

Resultaten knelpunteninventarisatie onder professionals

Richtlijn Detecteren behoefte psychosociale zorg

d.d. 17 sept 2014

Leeswijzer

	Pag.
1. Enquête verzending en openstelling	1
2. Respons en respondenten	2-4
3. Prioritering knelpunten Detectie behoefte psychosociale zorg	
o Tabel 2: totaal	5
o Tabel 3: psychosociale discipline	7
o Tabel 4: paramedische discipline	8
o Tabel 5: medisch-somatische discipline	10
o Tabel 6: verpleegkundige discipline	12
o Tabel 7: andere discipline	14
4. Tabel 8: extra knelpunten Detectie behoefte psychosociale zorg	16-38

1. Enquête verzending en openstelling

De vragenlijst is verstuurd naar de volgende (wetenschappelijke en beroeps)verenigingen:

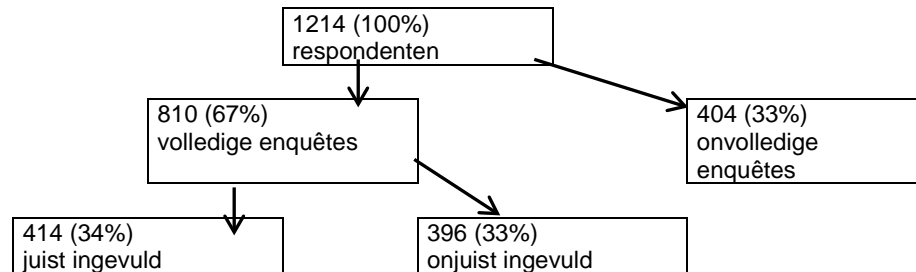
- Landelijke verenigingen en instellingen:
- Nationaal Borstkanker Overleg Nederland (NABON)
- Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT)
- Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH)
- Nederlandse Internisten Vereeniging (NIV)/ Nederlandse Vereniging voor Medische Oncologie (NVMO)
- Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)
- Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie (NVRO)
- Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU)
- Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen (NVMDL)
- Nederlandse Vereniging voor Gastro-Enterologie (NVGE)
- Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV)
- Nederlandse Vereniging voor Revalidatieartsen (VRA)
- Koninklijk Nederlandse Genootschap Fysiotherapie (KNGF)
- Landelijke Werkgroep Diëtisten Oncologie (LWDO)
- Nederlandse vereniging voor Diëtisten (NVD)
- Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE)
- Landelijke Vereniging voor Medische Psychologen (LVMP)
- Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
- Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk werkers (NVMW)
- Nederlandse Vereniging voor Psychosociale Oncologie (NVPO)
- Vereniging van Geestelijk Verzorgers in Zorginstellingen (VGvZ)
- Ergotherapie Nederland (EN)
- Verpleegkundigen & Verzorgenden (V&VN)
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
- VERENSO
- Federatie van Inloophuizen Nederland (FINK)
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
- College voor Zorgverzekeringen (CVZ)

De vragenlijst is tevens verspreid onder landelijke en regionale werkgroepen van IKNL. De enquête heeft van 15 juli tot 7 sept. (8 weken) open gestaan voor reactie.

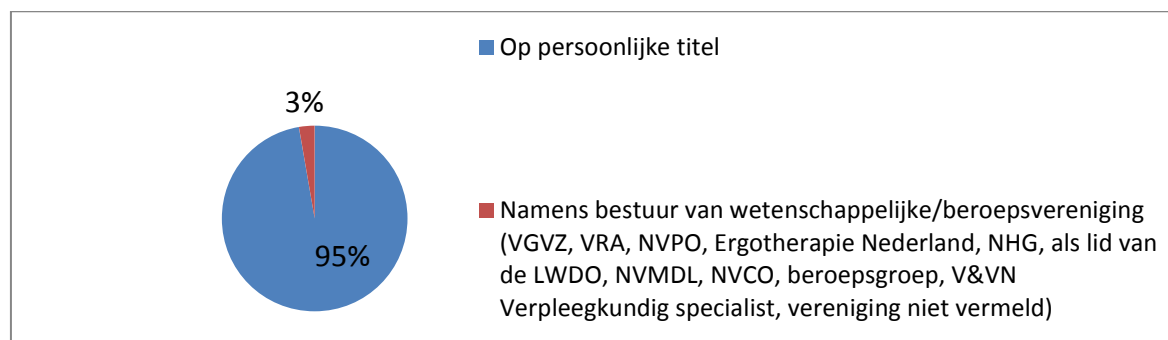
2. Respons en respondenten

- In totaal hebben 1.214 professionals de enquête gestart en (deels) ingevuld
- 810 (67%) respondenten hebben de enquête volledig ingevuld
- Na opschoning van alleen de enquêtes met een prioritering van 5 knelpunten met score 1 t/m 5 (somscore 15) blijven er 414 (34%) respondenten over, (zie Figuur 1).

