (2004) toonden in een recent onderzoek aan dat ook niet-palliatieve patiënten grote psychische noden hebben. Om goede psychosociale ondersteuning te kunnen geven, moeten de thuisverpleegkundigen weten wat in het ziekenhuis aan de patiënt is meegedeeld over zijn ziekte en de ernst ervan.

De meest in het oog springende psychosociale problematiek is:

- Verliesverwerking van lichaam, angst door levensbedreiging, religieuze en spirituele vragen waar te nemen. Door de gevolgen van de ziekte raakt het dagelijks leven ontwricht. Deze ontwrichting op haar beurt veroorzaakt weer sociale problemen en de emotionele en gedragsmatige effecten daarvan.
- Bestaansproblemen op het sociale en materiële vlak
- De effecten van lichamelijke veranderingen en beperkingen op het zelfbeeld en de identiteit van de chronische zieke
- De invloed van langdurige afhankelijkheid van zorg op het welbevinden en kwaliteit van leven, zoals de chronische zieke die zelf ervaart.

De werkgroep Vlaamse overleggroep opleidingen kankerverpleging (2011) beschrijft bij het opstellen van het functieprofiel Oncologische Verpleegkundige de psychologische en morele ondersteuning. Onder psychologische en morele ondersteuning verstaan we het beluisteren en bevragen van de emoties - kunnen omgaan met angst, woede, hoop, schuldgevoelens en ontkenning - ondersteuning bij levens- en zinsvragen. Ook de kankerpatiënt motiveren, adviseren en educatie geven over de zorg en het omgaan met zijn ziekte en behandeling (coping), rekening houdend met zijn verwachtingen en beleving, hoort binnen de psychosociale ondersteuning.

In een studie van Mesters et al (2001) bleek dat er een grotere informatiebehoefte van patiënten vaak samenhangt met angstige en depressieve gevoelens; het kan ook dat patiënten die meer verontrust zijn wel goed zijn geïnformeerd maar behoefte hebben aan nog meer informatie. Bovendien kan er een relatie bestaan tussen gevoelens van depressie en angst en het cognitieve functioneren van de patiënt; informatie wordt anders, minder goed 'verwerkt' door patiënten en stelt specifieke eisen aan de communicatie met zorgverleners. Patiënten met kanker blijken alle voorhanden zijnde informatie te willen horen over hun gezondheidstoestand, zowel positieve als negatieve, maar zij worden hierin veelal niet voorzien. Dit lijkt voor te komen uit verkeerde opvattingen van zorgverleners over de informatiebehoefte van patiënten.

Volgens Mesters et al (2003) is de informatiebehoefte van kankerpatiënten groot:

- in de periode vlak voorafgaande aan de medische behandeling (diagnostische fase)
- gedurende de behandeling
- na de behandeling (herstel, terminale fase)

Patiënten hebben ook nood aan ondersteuning na het thuiskomen en na de behandeling. Het is nodig om als oncologieverpleegkundige patiënt met kanker mee te helpen dit te verwerken, waardoor hun kwaliteit van het leven terug kan verbeteren. Na de behandeling voelen deze patiënten vaak een leegte, omwille de aandacht die ze vooraf kregen van verpleegkundigen, artsen, familie en vrienden vermindert. Op dit moment beginnen bij deze patiënten juist de vragen en de angst op te komen dat de ziekte zal terugkeren. Als oncologieverpleegkundige is het belangrijk deze patiënten te begeleiden in en met de nieuwe situatie te leren omgaan.

Als oncologieverpleegkundige is het wel nodig dat men op tijd beseft wanneer de psychosociale zorg te intensief wordt, dat men de patiënt doorverwijst naar andere disciplines. Het is nodig dat de patiënt een betere coaching krijgt van iemand die er meer gespecialiseerd in is.

Maar wat verwacht nu de patiënt eigenlijk en zijn familie van verpleegkundigen als begeleiding en ondersteuning. Uit onderzoek is gebleken dat de verwachtingen van patiënten soms op andere vlakken liggen dan algemeen wordt aangenomen. Uit een systematic review (Rutten, L.J., Arora, N.K., Bakos, A.D., Aziz, N. & Rowland J. 2005) van 112 artikelen, gepubliceerd tussen 1980 en 2003, is gebleken wat de noden van patiënten zijn. Patiënten hebben tijdens de diagnose en behandeling behoefte aan informatie en bronnen. Dit bij het stadium van de ziekte, de behandelingsopties, de bijwerkingen tijdens de nabehandeling, informatie over de behandeling en informatie over het herstel.

In een cross-sectional survey (Mistry, A., Wilson, S., Priestman, T., Damery, S. & Haque, M.S., 2010) is onderzocht of en hoe de informatiebehoefte van kankerpatiënten kan verschillen naargelang het stadium waarin ze zich bevinden. Uit deze survey is gebleken dat patiënten behoefte hebben aan meer informatie, zeker gerelateerd naar de prognose. Ook de vraag naar de oorzaak van de ziekte, het succes van de behandeling en het risico op de ziekte voor de familie scoorden hoog. Spirituele ondersteuning, en hoe de behandeling het seksleven van de patiënt kan beïnvloeden scoorden daarentegen laag. Ook het opleidingsniveau speelt een rol: hoe lager het opleidingsniveau, hoe hoger de scores in het algemeen en meer specifiek, vooral hogere scores wat betreft kanker, revalidatie, lichaamsbeeld en seksualiteit. Patiënten in nabehandeling hebben dezelfde informatiebehoefte als patiënten die nog volop in behandeling zijn of patiënten die juist startten met hun behandeling, uitgezonderd informatie betreffende de diagnose.

Biets (2010-2011) toonde in een recent survey studie in Vlaamse ziekenhuizen aan wat patiënten belangrijke en minder belangrijke eigenschappen vinden van een goede verpleegkundige. Goede eigenschappen zijn kennis van de verpleegkundige zorgen, eerlijkheid over de medische toestand, weten wanneer een arts verwittigd moet worden, gemaakte afspraken nakomen, medicatie en behandeling op tijd geven, extra aandacht geven bij start van de behandeling, de privacy respecteren, geen negatieve gevoelens tonen. Minst belangrijke items zijn de aanspreeknaam van de patiënt navragen, buiten de uren tijd aan de patiënt besteden, de patiënt altijd op de eerste plaats zetten, informatie geven over zelfhulpgroepen en/of andere netwerken, het dragen van gepaste werkkledij en een herkenbaar naamkaartje.

## 1.2 Profiel van Oncologie Verpleegkundige

De laatste jaren komt kanker meer en meer voor te komen, waardoor er meer behoefte is aan specifieke zorgverlening voor deze populatie van patiënten.

Het is dan ook zeer nodig dat patiënten deze zorg krijgen van een gekwalificeerde verpleegkundige gespecialiseerd in deze populatie.

Daarvoor heeft de overheid beslist dat er specialisatie of een bijkomende opleiding moet worden ingezet, om een goede kwaliteitsvolle zorg te kunnen bieden naar deze zorgvragen dan, in dit steeds meer ontwikkelder en moeilijk wordende domein.

Om de oncologische zorg te verbeteren werd door de overheid de wet op de oncologische zorgprogramma's in het KB van 21 maart 2003 vastgelegd.

Daarin werd de behandeling van de oncologische patiënt in oncologische zorgprogramma's geschreven. De oncologische zorgprogramma's bevatten 4 punten:

- Multidisciplinaire aanpak voor diagnose en behandeling van patiënt
- Richtlijnen hanteren
- De samenwerking tussen de betrokken hulpverleners bevorderen
- De oncologische zorg bewerken tot een vlotte en algehele toegankelijkheid.

Er zijn 2 verschillende zorgprogramma's te onderscheiden:

- **Het zorgprogramma voor oncologische basiszorg.** Elk ziekenhuis moet over dit zorgprogramma beschikken om oncologische patiënten te kunnen behandelen. In dit zorgprogramma gaat men vooral diagnoses vaststellen en mindere complexe behandelingen uitvoeren.
- **Zorgprogramma voor oncologie.** Niet elk ziekenhuis bezit dit zorgprogramma. Het ziekenhuis dat hierin erkend is, gaat zich meer bezighouden met complexere behandelingsmogelijkheden en doorgedreven diagnostische mogelijkheden.

Wat zijn nu juist de erkenningvoorwaarden waar het ziekenhuis moet aan voldoen voor beide zorgprogramma's:

- Kwaliteitshandboek  
Dit is een oncologisch handboek, dat verschillende richtlijnen bevat betreffende diagnosestelling, behandeling, en het opvolgen van oncologiepatiënten. Hier moeten ook de personen in staan die werkzaam zijn in dit zorgprogramma.
- Multidisciplinair overleg
- Oncologisch behandelingsplan, dit wordt opgesteld aan de hand van het kwaliteitshandboek. Als men toch afwijkt van dit plan, moet dit worden aangegeven in het medisch dossier van de patiënt.

- **Kankerregistratie**

Het is verplicht als ziekenhuis om het aantal kankerpatiënten te registreren. Het is belangrijk om de datum van vaststelling, diagnosestelling, performatiescore(WHO), tumorgegevens en behandeling hierin op te nemen.

Buiten de erkenningvoorwaarden voor een ziekenhuis zijn die er ook voor een verpleegkundige.

De Vereniging voor Verpleegkundigen Radiotherapie en Oncologie (2009) beschrijft het zorgprogramma voor oncologische basiszorg en oncologie als volgt:

**Bij het zorgprogramma voor oncologische basiszorg zijn dit:**

- Het toedienen van cytostatica *gebeurt door of onder toezicht* van verpleegkundigen die een bijzondere beroepsbekwaamheid hebben, of die in opleiding hiervoor zijn of die minstens 5 jaar werkervaring hebben.

- De zorg van verpleegkundigen voor oncologiepatiënten *moet gebeuren onder toezicht* van verpleegkundigen die opgeleid zijn voor de zorg van kankerpatiënten en palliatieve zorg

**Bij het zorgprogramma voor oncologie:**

- Het toedienen van cytostatica *gebeurt alleen* door verpleegkundigen die een bijzondere beroepsbekwaamheid hebben, of die in opleiding hiervoor zijn of die minstens 5 jaar werkervaring hebben.

- De zorg van verpleegkundigen voor oncologiepatiënten *gebeurt door* verpleegkundigen die opgeleid zijn voor de zorg van kankerpatiënten en palliatieve zorg

- Het toedienen van behandelingen met open radioactieve bronnen wordt alleen gedaan door verpleegkundigen met ervaring en onder toezicht van een deskundige geneesheer-specialist.

Om aan vorige voorwaarden te voldoen is het nodig dat men verpleegkundigen gaat opleiden in de oncologische zorg.

In het ministerieel besluit van 28 januari 2009 wordt het criteria vastgelegd voor het verkrijgen van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de oncologie. Hieronder wordt een samenvatting van het besluit gegeven.

**Om de titel te behalen:**

- houder zijn van het diploma gegradueerd of bachelor verpleegkundige
- een bijkomende specialisatie gevolgd hebben van 30 studiepunten theorie en 30 studiepunten praktijk.

**Om de titel te houden:**

- permanente vorming van 60 effectieve uren per vier jaar
- de afgelopen 4 jaar minstens 1500 effectieve uren gewerkt met kankerpatiënten in de intra- of extramurale sector of in een erkend zorgprogramma voor oncologische basiszorg, voor oncologie of borstkanker

**Overgangsmatregelen:**

- wanneer de verpleegkundige 2 jaar voltijdse ervaring heeft uitgebouwd tijdens de periode van 1 oktober 2007 en 30 september 2012.
- De verpleegkundige moet als ervaring werken met kankerpatiënten in de intra- of extramurale zorg of in een zorgprogramma voor oncologische basiszorg, voor oncologie of borstkanker
  - Tussen de periode 1 oktober 2009 en 30 september 2012 moet de verpleegkundige 150 uren effectieve bijkomende uren hebben gevolgd
  - Als laatste moet men een schriftelijke aanvraag doen bij de minister voor 31 december 2013

Om aan het profiel van een oncologieverpleegkundige te voldoen wordt volgens de vereniging van verpleegkundigen radiotherapie en oncologie (2009), Vlaamse Overleggroep Opleidingen Kankerverpleging (2011) en Dingemans et al. (2008) volgende zaken verwacht van een verpleegkundige op gebied van:

- **Kennis:**

- Definitie van kanker kennen
- Het voorkomen van de ziekte, oorzaken en symptomen die op kanker kunnen wijzen, kunnen herkennen en beoordelen
- De verschillende behandelingsvormen weten van kanker en de nevenwerkingen en de toxiciteit ervan kunnen herkennen
- De combinaties van de verschillende behandelingsvormen kennen
- Specifiek per tumor de kenmerken kennen en de kennis hebben over de stadiëring van kanker
- De weerslag van de ziekte op fysiek, psychisch en sociaal vlak herkennen
- Gezondheidsrisico's kunnen beoordelen voor personen die in contact komen met kankerverwekkende stoffen
- De holistische mensvisie toepassen rekening houdend met de rechten, waarden, overtuigingen en wensen van de patiënten en zijn omgeving
- Ethische of culturele problemen die kunnen voorkomen bij de ziekte kunnen behandelen betreffende de zorg en het levenseinde van de patiënt
- Kent de nazorgmogelijkheden voor oncologiepatiënten

- De intra-,trans- en extramurale zorg kennen voor oncologiepatiënten en bij vragen en problemen van de patiënt hierop beroep kunnen doen
- Kennis hebben over klinische studies en de bijhorende procedures
- **Vaardigheden:**
  - Is communicatief tegenover zijn/haar patiënten en collega's
  - Kan preventief reageren op verwachte symptomen om behandelingscomplicaties en bijwerkingen te voorkomen en laat deze behandelen
  - Kan verpleegproblemen en behoeften identificeren en onderscheiden
  - Kan voor zichzelf doelstellingen en een zorgplan opmaken, en zich zonodig bijsturen aan de hand van deze doelstellingen en zorgplan
  - De nodige informatie aan de patiënt meegeven omtrent de zorg, behandelingen, onderzoeken, nevenwerkingen, de nazorg en ziekte aangepast aan het niveau van de patiënt
  - Coachen van de oncologiepatiënt en zijn omgeving in alle fasen van zijn ziekteproces tot aanpassing van zijn levensstijl en therapietrouw
  - Begeleiding van de oncologiepatiënt en zijn omgeving in alle fasen van zijn ziekteproces
  - Je eigen handelen aanpassen aan nieuwe evidence based inzichten
  - Verpleegkundige wetenschappelijke vakliteratuur kritisch lezen, analyseren, vergelijken en betekenis ervan herkennen en deze kunnen vertalen naar de verpleegkundige praktijk
  - Naar andere en nieuwe collega's verpleegkundige thema's presenteren en hun coachen
  - Op verschillende manieren op zoek gaan om mogelijk kennis en vaardigheden te verbreden en verdiepen
  - De kwaliteit van de aangeboden zorg kunnen evalueren op basis van de verschillende basisprincipes, en zo nodig de zorg hier naar bijsturen
  - Kan correct de verpleegkundige zorg uitvoeren aan de hand van procedures, protocollen en klinische paden, en eraan meewerken deze te ontwikkelen, uitschrijven en herwerken
  - Een oncologieverpleegkundige kan schriftelijk en mondeling rapporteren naar anderen toe
  - Kan psychosociale problemen herkennen en de patiënt doorverwijzen
  - Kan omgaan met verschillende gevoelens van patiënten en familie die ieder anders het ziekteproces beleven



- Een gesprek over psychosociale problemen en ethische vragen voeren en hierbij de juiste gesprekstechnieken en gebruik maken van non-verbale communicatie
- Ethische en juridische dilemma's bij kankerpatiënten herkennen en spreekbaar maken in team en bij kankerpatiënten
- **Attitude:**
  - Rekening houden met behoeften, gevoelens en omstandigheden waarin de kankerpatiënt en familieleden zich bevinden
  - Verantwoordelijkheid nemen
  - Kritische ingesteldheid tegenover eigen handelen
  - Onder stress en moeilijke situaties kunnen blijven functioneren, en zich hiernaar kunnen aanpassen
  - Opkomen voor het welzijn van de oncologiepatiënt
  - Eigen grenzen kennen zowel op praktisch, emotioneel en professioneel gebied, en op tijd aangeven wanneer het teveel wordt
  - Respect hebben voor de waarden en normen van kankerpatiënten, en de privacy van de patiënt bewaken door gebruik te maken van het beroepsgeheim
  - Je eigen visie op oncologieverpleegkunde steeds verder ontwikkelen aan de hand van bijscholingen
  - Positieve bijdrage tot de profilering van het beroep van een oncologie verpleegkundige
  - Relaties opbouwen en samenwerken binnen het verpleegkundig team
  - Openstaan voor evoluties in het sociaal, economisch en ethisch beleid, en staat in voor de gevolgen van het verpleegkundig handelen op al deze gebieden.

## 2. Praktische benadering

### 2.1 Uitwerking van het verkennend onderzoek

#### 2.1.1 Methode

Vanuit onze werkervaring hebben wij als studenten samen met onze promotor besloten een verkennende bevraging te doen bij verpleegkundigen in de thuiszorg. De doelstelling is om na te gaan welke knelpunten verpleegkundigen in de thuisverpleging bij het leveren van curatieve oncologische zorg ervaren.

Om antwoorden te vinden op de knelpunten binnen de curatieve oncologische thuisverpleging werd er een literatuurstudie gedaan. Met de trefwoorden Cancer, Home Care, Oncology, Cancerology, Nursing, Community Health, out patient, Kanker, Thuisverpleging, Oncologie werd er gezocht naar relevante literatuur op volgende zoekmachines: pubmed (<http://www.pubmed.com>), invert ([www.invert.be](http://www.invert.be)), scholar google (<http://www.scholar.google.be>), het zoekprogramma van de mediatheek KHK Turnhout. Ook werd er literatuur terug gevonden in verschillende boeken met betrekking tot oncologie en thuisverpleging. Aanvankelijk werd er afgebakend tot het jaartal 2005, nadien werd dit uitgebreid naar 2000.

Bij het zoeken naar bruikbare literatuur (medisch – verpleegkundig) kwamen we vlug tot de vaststelling dat er weinig tot geen bruikbare literatuur voorhanden was. Hierbij werd er een vragenlijst opgesteld, zodat we toch een zicht zouden krijgen op de eventuele knelpunten binnen de thuisverpleging bij het leveren van curatieve oncologische zorg. De vragen zijn ontstaan uit de gevonden literatuur en uit ervaringen van verpleegkundigen die tewerkgesteld zijn op een oncologische afdeling in het UZ Antwerpen en AZ Nikolaas te Sint-Niklaas. Deze vragen en antwoorden werden nagelezen door onze promotor en onze praktijkbegeleider van het AZ Nikolaas. De vragenlijst werd dan verspreid aan verpleegkundigen in de thuiszorg, dit binnen verschillende organisaties. Het is de bedoeling aan de hand van deze vragenlijst te weten te komen welke knelpunten bestaan bij het uitvoeren van curatieve oncologische zorg in de thuisverpleging. Ook werd er navraag gedaan of verpleegkundigen voldoende bijscholingen volgen om op de hoogte te blijven van nieuwe revoluties.

Op basis van de resultaten wordt er een uitgebreid verslag gemaakt van de afgenomen vragenlijsten.