Figuur 1: in- en exclusie van de respondenten



Figuur 2: vraag 7: Reageert u (N=414)?



Figuur 3: vraag 8: Bent u bekend met de richtlijn (N=414)?



Figuur 4: vraag 9: Bent u bekend met de Lastmeter (N=414)?



Tabel 1: Vergelijkbaarheid subgroep en totaalgroep

Respondent	N=1214		N=414	
	Aantal	Respons %	Aantal	Respons %
Psychosociaal	168	20,7%	88	21%
Maatschappelijk werker	38	4,7%	15	4%
Psycholoog	59	7,3%	34	8%
Psychiater	3	0,4%	1	0%
Geestelijk verzorger	59	7,3%	31	7%
Anders nl,	9	1,1%	7 [#]	2%
Paramedisch	50	6,2%	19	5%
Fysiotherapeut	23	2,8%	12	3%
Diëtist	12	1,5%	6	1%
Ergotherapeut	3	0,4%	0	0%
Logopedist	0	0,0%	0	0%
Anders nl,	12	1,5%	1 ^{##}	0%
Medisch Somatisch	192	23,6%	96	23%
Bedrijfsarts	0	0,0%	0	0%
Chirurg	27	3,3%	9	2%
Gynaecoloog	38	4,7%	16	4%
Hematoloog	1	0,1%	1	0%
Huisarts	5	0,6%	2	0%
Internist / Medisch Oncoloog	20	2,5%	13	3%
KNO-arts	5	0,6%	3	1%
Longarts	13	1,6%	8	2%
MDL-arts	7	0,9%	5	1%
Neurochirurg	1	0,1%	0	0%
Neuroloog	3	0,4%	2	0%
Radiotherapeut	30	3,7%	14	3%
Revalidatiearts	6	0,7%	3	1%
Uroloog	12	1,5%	9	2%
Verpleeghuisarts	5	0,6%	3	1%
Overige	19	2,3%	8 [§]	2%
Verpleegkundig	271	33,5%	145	35%
Verpleegkundige	85	10,5%	54	13%
Verpleegkundig specialist	131	16,2%	60	14%
Anders nl,	55	6,8%	31 ^{§§}	7%
Anders, nl	130	16,0%	66 [®]	16%

[#]ben zowel psycholoog als geestelijk verzorger, arts-seksuoloog, arts-seksuoloog, mindfulnesstrainer, Consultatief psychiatrisch verpleegkundige, coach, Vaktherapeut beeldend

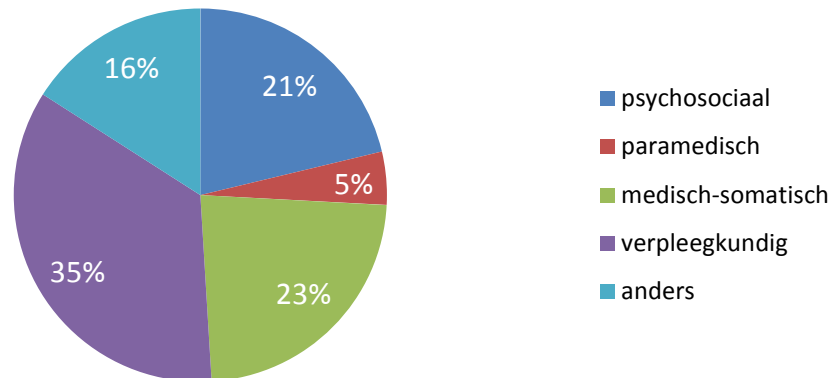
^{##}Geestelijk verzorger

[§]Huisarts en specialist palliatieve zorg, seksuoloog, arts, mond-, kaak-, en aangezichtschirurg, hoofd Hals oncoloog, Anesthesioloog, KNO-arts Oncologisch Hoofd Hals Chirurg, Plastisch chirurg, Dermatologie