## 2.1.2 Resultaten

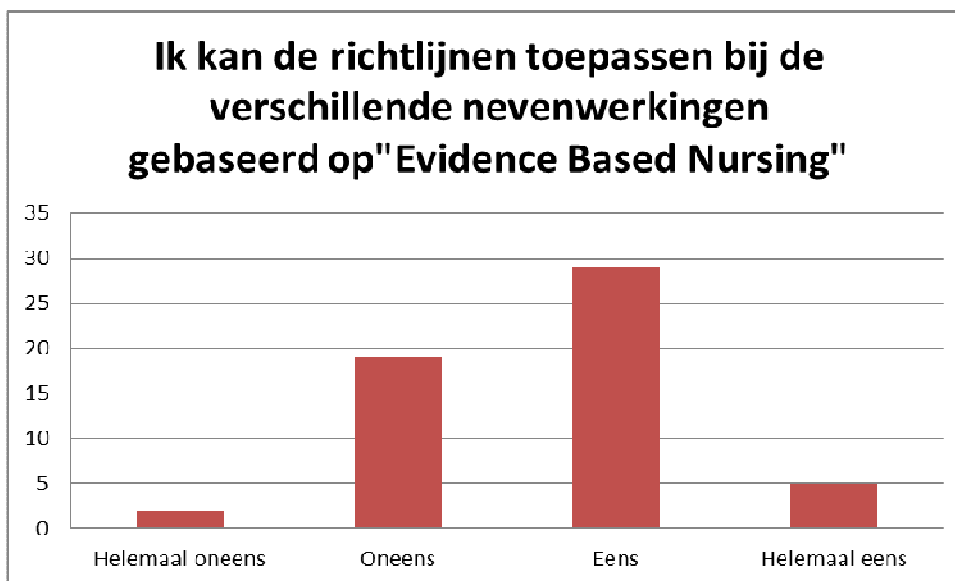
Na het afnemen van de vragenlijsten in april 2011 bij zestig thuisverpleegkundigen kwam tot uiting dat 24 personen dagelijks, 20 personen wekelijks, 6 personen maandelijks en 8 personen minder dan één maal per maand patiënten in de curatieve fase verzorgen.



**Tabel 1 : Resultaten van de vragenlijst op de vraag "Hoe vaak verzorgt u oncologische patiënten tijdens u werk"**

Hieruit kunnen we zeggen dat toch heel wat thuisverpleegkundigen in aanmerking komen met curatieve oncologische patiënten. Als ziekenhuis- verpleegkundigen staan wij ook niet versteld van deze resultaten. We zien steeds meer en meer patiënten met kanker in het ziekenhuis en zij worden sneller ontslaan uit het ziekenhuis ten opzichte van vroegere jaren.

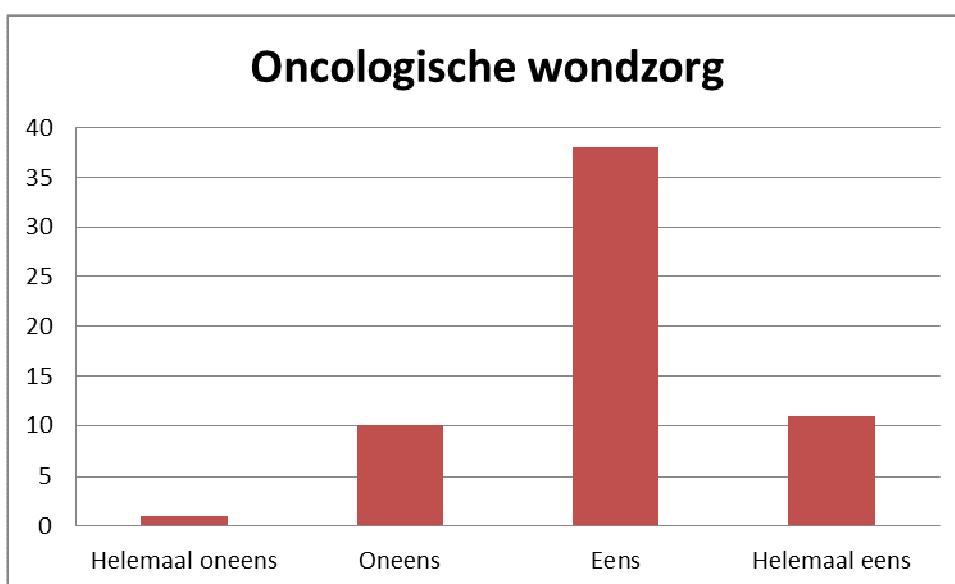
Het begrip oncologie is bij alle ondervraagde thuisverpleegkundigen gekend en zij geven ook aan dat ze kunnen uitleggen wat kanker en de mogelijke nevenwerkingen hiervan zijn. Het toepassen van de richtlijnen en dit gebaseerd op "Evidence Based Nursing" is niet bij alle thuisverpleegkundigen gekend, hierbij geven negentien persoon van de zestig aan dat ze dit niet kunnen toepassen.



**Tabel 2 Resultaten van de vragenlijst op de vraag " Ik kan de richtlijnen toepassen bij de verschillende nevenwerkingen gebaseerd op Evidence Based Nursing"**

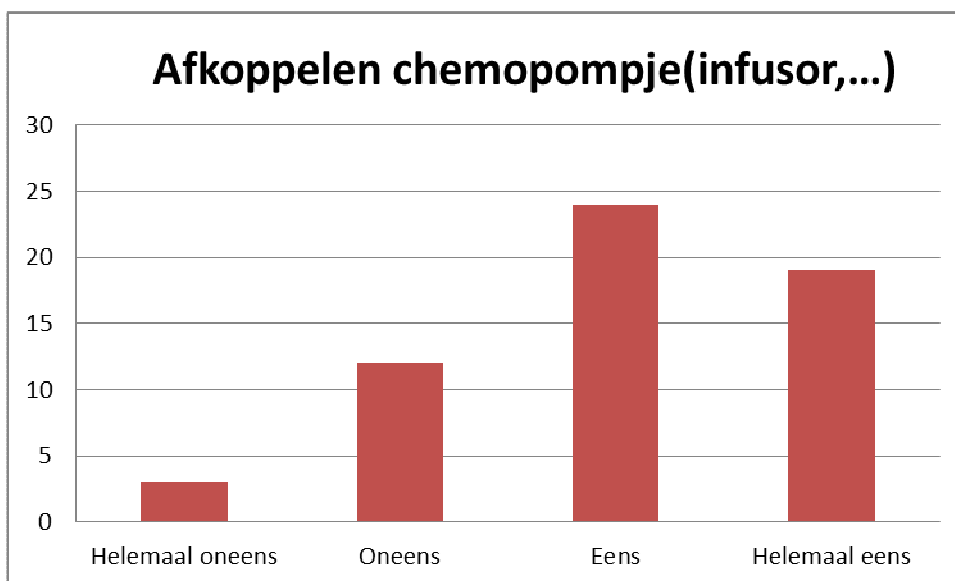
In het verkennend onderzoek van de Vlaamse Liga tegen Kanker in 2004 gaf de patiënten aan dat er een kennistekort is en dat thuisverpleegkundigen niet over de vereiste deskundigheid beschikken. Eveneens beschreef Biets R. in een recent survey studie in Vlaamse ziekenhuizen (2011) dat patiënten het belangrijk vinden dat verpleegkundigen een goede kennis hebben van verpleegkundige zorgen.

Bij het uitvoeren van specifieke technieken zoals oncologische wondzorg gaven tien verpleegkundigen aan dat ze niet weten hoe dit uit te voeren.



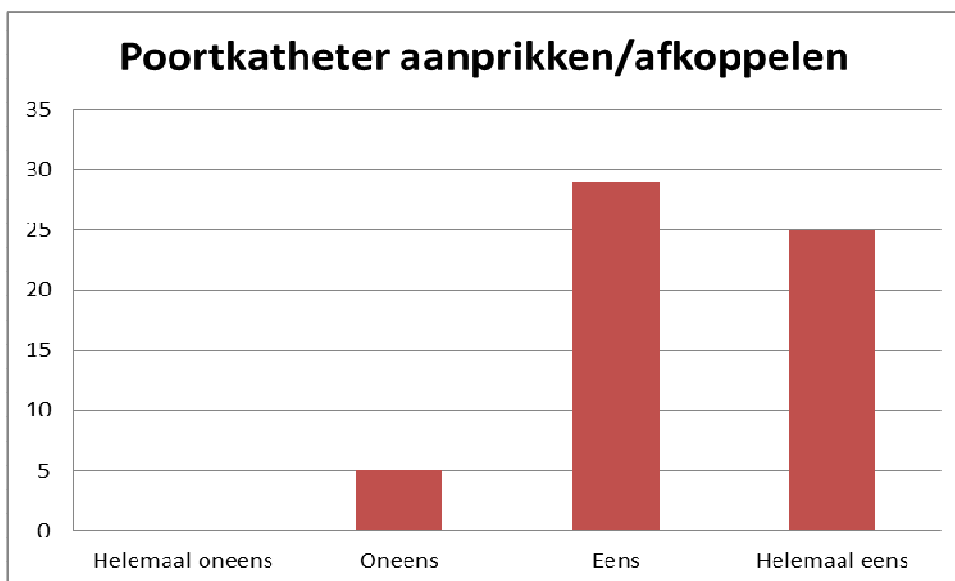
**Tabel 3 Resultaten van de vragenlijst op de stelling "Ik weet hoe ik oncologische wondzorg( ten gevolge van de behandelingen) moet uitvoeren"**

Dit was eveneens aanwezig bij het afkoppelen van een chemopompje.

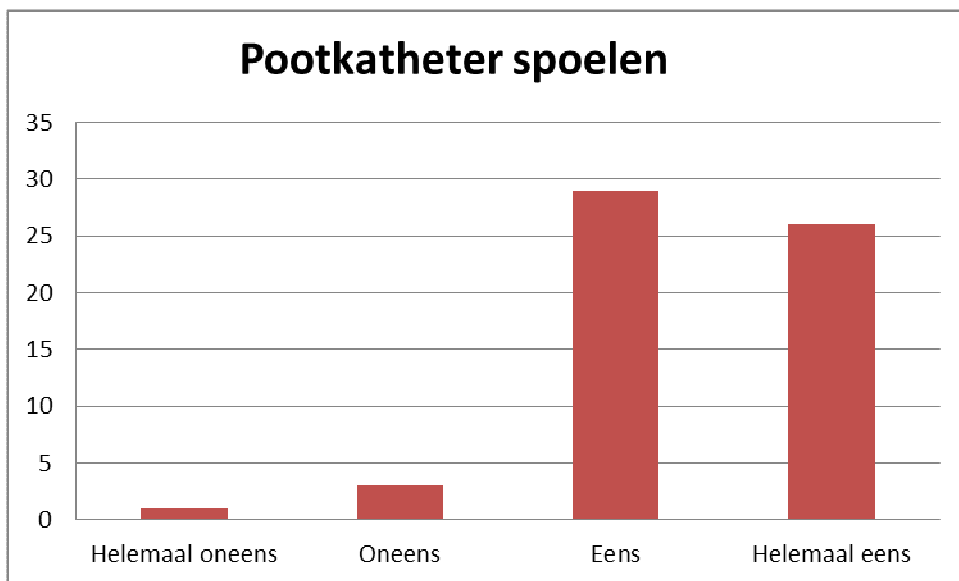


**Tabel 4 Resultaten van de vragenlijst op de stelling "Ik vind dat ik kennis heb van verpleegkundige technieken in de oncologische zorg betreffende afkoppelen chemopompje"**

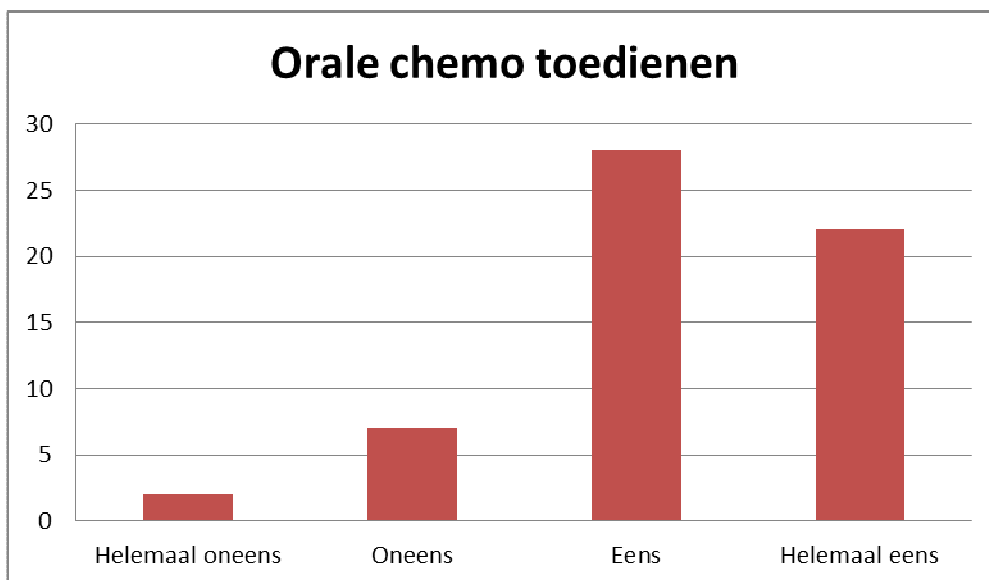
Het verkennend onderzoek in 2004 gaf dit eveneens ook aan. De andere technieken zoals aanprikken en afsluiten van de poortkatheter, poortkatheter spoelen, orale chemo toedienen, pijnmedicatie en mondzorg waren onder de meeste verpleegkundigen gekend.



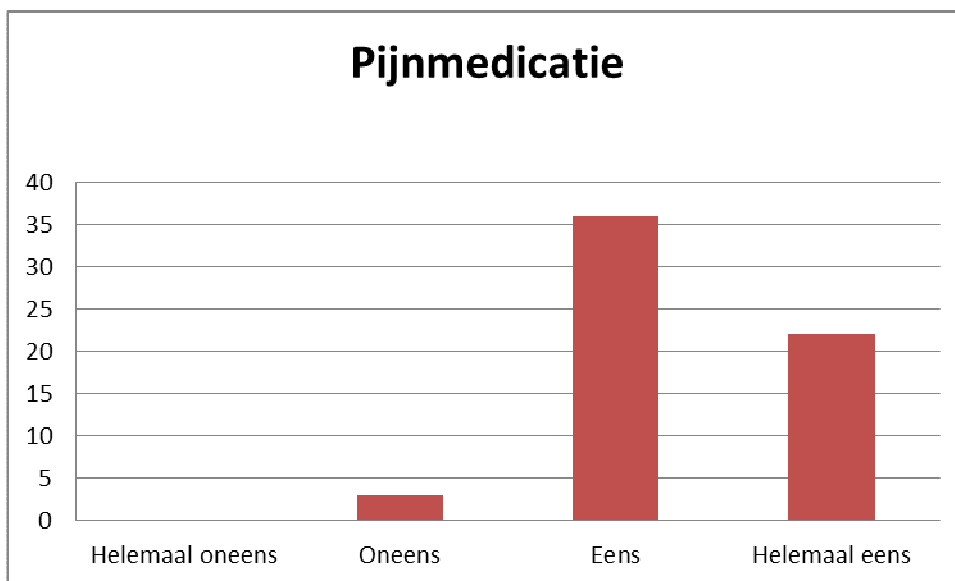
**Tabel 5 Resultaten van de vragenlijst op de stelling "Ik vind dat ik kennis heb van de verpleegkundige technieken in de oncologische zorg betreffende de poortkatheter aanprikken/afkoppelen"**



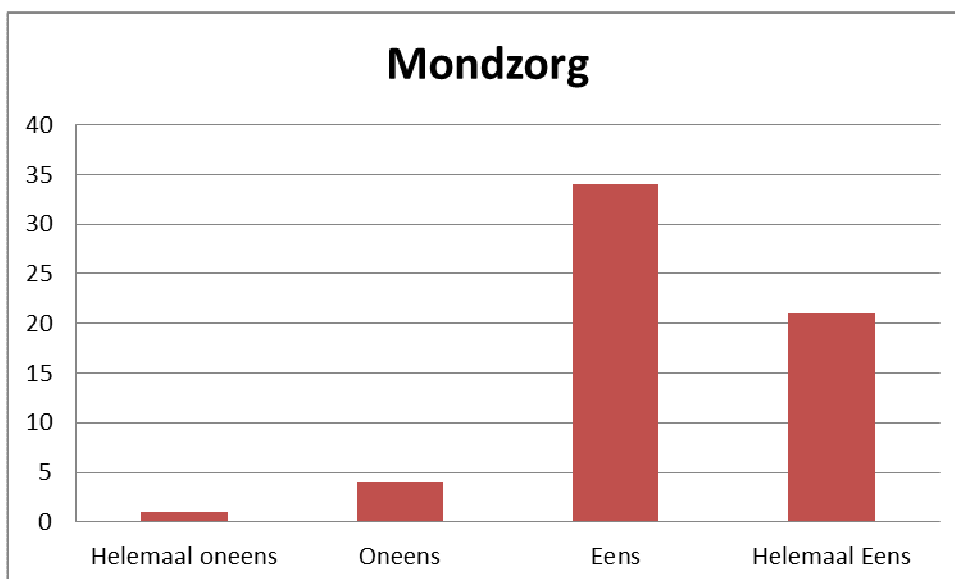
**Tabel 6 Resultaten van de vragenlijst op de stelling " Ik vind dat ik kennis heb van verpleegkundige technieken in de oncologische zorg betreffende poortkatheter spoelen"**



**Tabel 7 Resultaten van de vragenlijst op de stelling "Ik vind dat ik kennis heb van verpleegkundige technieken in de oncologische zorg betreffende orale chemo toedienen"**



**Tabel 8 Resultaten van de vragenlijst op de stelling "Ik vind dat ik kennis heb van de verpleegkundige technieken in de oncologische zorg betreffende pijnmedicatie"**

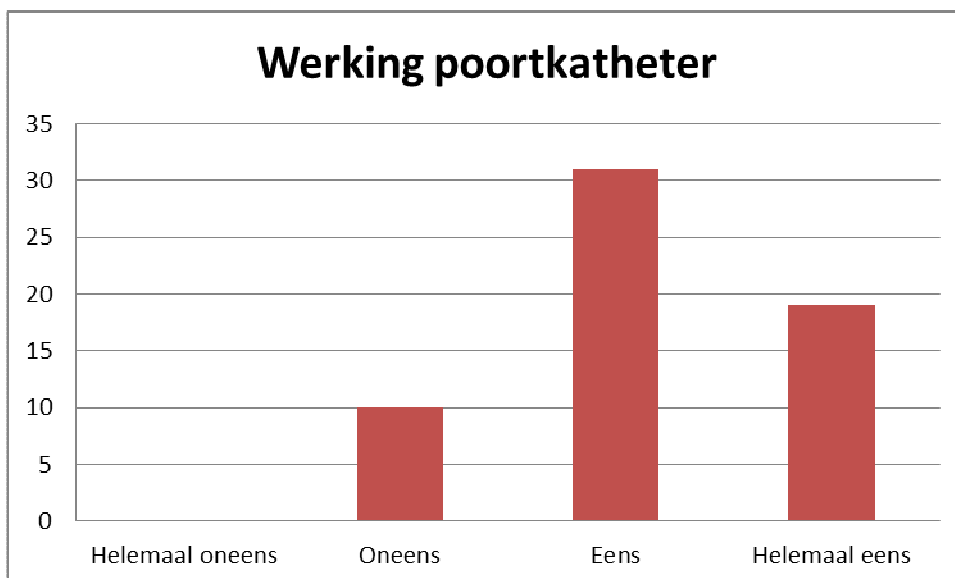


**Tabel 9 Resultaten van de vragenlijst op de stelling "Ik vind dat ik kennis heb van verpleegkundige technieken in de oncologische zorg betreffende mondzorg"**

Het is wel opvallend dat de meeste verpleegkundigen de kennis hebben van de technieken, maar dat tien verpleegkundigen aangeven dat het geven van informatie aan de patiënten over deze technieken als moeilijk wordt ervaren.