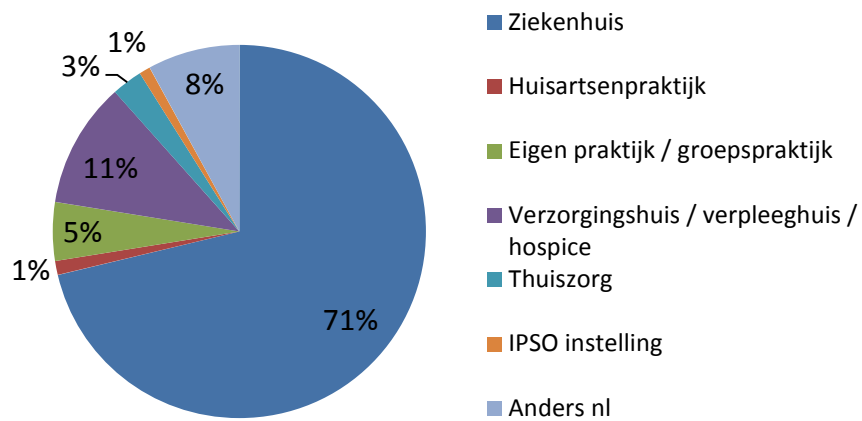
^{§§}oncologie verpleegkundige, verpleegkundig consulent oncologie en/of palliatieve zorg (en pijn) / innovator, gespecialiseerd verpleegkundige mammacare, Verpleegkundig specialist in opleiding, Verpleegkundig consulent, coördinator oncologie dagbehandeling en kliniek, onderzoeker, Specifiek Verpleegkundige, praktijkverpleegkundige, oncologie-hematologie verpleegkundige, verpleegkundig consulent hospice (praktijkondersteuning huisarts), Gespecialiseerd verpleegkundige oncologie (uitvoerende werkzaamheden zijn continuïteitshuisbezoek in de thuissituatie), hoogleraar, wijkverpleegkundig consulent, gynaecologisch oncologie verpleegkundige, Casemanager

[®]verpleegkundig specialist, Verpleegkundig consulent Neuro-oncologie, verpleegkundig specialist chronische zorg, vaktherapeutische beroepen, geestelijk verzorger, klinisch psycholoog, manager psychiatrie/psychologie/paramedisch, opleider, Arts-psychotherapeut, medisch seksuoloog, psycholoog én geestelijk verzorger, onc fysiotherapeut, gezondheidswetenschappen, oncologieverpleegkundige, Geestelijk verzorging&Ethiek, Onderzoeker, vaktherapie beeldend verpleegkundige en H-yogadocent, Spiritueel; daaronder versta ik iets anders dan psychosociaal, Beleids- / staffunctie/ management, Casemanager, Middenkader

Respondenten (N=414)



Setting (N=414)



3. Prioritering revisie richtlijn Detecteren behoefte psychosociale zorg

Tabel 2: totaal (414 respondenten) <i>Herkent u als knelpunt dat:</i>	Aantal respondenten per score					Somscore*	Rijttotaal (%)**	Rang***
	1 <i>Minst belangrijk</i>	2	3	4	5 <i>Meest belangrijk</i>			
1. de Lastmeter te weinig aandacht heeft voor zingevingsvragen?	41	23	28	15	53	496	8%	7
2. de Lastmeter zich teveel richt op klachten die optreden tijdens de behandeling en in de controlefase, maar niet op klachten en problemen van survivors?	31	34	36	43	50	629	10%	3
3. de Lastmeter zich teveel richt op klachten die optreden tijdens de behandeling en in de controlefase, maar niet op klachten en problemen van mensen in de laatste levensfase?	33	34	43	53	21	547	9%	5
4. het onduidelijk is op welke momenten en met welke frequentie Detecteren behoefte zorg moet plaatsvinden bij mensen in de laatste levensfase (terminale fase)?	49	52	50	32	21	536	9%	6
5. dat er alleen in het ziekenhuis aandacht is voor het detecteren van behoefte aan psychosociale/paramedische zorg en niet in de eerste lijn (huisarts, wijkverpleegkundige en POH-GGZ)?	28	33	37	37	46	583	9%	4
6. het onvoldoende duidelijk is hoe ingevulde Lastmeters bewaard dienen te worden?	35	19	19	14	6	216	3%	11
7. het onvoldoende duidelijk is wie gerechtigd zijn ingevulde Lastmeters in te zien?	26	23	17	8	2	165	3%	12
8. de trainings- en scholingsmogelijkheden voor het detecteren van behoefte aan psychosociale/paramedische zorg (inhoud, doelgroep, docenten) onduidelijk of onbekend zijn?	46	46	42	20	11	399	6%	10
9. het detecteren van behoefte aan psychosociale/paramedische zorg niet binnen de visie van uw organisatie/instelling past.	8	9	6	2	1	57	1%	13
10. medisch specialisten en verpleegkundig(en) (specialisten) onvoldoende deskundig zijn om de behoefte aan psychosociale/paramedische zorg te detecteren?	31	46	38	30	22	467	8%	8
11. er te weinig capaciteit is in uw organisatie/instelling (in tijd en mankracht) voor het detecteren van behoefte aan psychosociale/paramedische zorg?	31	29	30	46	56	643	10%	2