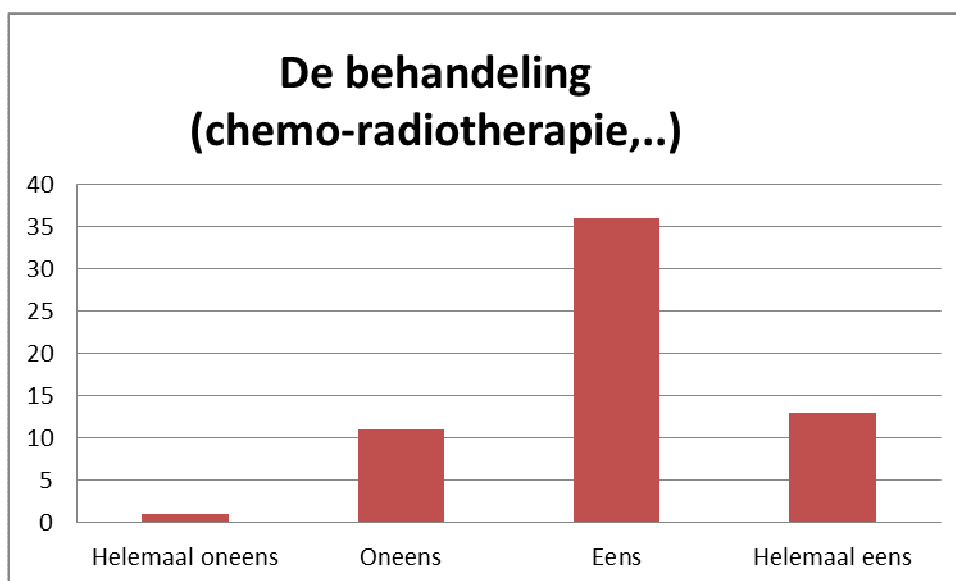


**Tabel 10 Resultaten van de vragenlijst op de stelling "Kan ik voldoende informatie geven aan de patiënt volgens zijn/haar noden met betrekking op nevenwerkingen van behandelingen"**



**Tabel 11 Resultaten van de vragenlijst op de stelling "Kan ik voldoende informatie geven aan de patiënt volgens zijn/haar noden met betrekking tot de werking van een poortkatheter"**



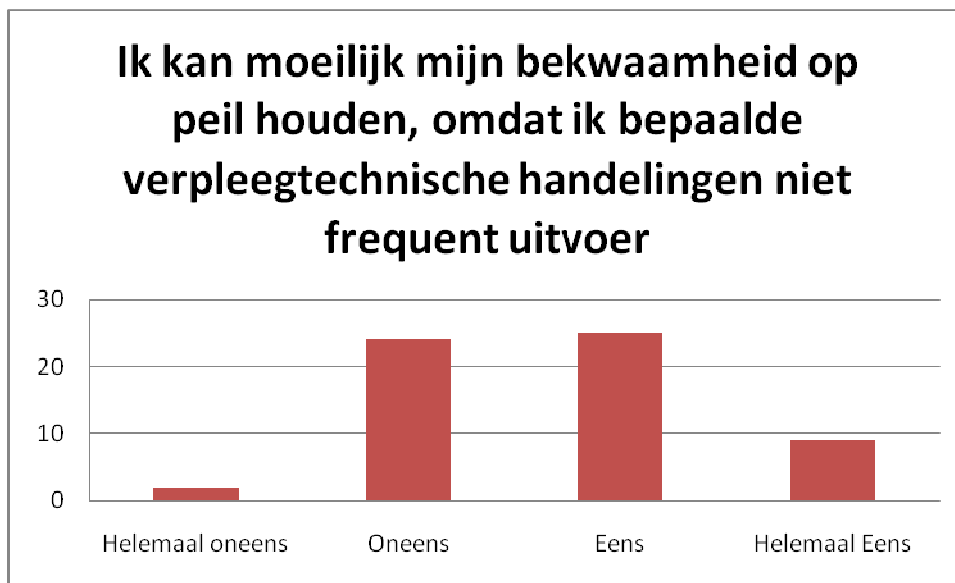


**Tabel 12 Resultaten van de vragenlijst op de stelling "Kan ik voldoende informatie geven aan de patiënt volgens zijn/haar noden met betrekking tot de behandeling"**



**Tabel 13 Resultaten van de vragenlijst op de stelling "Kan ik voldoende informatie geven aan de patiënt volgens zijn/haar noden met betrekking tot de nevenwerkingen van de behandeling"**

De helft van de verpleegkundigen geeft ook aan het moeilijk te hebben om hun bekwaamheid op peil te houden, omdat bepaalde verpleegtechnische handelingen niet frequent worden uitgevoerd.



**Tabel 14 Resultaten van de vragenlijst op de stelling " Ik kan moeilijk mijn bekwaamheid op peil houden, omdat ik bepaalde verpleegtechnische handelingen niet frequent uitvoer"**

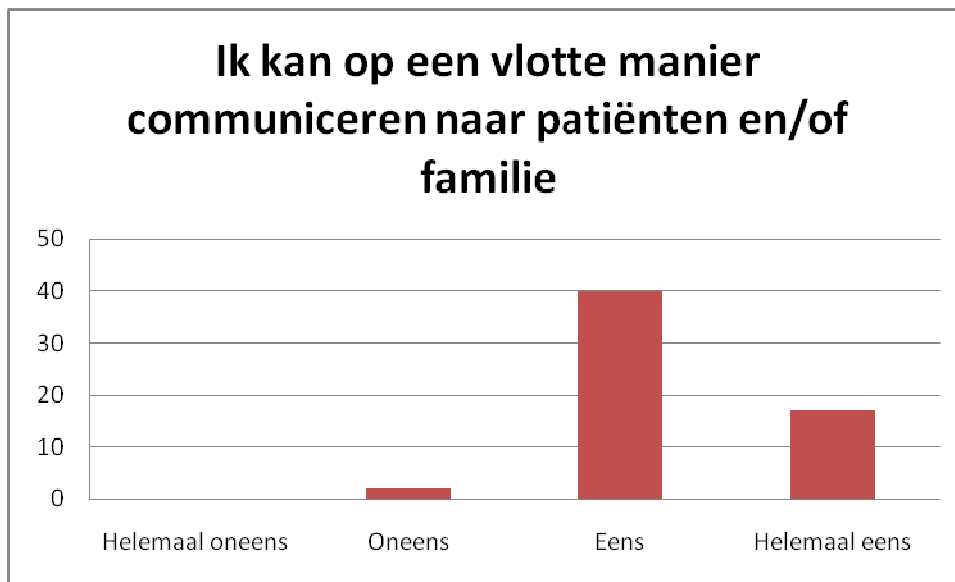
Drieëndertig verpleegkundigen van de zestig ondervraagde verpleegkundigen vinden dat ze niet voldoende kunnen inspelen op vragen en problemen die patiënten en familie hebben, doordat er onvoldoende overdracht is van het ziekenhuis naar de thuiszorg.



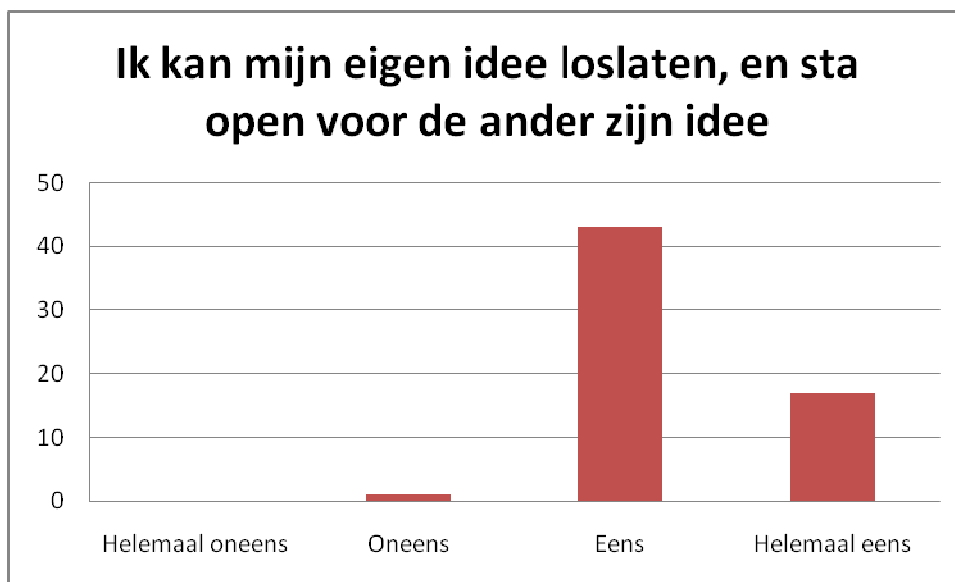
**Tabel 15 Resultaten van de vragenlijst op de stelling "Ik vind dat ik goed in kan spelen op vragen en problemen die patiënten en familie hebben, doordat er voldoende overdracht is van het ziekenhuis naar de thuiszorg"**

Volgens Vicca et al (2004) is het belangrijk dat thuisverpleegkundigen weten wat in het ziekenhuis aan de patiënt is meegedeeld over zijn ziekte en de ernst ervan. Zo kunnen de verpleegkundigen een goede psychosociale ondersteuning bieden aan de patiënten.

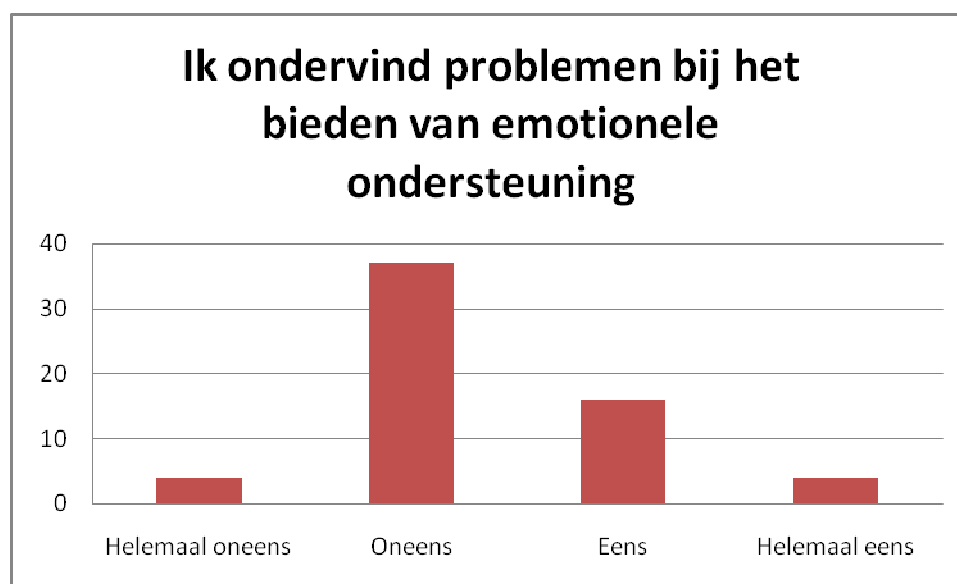
Bij het afnemen van de vragenlijsten kwam tot uiting dat thuisverpleegkundigen geen knelpunten ondervinden op het vlak van communicatie tussen hen en de patiënt, hun eigen idee loslaten, het bieden van emotionele ondersteuning en het omgaan met negatieve gevoelens van patiënten en familie.



**Tabel 16 Resultaten van de vragenlijst op de stelling "Ik kan op een vlotte manier communiceren naar patiënten en/of familie"**

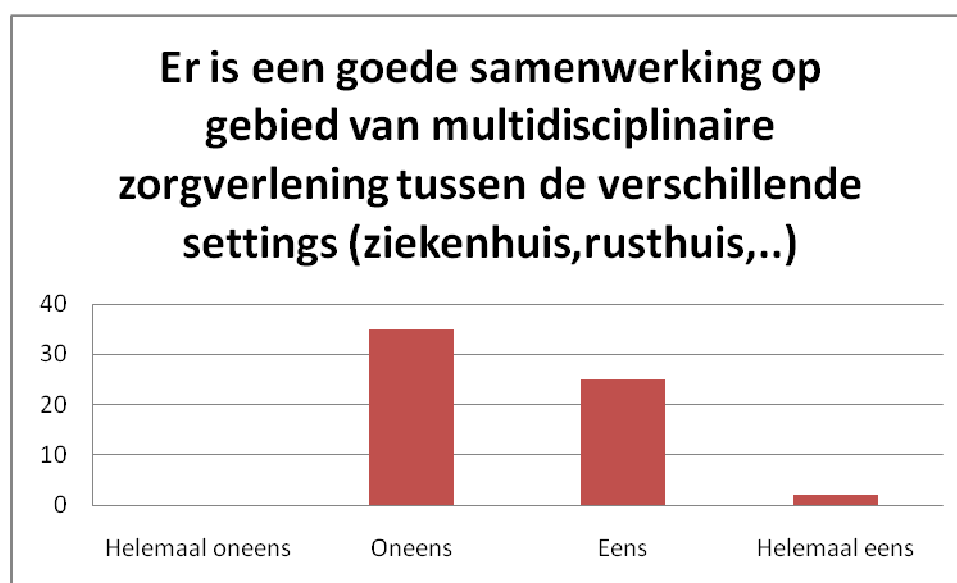


**Tabel 17 Resultaten van de vragenlijst op de stelling 'Ik kan mijn eigen idee loslaten, en sta open voor de ander zijn idee'**



**Tabel 18 Resultaten van de vragenlijst op de stelling "Ik ondervind problemen bij het bieden van emotionele ondersteuning"**

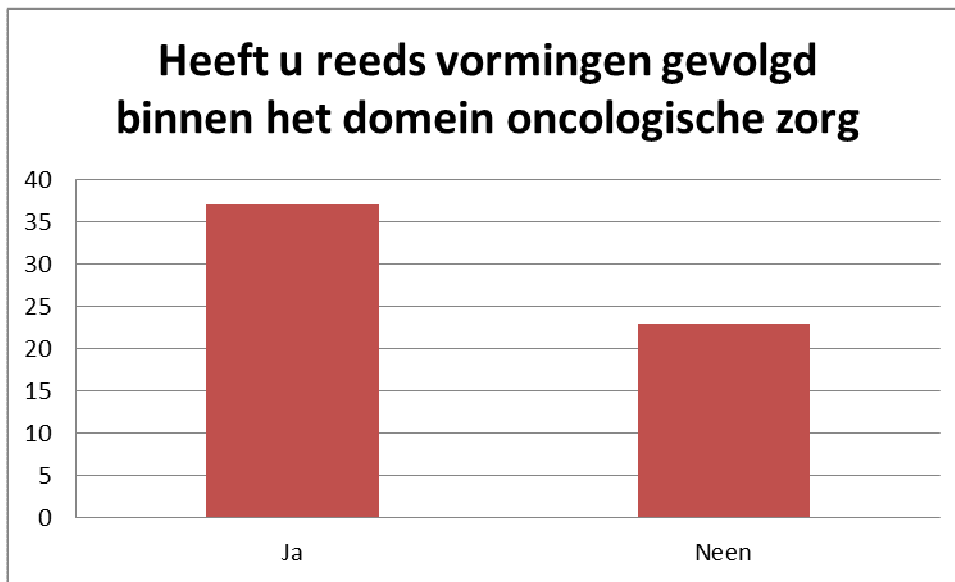
Bij het navragen of er een goede samenwerking is op gebied van multidisciplinaire zorgverlening tussen de verschillende settings (ziekenhuis, rusthuis,...) geven vijfendertig thuisverpleegkundigen aan dat ze het oneens zijn met deze stelling.



**Tabel 19 Resultaten van de vragenlijst op de stelling "Er is een goede samenwerking op gebied van multidisciplinaire zorgverlening tussen de verschillende settings(ziekenhuis, rusthuis,..)"**

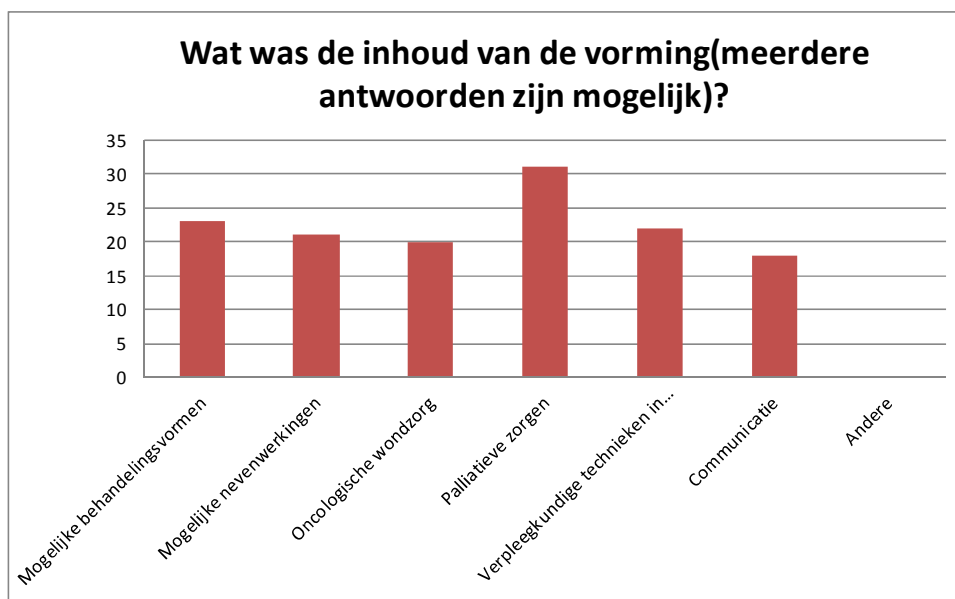
In verschillende onderzoeken die eerder werden beschreven door Rutten et al (2005), Mistry et al (2010) en Biets (2011) kwam het item van multidisciplinaire samenwerking niet aan bod. In het verkennend onderzoek van de Vlaamse Liga tegen Kanker (2004) vermelden de kankerpatiënten tijdens het interview dat de communicatie tussen thuiszorg en ziekenhuis niet steeds vlot verloopt.

In het laatste onderdeel van de vragenlijst hebben we navraag gedaan over de vormingen en het werkdomein. Zevenendertig thuisverpleegkundigen geven aan dat ze reeds vormingen hebben gevolgd binnen het domein oncologische zorg.



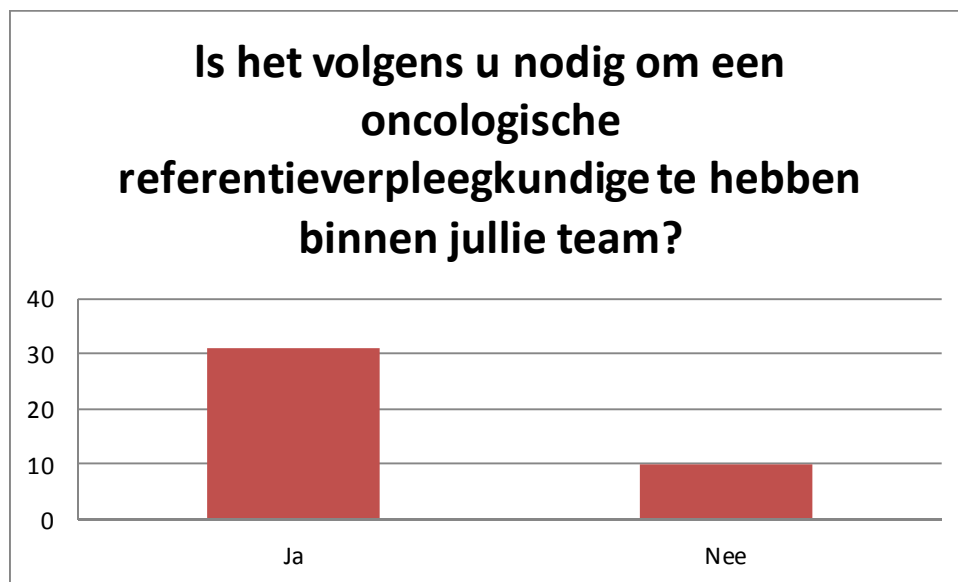
**Tabel 20 Resultaten van de vragenlijst op de vraag "Heeft u reeds vormingen gevolgd binnen het domein oncologische zorg?"**

De inhoud van de vorming was uiteenlopend van mogelijke behandelingsvormen, nevenwerkingen, oncologische wondzorg, aanprikken van een poortkatheter tot communicatie. Bij de ingevulde vragenlijsten kwam ook tot uiting dat velen een bijscholing hadden gevolgd in verband met palliatieve zorgen.