Tabel 2: totaal (414 respondenten) <i>Herkent u als knelpunt dat:</i>	Aantal respondenten per score					Somscore*	Rijttotaal (%)**	Rang***
	1 <i>Minst belangrijk</i>	2	3	4	5 <i>Meest belangrijk</i>			
12. er onvoldoende samenwerking is tussen de disciplines (specialisten, verpleegkundigen, paramedici, psychosociale hulpverleners) en medisch specialistische afdelingen (chirurgie, medische oncologie, radiotherapie etc.) bij het detecteren van de behoefte aan psychosociale/paramedische zorg (eenduidig beleid, duidelijke overdracht)?	28	42	40	79	102	1058	17%	1
13. het ontbreekt aan de mogelijkheid voor het consulteren van gespecialiseerde psychosociale/(para)medische hulpverleners voor het detecteren van behoefte aan psychosociale/paramedische zorg?	23	22	32	34	23	414	7%	9

*voor iedere score (1 t/m 5) wordt de frequentie vermenigvuldigd met de waarde van de score. Vervolgens worden deze 5 producten bij elkaar opgeteld. Hoe hoger de somscore, hoe meer respondenten een hoge score hebben gegeven aan het knelpunt.

** Het % wordt berekend door de somscore te delen door alle somscores bij elkaar. Alle somscores bij elkaar is gelijk aan het aantal respondenten maal 15. Het % geeft weer welk deel van het totaal aantal toe te kennen punten is toebedeeld aan het knelpunt.

***Hoe groter het aandeel van het knelpunt hoe hoger in rang, (waarbij 1 is hoog en 13 is laag).

Tabel 3: psychosociaal (106 respondenten) <i>Herkent u als knelpunt dat:</i>	Aantal respondenten per score					Rijdtotaal (%)	Rang
	1 <i>Minst belangrijk</i>	2	3	4	5 <i>Meest belangrijk</i>		
1. de Lastmeter te weinig aandacht heeft voor zingevingsvragen?	6	5	5	3	25	11%	2
2. de Lastmeter zich teveel richt op klachten die optreden tijdens de behandeling en in de controlefase, maar niet op klachten en problemen van survivors?	14	6	9	7	8	8%	9
3. de Lastmeter zich teveel richt op klachten die optreden tijdens de behandeling en in de controlefase, maar niet op klachten en problemen van mensen in de laatste levensfase?	7	7	9	14	5	8%	7
4. het onduidelijk is op welke momenten en met welke frequentie Detecteren behoefte zorg moet plaatsvinden bij mensen in de laatste levensfase (terminale fase)?	18	15	13	8	4	9%	6
5. dat er alleen in het ziekenhuis aandacht is voor het detecteren van behoefte aan psychosociale/paramedische zorg en niet in de eerste lijn (huisarts, wijkverpleegkundige en POH-GGZ)?	7	9	10	10	10	9%	5
6. het onvoldoende duidelijk is hoe ingevulde Lastmeters bewaard dienen te worden?	7	1	4	6	3	4%	11
7. het onvoldoende duidelijk is wie gerechtigd zijn ingevulde Lastmeters in te zien?	5	6	1	0	0	1%	12
8. de trainings- en scholingsmogelijkheden voor het detecteren van behoefte aan psychosociale/paramedische zorg (inhoud, doelgroep, docenten) onduidelijk of onbekend zijn?	16	10	10	7	2	7%	10
9. het detecteren van behoefte aan psychosociale/paramedische zorg niet binnen de visie van uw organisatie/instelling past.	2	2	1	1	1	1%	13
10. medisch specialisten en verpleegkundig(en) (specialisten) onvoldoende deskundig zijn om de behoefte aan psychosociale/paramedische zorg te detecteren?	4	19	11	9	7	9%	4
11. er te weinig capaciteit is in uw organisatie/instelling (in tijd en mankracht) voor het detecteren van behoefte aan psychosociale/paramedische zorg?	8	6	11	10	14	10%	3
12. er onvoldoende samenwerking is tussen de disciplines (specialisten, verpleegkundigen, paramedici, psychosociale hulpverleners) en medisch specialistische afdelingen (chirurgie, medische oncologie, radiotherapie etc.) bij het detecteren van de behoefte aan psychosociale/paramedische zorg (eenduidig beleid, duidelijke overdracht)?	6	13	14	19	20	16%	1
13. het ontbreekt aan de mogelijkheid voor het consulteren van gespecialiseerde psychosociale/(para)medische hulpverleners voor het detecteren van behoefte aan psychosociale/paramedische zorg?	5	6	7	11	9	8%	8

Tabel 4: paramedisch (28 respondenten) <i>Herkent u als knelpunt dat:</i>	Aantal respondenten per score					Rijdtotaal (%)	Rang
	1 <i>Minst belangrijk</i>	2	3	4	5 <i>Meest belangrijk</i>		
1. de Lastmeter te weinig aandacht heeft voor zingevingsvragen?	0	2	3	0	2	5%	10
2. de Lastmeter zich teveel richt op klachten die optreden tijdens de behandeling en in de controlefase, maar niet op klachten en problemen van survivors?	2	1	4	2	3	9%	4
3. de Lastmeter zich teveel richt op klachten die optreden tijdens de behandeling en in de controlefase, maar niet op klachten en problemen van mensen in de laatste levensfase?	2	3	3	3	0	7%	7
4. het onduidelijk is op welke momenten en met welke frequentie Detecteren behoefte zorg moet plaatsvinden bij mensen in de laatste levensfase (terminale fase)?	4	6	5	1	0	8%	6
5. dat er alleen in het ziekenhuis aandacht is voor het detecteren van behoefte aan psychosociale/paramedische zorg en niet in de eerste lijn (huisarts, wijkverpleegkundige en POH-GGZ)?	2	1	0	2	7	11%	2
6. het onvoldoende duidelijk is hoe ingevulde Lastmeters bewaard dienen te worden?	2	2	4	0	1	5%	10
7. het onvoldoende duidelijk is wie gerechtigd zijn ingevulde Lastmeters in te zien?	1	1	0	2	1	4%	12
8. de trainings- en scholingsmogelijkheden voor het detecteren van behoefte aan psychosociale/paramedische zorg (inhoud, doelgroep, docenten) onduidelijk of onbekend zijn?	5	3	1	2	1	6%	8
9. het detecteren van behoefte aan psychosociale/paramedische zorg niet binnen de visie van uw organisatie/instelling past.	1	2	0	0	0	1%	13
10. medisch specialisten en verpleegkundig(en) (specialisten) onvoldoende deskundig zijn om de behoefte aan psychosociale/paramedische zorg te detecteren?	1	3	2	3	0	6%	9
11. er te weinig capaciteit is in uw organisatie/instelling (in tijd en mankracht) voor het detecteren van behoefte aan psychosociale/paramedische zorg?	2	2	1	3	4	10%	3
12. er onvoldoende samenwerking is tussen de disciplines (specialisten, verpleegkundigen, paramedici, psychosociale hulpverleners) en medisch specialistische afdelingen (chirurgie, medische oncologie, radiotherapie etc.) bij het detecteren van de behoefte aan psychosociale/paramedische zorg (eenduidig beleid, duidelijke overdracht)?	2	2	2	8	6	18%	1

Tabel 4: paramedisch (28 respondenten) <i>Herkent u als knelpunt dat:</i>	Aantal respondenten per score					Rijntotaal (%)	Rang
	1 <i>Minst belangrijk</i>	2	3	4	5 <i>Meest belangrijk</i>		
13. het ontbreekt aan de mogelijkheid voor het consulteren van gespecialiseerde psychosociale/(para)medische hulpverleners voor het detecteren van behoefte aan psychosociale/paramedische zorg?	4	0	3	2	3	9%	5

Tabel 5: medisch-somatisch (82 respondenten) <i>Herkent u als knelpunt dat:</i>	Aantal respondenten per score					Rijdtotaal (%)	Rang
	1 <i>Minst belangrijk</i>	2	3	4	5 <i>Meest belangrijk</i>		
1. de Lastmeter te weinig aandacht heeft voor zingevingsvragen?	0	4	6	4	5	5%	10
2. de Lastmeter zich teveel richt op klachten die optreden tijdens de behandeling en in de controlefase, maar niet op klachten en problemen van survivors?	2	6	7	6	13	10%	4
3. de Lastmeter zich teveel richt op klachten die optreden tijdens de behandeling en in de controlefase, maar niet op klachten en problemen van mensen in de laatste levensfase?	8	5	4	9	4	7%	7
4. het onduidelijk is op welke momenten en met welke frequentie Detecteren behoefte zorg moet plaatsvinden bij mensen in de laatste levensfase (terminale fase)?	7	10	6	4	4	7%	9
5. dat er alleen in het ziekenhuis aandacht is voor het detecteren van behoefte aan psychosociale/paramedische zorg en niet in de eerste lijn (huisarts, wijkverpleegkundige en POH-GGZ)?	6	7	15	7	9	11%	2
6. het onvoldoende duidelijk is hoe ingevulde Lastmeters bewaard dienen te worden?	9	5	3	4	2	4%	11
7. het onvoldoende duidelijk is wie gerechtigd zijn ingevulde Lastmeters in te zien?	8	6	5	3	0	4%	12
8. de trainings- en scholingsmogelijkheden voor het detecteren van behoefte aan psychosociale/paramedische zorg (inhoud, doelgroep, docenten) onduidelijk of onbekend zijn?	10	8	13	2	3	7%	6
9. het detecteren van behoefte aan psychosociale/paramedische zorg niet binnen de visie van uw organisatie/instelling past.	2	1	1	1	0	1%	13
10. medisch specialisten en verpleegkundig(en) (specialisten) onvoldoende deskundig zijn om de behoefte aan psychosociale/paramedische zorg te detecteren?	9	8	6	3	6	7%	8
11. er te weinig capaciteit is in uw organisatie/instelling (in tijd en mankracht) voor het detecteren van behoefte aan psychosociale/paramedische zorg?	7	8	5	10	10	10%	3
12. er onvoldoende samenwerking is tussen de disciplines (specialisten, verpleegkundigen, paramedici, psychosociale hulpverleners) en medisch specialistische afdelingen (chirurgie, medische oncologie, radiotherapie etc.) bij het detecteren van de behoefte aan psychosociale/paramedische zorg (eenduidig beleid, duidelijke overdracht)?	10	7	8	15	21	17%	1