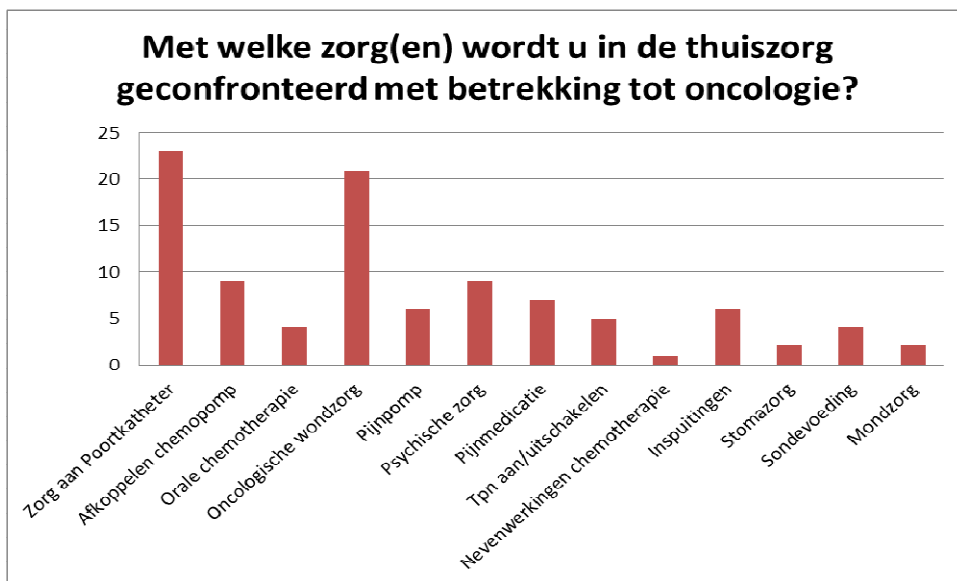
**Tabel 21 Resultaten van de vragenlijst op de vraag "Wat was de inhoud van de vorming(meerder antwoorden zijn mogelijk)?"**

Zo zagen we ook dat tien personen aangeven dat het niet noodzakelijk is om een referentieverpleegkundige oncologie te voorzien omdat zij beroep kunnen doen op het palliatief netwerk en een referentieverpleegkundige palliatieve.



**Tabel 22 Resultaten op de vraag "Is het volgens u nodig om een oncologische referentieverpleegkundige te hebben binnen jullie team?"**

Hieruit kunnen wij besluiten dat toch niet alle verpleegkundigen een duidelijk onderscheid kunnen maken tussen "curatieve" en "palliatieve" zorg. Als slotvragen hadden we het over met welke zorgen en technieken ze in de thuiszorg worden geconfronteerd. Het begrip zorg en technieken is voor de meeste verpleegkundigen geen duidelijk, eenduidig begrip. Ze schrijven zowel bij de zorgen als bij de technieken dezelfde items neer zoals zorg aan poortkatheter, afkoppelen chemopomp, oncologische wondzorg, pijnpomp vullen, aanschakelen van TPN,...



**Tabel 23 Resultaten van de vragenlijst op de vraag " Met welke zorg(en) wordt u in de thuiszorg geconfronteerd met betrekking tot oncologie?"**



**Tabel 24 Resultaten van de vragenlijst op de vraag "Met welke techniek(en) wordt u in de thuiszorg geconfronteerd met betrekking tot oncologie?"**

Als slot wil ik toch medelen dat één verpleegkundige bij belangrijke opmerking heeft neergeschreven dat er veel bijscholingen zijn over palliatieve, maar weinig over oncologie. Dit gegeven sluit aan bij de ervaring die wij ervaren als ziekenhuisverpleegkundigen.

Uit deze resultaten kunnen we concluderen dat er op zich niet veel knelpunten zijn waar thuisverpleegkundigen geconfronteerd worden tijdens hun werk rond oncologische zorg. Soms merkten we wel tegenstrijdigheden op in hun antwoorden. Zoals bijvoorbeeld de kennis die ze hebben omtrent technische handelingen is aanwezig, maar ze geven wel aan dat ze hierover geen informatie kunnen geven aan patiënten.

We haalden uit deze vragenlijst toch één belangrijk knelpunt dat thuisverpleegkundigen aangaven, ze vonden dat de informatieoverdracht van het ziekenhuis naar de thuiszorg niet altijd even vlot verliep.



### 2.1.3 Besluit

Uit onze vragenlijst blijkt dat er weinig knelpunten ervaren worden door thuisverpleegkundigen. Toch zien we tegenstrijdigheden bij de ondervragende thuisverpleegkundigen. Ze geven aan dat ze kennis hebben van verpleegkundige technieken in de oncologische zorg, maar toch zijn ze het oneens met de vraag of ze voldoende informatie kunnen geven met betrekking tot de technieken. Hieruit durven we besluiten dat dit item toch een knelpunt is. Dit komt ook tot uiting bij de stelling "Ik herken de nevenwerkingen", hier zijn de verpleegkundigen het met eens. Maar met de stelling of ze "De richtlijnen kunnen toepassen bij de verschillende nevenwerkingen", zijn ze het oneens.

De thuisverpleegkundigen geven volgend knelpunt zelf aan dat er een weinige wisselwerking is tussen het ziekenhuis en de thuiszorg, dit kwam ook tot uiting in de gevonden literatuur.

We ondervonden dat de antwoorden op onze vragen soms niet werden beantwoord met het inzicht op curatieve oncologische zorg. Er werd veel aangegeven dat ze beroep kunnen doen op palliatieve zorgen. Dit sluit aan met de ervaring die wij als ziekenhuisverpleegkundigen ondervinden, dat er een verwarring is tussen het begrip "curatief" en "palliatief". Ook al geven de meeste thuisverpleegkundigen via de vragenlijst aan dat ze voldoende vormingen hebben gehad met het thema oncologische zorg, toch zou het geven van vormingen steeds een meerwaarde kunnen betekenen om deze verwarring te voorkomen.

Op termijn willen we de resultaten omzetten naar een handig praktijkinstrument voor thuisverpleegkundigen. Het item "Wat is curatieve oncologische zorg" moet verder worden uitgelegd. Ondanks tijd tekort zal dit binnen ons afstudeerproject niet meer van toepassing zijn. Wij hopen wel dat dit op later tijdstip nog verder kan worden uitgewerkt, zodat verpleegkundigen voldoende info meekrijgen om op terug te vallen.

### 2.1.4 Discussie

Bij het starten van het afstudeerproject hebben we enkele problemen ervaren, waardoor we traag zijn geëvolueerd. Het was niet eenvoudig om een vragenlijst op te stellen, aangezien geen van ons beiden dit al eerder had opgemaakt. We hadden eerst gedacht aan het opstellen van de vragen en gingen nadien de literatuurstudie doen. Maar bij nader inzien en met steun van onze promotor bleek dit de verkeerde volgorde te zijn. De focus lag bij ons veel te sterk op de vragenlijst en dit was een belemmering voor het resultaat. Op een gegeven moment hebben we de focus over een andere boeg gegooid en kwam er vordering in het opmaken van ons afstudeerproject. Eveneens bij het afnemen van de vragenlijsten kwamen we tot het besluit dat niet alle vragenlijsten volledig werden ingevuld. Dit ging vooral over de vragen met betrekking tot de vormingen en opleidingen. De vragenlijsten die niet volledig werden ingevuld, werden ook verwijderd en werden niet opgenomen.

Bij onze digitale vragenlijst ondervonden we in het begin van de afname het probleem dat we onze vragenlijst hadden ingesteld zodat elke vraag van de vragenlijst moest worden beantwoord. De deelnemers konden pas meegerekend worden in ons verkennend onderzoek wanneer ze de volledige vragenlijst invulden. We kwamen tot de ontdekking dat sommige deelnemende verpleegkundigen hun vragenlijst niet konden voltooien, omdat ze een bepaalde vraag niet hadden ingevuld.

Op deze manier verloren we enkele deelnemers, maar door tijdige vaststelling hebben we de vragenlijst kunnen aanpassen. Zodat de algemene vraag "Ik vind dat ik kennis heb van verpleegkundige technieken in de oncologische zorg" en "Kan ik voldoende informatie geven aan de patiënt volgens zijn/haar noden met betrekking tot" niet moest worden beantwoord. De sub vraag was hier eigenlijk van toepassing.

Zoals eerder aangegeven ondervonden de thuisverpleegkundigen ook problemen met het onderscheid tussen curatieve en palliatieve oncologische zorg. Achteraf gezien was het misschien nodig geweest dat we de thuisverpleegkundigen hier eerst over hadden bijgeschoold of de nodige informatie hier omtrent hadden gegeven.

Als eerste idee bij het uitwerken van dit afstudeerproject hadden we gedacht aan het uitvoeren van een educatieles of het opmaken van een flowchart. De educatieles en/of de flowchart was bedoeld voor de thuisverpleegkundigen. Dit is wegens tijdsgebrek niet meer aan bod gekomen. Mocht dit op later tijdstip toch nog mogen worden uitgewerkt zou dit een meerwaarde mogen betekenen voor het afstudeerproject.

## Literatuurlijst

Biets, R. (2011). *De perceptie van oncologische patiënten ten aanzien van de karakteristiek van "de goede verpleegkundige"*. Onuitgegeven Masterproef, Katholieke Universiteit Leuven, Master in de Verpleegkunde & Vroedkunde.

De Regt, A. (2008). *Knelpunten in de palliatieve thuiszorg*. Onuitgegeven Masterproef, Universiteit Antwerpen, Master in de Verpleegkunde & Vroedkunde.

Dingemans, I.H. van Benthem, D., Willemse, K., Pietersma-ter Borgh, R., de Wit, J.M., Bukman, A., Weesendorp-Lobach, J.L.P.M., Hogervorst, M. & van den Broek, M.R. (2008). *Checklist Kennis en vaardigheden van de wijkverpleegkundige met differentiatie oncologie*. Gevonden op 28 oktober 2010: <http://www.ikcnet.nl/bibliotheek/index.php?id=2575>

Klaren, A.D. & van der Meer, C.A. (2004). *Oncologie, handboek voor verpleegkundigen en andere hulpverleners*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Mistry, A., Wilson, S., Priestman, T., Damery, S. & Haque, M.S. (2010). *Journal of the Royal Society of Medicine* (Vol. 15;1(4), p. 30) Gevonden op 15 december 2010 op het internet

Rutten, L.J., Arora, N.K., Bakos, A.D., Aziz, N. & Rowland, J. (2005). *Patient Education and Counseling*. (Vol. 57(3), p. 250-61) Division of Cancer Prevention, National Cancer Institute. Gevonden op 10 maart 2011 op het internet

Sassen, B. (2004). *Gezondheidsvoorlichting en preventie, leidraad voor verpleegkundigen*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

Van der Ham, H., Pool, J. & Vaessen, J. (2006). *De verpleegkundige als coach*. Utrecht/Zutphen: ThiemeMeulenhoff.

Vereniging voor Verpleegkundigen Radiotherapie en Oncologie (2009). *Basisboek oncologie voor verpleegkundigen*. Antwerpen: Standaard Uitgeverij.

Vicca, C., Schalenbourg, B., Casier, H., Roctus, K. & Van Hauwermeiren, M. (2004). *Sociale landkaart. Informatiewijzer federale en Vlaamse voorzieningen*. Brugge: Vanden Broele.

Vlaamse Liga tegen kanker (2004). *Kwaliteit kankerzorg, onderzoeksrapport 2004, ervaringen van kankerpatiënten in de thuiszorg: een verkennend onderzoek*. Gevonden op 26 november 2010 op het internet: [www.vlk.be](http://www.vlk.be)

Vlaamse Liga tegen kanker (2008). *Cijfers*. Gevonden op 28 maart 2011 op het internet: [http://www.tegenkanker.be/cijfers\\_0](http://www.tegenkanker.be/cijfers_0)

Vlaamse Overleggroep Opleidingen Kankerverpleging, VOOK (2011). *Competentieprofiel oncologie verpleegkundige - drafteversie*. Onuitgegeven nota's bij het opstellen van een functieprofiel voor verpleegkundigen, SL.

**Bijlage 1:**

Geachte heer/mevrouw,

In het kader van onze opleiding “Banaba in de oncologische gezondheidszorg aan de K.H.Kempen te campus Turnhout” zouden wij een bevraging willen doen. Ons doel is om te peilen naar de knelpunten die verpleegkundigen in de thuiszorg ervaren bij het leveren van curatieve oncologische zorg.

Middels deze resultaten van de vragenlijst, zullen we de behoeften kunnen samenvatten van thuisverpleging omtrent oncologie. Deze willen we dan omzetten naar een handig praktijkinstrument voor thuisverpleegkundigen.

Wij horen graag ook uw mening over knelpunten die u ervaart in de curatieve oncologische zorg en vragen u daarom bijgevoegde vragenlijst in te vullen. De vragenlijst zal geanonimiseerd worden en alleen door de onderzoekers worden geanalyseerd. Persoonlijke gegevens zullen niet aan derden worden verstrekt.

Indien u vragen heeft kan u steeds contact opnemen met Micheline op het nummer 03/760.85.39 of via mail: [micheline.van.hooste@stu.khk.be](mailto:micheline.van.hooste@stu.khk.be) , [lore.van.loo@stu.khk.be](mailto:lore.van.loo@stu.khk.be), [eva.peters@stu.khk.be](mailto:eva.peters@stu.khk.be) .

Wij zouden het ten zeerste appreciëren als u uw medewerking zou willen verlenen en danken u oprecht voor uw medewerking.

Lore Van Loo

Micheline Van Hooste

Eva Peters

Studenten bachelor na bachelor in de Oncologische gezondheidszorg

**Algemene en persoonlijke gegevens**

1. Welke vooropleiding heeft u genoten?

- Gebrevetteerd / gediplomeerd verpleegkundige
- Diploma van gegradueerd verpleegkundige / bachelor in de verpleegkunde
- Master in de verpleegkunde
- Postgraduaat: .....
- Bachelor na Bachelor (Banaba): .....
- Door de bevoegde overheden erkend en gelijkgesteld buitenlands diploma
- Andere: ...

2. Hoeveel jaren werkervaring heeft u als verpleegkundige?

- ... .. jaar

3. Bij welke thuiszorgorganisatie bent u momenteel werkzaam?

- Wit-Gele Kruis
- Bond Moyson
- Solidariteit voor het gezin
- Zelfstandige
- Zelfstandige in groepspraktijk
- Andere: ...

Hoeveel jaren werkervaring heeft u als verpleegkundige in de thuiszorg?

- ... .. jaar

4. Hebt u werkervaring in andere verpleegkundige settings? Zo ja, op welke afdeling?

- Neen
- Ja,.....  
.....  
.....

5. Hoe vaak verzorgt u oncologische patiënten tijdens uw werk?

Met oncologische patiënten bedoelen we patiënten die curatief behandeld worden en die zich dus niet in een palliatieve/terminale fase bevinden.

- Dagelijks
- Wekelijks
- Maandelijks
- < 1x / maand

<b>Stellingen</b>
-------------------

In volgend onderdeel van de vragenlijst geven wij u een aantal stellingen. We vragen om aan te geven welke knelpunten u ervaart bij het uitvoeren van zorg aan patiënten met een oncologische problematiek.

Beantwoord alle stellingen in het kader hoe u tekorten en/of noden ervaart. Gelieve aan te geven of u helemaal oneens, oneens, eens of helemaal eens bent met de stelling.

	Helemaal oneens	Oneens	Eens	Helemaal eens
Ik ken het begrip oncologie				
Ik kan uitleggen wat kanker is				
Ik kan de verschillende behandelingsvormen (chemotherapie, radiotherapie, chirurgie,...) uitleggen				
Ik herken de nevenwerkingen				
Ik weet welke richtlijn ik moet toepassen bij de verschillende nevenwerkingen				
Ik kan de richtlijnen toepassen bij de verschillende nevenwerkingen gebaseerd op "Evidence Based Nursing"				
Ik weet hoe ik oncologische wondzorg (ten gevolge van de behandelingen) moet uitvoeren				
Ik vind dat ik kennis heb van verpleegkundige technieken in de oncologische zorg:	/	/	/	/
- <i>Poortkatheter aanprikken/afkoppelen</i>				
- <i>Poortkatheter spoelen</i>				
- <i>Afkoppelen chemopompje (Infusor®, ...)</i>				
- <i>Orale chemo toedienen</i>				
- <i>Pijnmedicatie</i>				
- <i>Mondzorg (mucositis)</i>				
- <i>Oncologische wondzorg</i>				
Ik kan de gezondheidstoestand observeren				

Kan ik voldoende informatie geven aan de patiënt volgens zijn/haar noden met betrekking tot:	/	/	/	/
- <i>Werking poortkatheter</i>				
- <i>Poortkatheter spoelen</i>				
- <i>De behandeling (chemo-, radiotherapie,...)</i>				
- <i>Nevenwerkingen van de behandeling (misselijkheid,...)</i>				
- <i>Wanneer een arts te raadplegen</i>				
Ik kan moeilijk mijn bekwaamheid op peil houden, omdat ik bepaalde verpleegtechnische handelingen niet frequent uitvoer				
Zijn er procedures beschikbaar binnen de organisatie waar u tewerkgesteld bent				
Ik vind dat ik goed in kan spelen op vragen en problemen die patiënten en familie hebben, doordat er voldoende overdracht is van het ziekenhuis naar de thuiszorg				
Ik kan me empathisch opstellen				
Ik kan op een vlotte manier communiceren naar patiënten en/of familie				
Ik kan mijn eigen idee loslaten, en sta open voor de ander zijn idee				
Ik ondervind problemen bij het bieden van emotionele ondersteuning				
Ik heb geen problemen met het ingaan op vragen van zingeving				
Ik heb het moeilijk met het omgaan van negatieve gevoelens van patiënten/familie				
Ik kan contact opbouwen met de ander op een open en constructieve manier				
Ik heb het moeilijk met tijd nemen (bv. tijdens gesprek denken aan andere dingen die moeten gebeuren...)				
Ik vind het moeilijk om de boodschap van de ander te herhalen en samen te vatten				
Er zijn voldoende ondersteunende diensten (bv. maatschappelijk werk, gezinshulp,...) in de thuiszorg				
Ik doe beroep op deze diensten				



Ik ken te weinig van de bestaande ondersteunende diensten in de thuiszorg				
Ik vind het moeilijk om de juiste balans te vinden tussen betrokkenheid en afstand houden				
Er is een goede samenwerking op gebied van multidisciplinaire zorgverlening in de thuiszorg				
<i>- Zo ja, is dit een meerwaarde</i>				
<i>- Zo nee, heeft de patiënt hinder van het niet samenwerken van diensten</i>				
Er is een goede samenwerking op gebied van multidisciplinaire zorgverlening tussen de verschillende settings (ziekenhuis, rusthuis,...)				

### Vormingen en werkdomein

In het laatste onderdeel van de vragenlijst gaat het over vormingen en het werkdomein. We vragen hierbij welke vormingen u reeds heeft gevolgd en hoe u dit ervaart.

1. Heeft u reeds vormingen gevolgd binnen het domein oncologisch zorg?

- Ja, hoeveel uren .....
- Nee

2. Wat was de inhoud van de vorming (meerdere antwoorden zijn mogelijk)?

- Mogelijke behandelingsvormen
- Mogelijke nevenwerkingen
- Oncologische wondzorg
- Palliatieve zorgen
- Verpleegkundige technieken in de oncologische zorg (aanprikken poortkatheter, wondzorg,...)
- Communicatie
- Andere: .....

3. Op welke manier verwerft u, als verpleegkundige, de nodige informatie over de oncologische zorg binnen de thuiszorg?

- Informatiebrochures
- Bijscholingen
- Procedures
- Collega's
- Literatuur opzoeken en bestuderen
- Andere: .....

4. Is het volgens u nodig om een oncologische referentieverpleegkundige te hebben binnen jullie team?

- o Ja, omdat.....
- o Nee, omdat.....

5. Binnen de ziekenhuissetting kan je kiezen tussen afdelingen met een verschillende pathologie. Wanneer u zich in de thuisverpleging zou kunnen specialiseren, zou u kiezen voor het thema Oncologie?

- o Staat bovenaan als keuze
- o Wil ik eventueel wel doen, maar is geen vereiste
- o Is absoluut geen keuze, optie

6. Waarom geniet die keuze je voorkeur?

.....

.....

.....

7. Met welke zorg(en) wordt u in de thuiszorg geconfronteerd met betrekking tot oncologie?

.....

.....

.....

8. Met welke techniek(en) wordt u in de thuiszorg geconfronteerd met betrekking tot oncologie?

.....

.....

.....

9. Indien u nog belangrijke opmerkingen heeft of u wilt nog een reactie kwijt over de bevraging, kan u deze hier plaatsen

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Hartelijk bedankt voor het voltooien van de vragenlijst !