Tabel 5: medisch-somatisch (82 respondenten) <i>Herkent u als knelpunt dat:</i>	Aantal respondenten per score					Rijntotaal (%)	Rang
	1 <i>Minst belangrijk</i>	2	3	4	5 <i>Meest belangrijk</i>		
13. het ontbreekt aan de mogelijkheid voor het consulteren van gespecialiseerde psychosociale/(para)medische hulpverleners voor het detecteren van behoefte aan psychosociale/paramedische zorg?	3	7	5	14	4	9%	5

Tabel 6: verpleegkundig (129 respondenten) <i>Herkent u als knelpunt dat:</i>	Aantal respondenten per score					Rijdtotaal (%)	Rang
	1 <i>Minst belangrijk</i>	2	3	4	5 <i>Meest belangrijk</i>		
1. de Lastmeter te weinig aandacht heeft voor zingevingsvragen?	26	7	13	6	9	8%	7
2. de Lastmeter zich teveel richt op klachten die optreden tijdens de behandeling en in de controlefase, maar niet op klachten en problemen van survivors?	9	15	13	16	18	12%	2
3. de Lastmeter zich teveel richt op klachten die optreden tijdens de behandeling en in de controlefase, maar niet op klachten en problemen van mensen in de laatste levensfase?	13	9	19	18	7	10%	4
4. het onduidelijk is op welke momenten en met welke frequentie Detecteren behoefte zorg moet plaatsvinden bij mensen in de laatste levensfase (terminale fase)?	14	14	13	17	9	10%	5
5. dat er alleen in het ziekenhuis aandacht is voor het detecteren van behoefte aan psychosociale/paramedische zorg en niet in de eerste lijn (huisarts, wijkverpleegkundige en POH-GGZ)?	5	13	8	10	12	8%	6
6. het onvoldoende duidelijk is hoe ingevulde Lastmeters bewaard dienen te worden?	10	9	6	3	0	3%	12
7. het onvoldoende duidelijk is wie gerechtigd zijn ingevulde Lastmeters in te zien?	9	8	6	3	1	3%	11
8. de trainings- en scholingsmogelijkheden voor het detecteren van behoefte aan psychosociale/paramedische zorg (inhoud, doelgroep, docenten) onduidelijk of onbekend zijn?	11	13	8	6	4	5%	9
9. het detecteren van behoefte aan psychosociale/paramedische zorg niet binnen de visie van uw organisatie/instelling past.	1	2	2	0	0	1%	13
10. medisch specialisten en verpleegkundig(en) (specialisten) onvoldoende deskundig zijn om de behoefte aan psychosociale/paramedische zorg te detecteren?	8	12	13	10	6	7%	8
11. er te weinig capaciteit is in uw organisatie/instelling (in tijd en mankracht) voor het detecteren van behoefte aan psychosociale/paramedische zorg?	9	9	8	16	17	10%	3
12. er onvoldoende samenwerking is tussen de disciplines (specialisten, verpleegkundigen, paramedici, psychosociale hulpverleners) en medisch specialistische afdelingen (chirurgie, medische oncologie, radiotherapie etc.) bij het detecteren van de behoefte aan psychosociale/paramedische zorg (eenduidig beleid, duidelijke overdracht)?	6	9	10	20	43	18%	1

Tabel 6: verpleegkundig (129 respondenten) <i>Herkent u als knelpunt dat:</i>	Aantal respondenten per score					Rijntotaal (%)	Rang
	1 <i>Minst belangrijk</i>	2	3	4	5 <i>Meest belangrijk</i>		
13. het ontbreekt aan de mogelijkheid voor het consulteren van gespecialiseerde psychosociale/(para)medische hulpverleners voor het detecteren van behoefte aan psychosociale/paramedische zorg?	7	8	11	4	3	4%	10

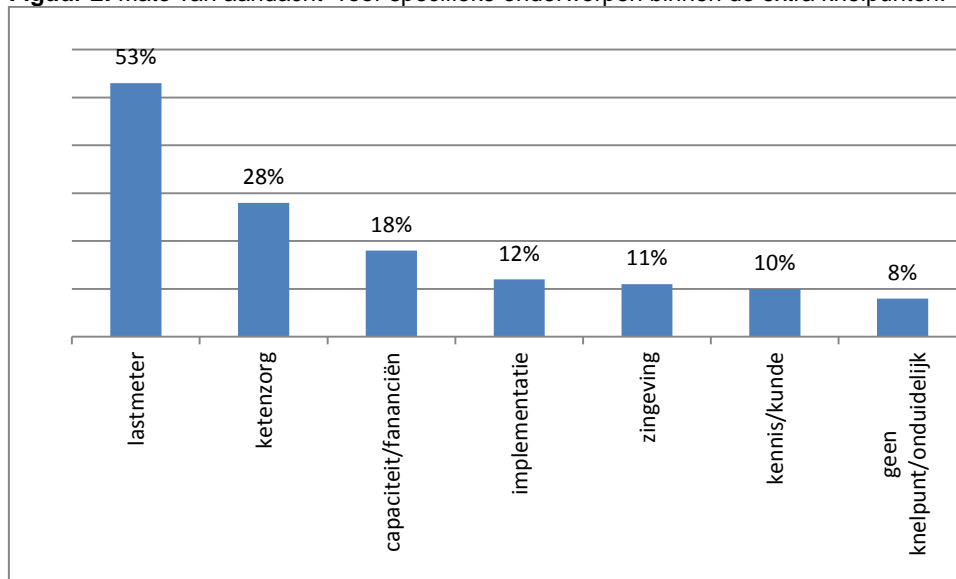
Tabel 7: anders (69 respondenten) <i>Herkent u als knelpunt dat:</i>	Aantal respondenten per score					Rijdtotaal (%)	Rang
	1 <i>Minst belangrijk</i>	2	3	4	5 <i>Meest belangrijk</i>		
1. de Lastmeter te weinig aandacht heeft voor zingevingsvragen?	9	5	1	2	12	9%	6
2. de Lastmeter zich teveel richt op klachten die optreden tijdens de behandeling en in de controlefase, maar niet op klachten en problemen van survivors?	4	6	3	12	8	11%	2
3. de Lastmeter zich teveel richt op klachten die optreden tijdens de behandeling en in de controlefase, maar niet op klachten en problemen van mensen in de laatste levensfase?	3	10	8	9	5	10%	4
4. het onduidelijk is op welke momenten en met welke frequentie Detecteren behoefte zorg moet plaatsvinden bij mensen in de laatste levensfase (terminale fase)?	6	7	13	2	4	8%	7
5. dat er alleen in het ziekenhuis aandacht is voor het detecteren van behoefte aan psychosociale/paramedische zorg en niet in de eerste lijn (huisarts, wijkverpleegkundige en POH-GGZ)?	8	3	4	8	8	9%	5
6. het onvoldoende duidelijk is hoe ingevulde Lastmeters bewaard dienen te worden?	7	2	2	1	0	2%	12
7. het onvoldoende duidelijk is wie gerechtigd zijn ingevulde Lastmeters in te zien?	3	2	5	0	0	2%	11
8. de trainings- en scholingsmogelijkheden voor het detecteren van behoefte aan psychosociale/paramedische zorg (inhoud, doelgroep, docenten) onduidelijk of onbekend zijn?	4	12	10	3	1	7%	8
9. het detecteren van behoefte aan psychosociale/paramedische zorg niet binnen de visie van uw organisatie/instelling past.	2	2	2	0	0	1%	13
10. medisch specialisten en verpleegkundig(en) (specialisten) onvoldoende deskundig zijn om de behoefte aan psychosociale/paramedische zorg te detecteren?	9	4	6	5	3	7%	9
11. er te weinig capaciteit is in uw organisatie/instelling (in tijd en mankracht) voor het detecteren van behoefte aan psychosociale/paramedische zorg?	5	4	5	7	11	11%	3
12. er onvoldoende samenwerking is tussen de disciplines (specialisten, verpleegkundigen, paramedici, psychosociale hulpverleners) en medisch specialistische afdelingen (chirurgie, medische oncologie, radiotherapie etc.) bij het detecteren van de behoefte aan psychosociale/paramedische zorg (eenduidig beleid, duidelijke overdracht)?	4	11	6	17	12	17%	1

Tabel 7: anders (69 respondenten) <i>Herkent u als knelpunt dat:</i>	Aantal respondenten per score					Rijntotaal (%)	Rang
	1 <i>Minst belangrijk</i>	2	3	4	5 <i>Meest belangrijk</i>		
13. het ontbreekt aan de mogelijkheid voor het consulteren van gespecialiseerde psychosociale/(para)medische hulpverleners voor het detecteren van behoefte aan psychosociale/paramedische zorg?	4	1	6	3	4	5%	10

4. Extra knelpunten bij Detectie behoefte psychosociale zorg (van de totale groep respondenten)

Tweehonderdthalf van de 1214 respondenten (17%) hebben gebruik gemaakt van de mogelijkheid om extra knelpunten te vermelden. Per commentaar kunnen meerdere onderwerpen aan bod komen. Ieder commentaar is gelabeld onder een bepaald (aantal) onderwerp(en) (lastmeter, ketenzorg, capaciteit/financiën, implementatie, zingeving, kennis/kunde of geen knelpunt/onduidelijk), zie Figuur 2.

Figuur 2: Mate van aandacht voor specifieke onderwerpen binnen de extra knelpunten.



Z.O.Z.

Tabel 8

Resp.	Cat 1	Cat 2	Cat 3	Commentaar
169	apart vermelden			NB Antwoorden ingevuld omdat dit niet anders kon. Gaarne NIET betrekken in uw statistiek.
134	apart vermelden	lastmeter		<p>Knelpunt 1 met stip is de herkenbaarheid van psychosociale nood.</p> <p>Het herkennen van de echte nood is bij velen a. vrij simpel, b. wat uitdagender, en c. buitengewoon moeilijk en complex. Dat vereist het vermogen tot zowel apathisch als zakelijk adequaat contact. Dit in combinatie met een gedegen geoefende klinische blik. Dat lijkt voor te weinig zorggeevenden weggelegd. Derhalve moeten we constateren dat het herkenbaar maken van psychosociale nood bij een aantal patiënten niet plaats kan vinden. Een goed geoefende basishouding en basisscreening bij laagdrempelig inzetbare psychosocialici lijkt het beste alternatief. Het idee van een basisscreening door de Lastmeter (ik neem aan dat hier de combinatie Lastmeter en probleemlijst wordt bedoeld) roept bij mij schaamte en ergernis op. Welk belang of wiens belang is bij de toepassing van dit instrument gediend?</p> <p>Het is weinig meer dan een goed bedoelde voorgegroepeerde probleeminventarisatie vanuit primair medisch-somatisch perspectief. De lijst lijkt te voorzien in een behoefte aan "het op een rijtje hebben" van allerlei problemen die bij een kankercasus een rol kunnen spelen. Een behoefte die men veelal aantreft bij medisch-somatisch georiënteerde zorgverleners. Een behoefte aan houvast, aan aanknopingspunten voor behandelingsbeleid. Het stellen dat men met deze lijst behoefte aan psychosociale zorg zou kunnen screenen lijkt mij geloven of willen geloven in schijnmeten. Bot gesteld: het is geen zorg, het is schijnzorg.</p> <p>Het op zoek zijn naar aanknopingspunten is een goede zaak. Maar het houdt het grote risico in van het voorbij schieten van wat je zegt te willen: het herkennen van behoefte aan psychosociale zorg.</p> <p>Mijn idee is: ga grondig en zorgvuldig brainstormen wat en waarom je nou eigenlijk beschouwd als de behoefte aan psychosociale zorg (de ECHTE behoefte) van kankerpatiënten in de huidige en Nederlandse situatie. Giet de uitkomst in een basishouding en basisinstrument, zoveel mogelijk gebaseerd op bestaande methoden met goede klinische en statistische eigenschappen en mogelijkheden.</p> <p>Het zal een zeer forse klus zijn.</p> <p>Suggesties voor methoden: 1. DMSM (Tuinstra ea, 2008), 2. Illness Behaviour Questionnaire IBQ (Pilowsky & Spence, 1975, 1983, Birnie, ea 1985), 3. Chronic Illness Problem Inventory CIPI (Kames ea, 1984, Birnie, 1985), 4. Impact of Event Scale/SVL (Brom & Kleber, 1985, Weiss & Marmar, 1997), 5. Utrechtse Coping Lijst UCL (Schreurs & vd Willige, 1988), 6. Life Satisfaction Questionnaire LSQ (Fugl Meyer, Branholm & Fugl Meyer, 1991, Birnie, 2003), 7. Zorg voor Eigen Gezondheid ZEG-35 (Birnie, 1996), 8. Vier Dimensionale Klachten Lijst 4-DKL (Terluin, 1998), 9. Symptom Check List SCL-90 R (Arrindell & Ettema, 1986), 10. Rotterdamse Symptom Check List RSCL (De Haes ea, 1996), 11. BioPsychosociale Inventarisatie Chronische Ziekte BPSI-CZ (Birnie, 2013), 12. DMSM-IBPS-Stress-Health behaviour DISH (Birnie, 2014 iv).</p>
6	capaciteit/ financiën			DE kosten voor psychosociale zorg is niet voor iedereen betaalbaar.
19	capaciteit/ financiën			Ad 11.: Er is niet letterlijk te weinig capaciteit, maar er wordt te weinig prioriteit aan gegeven!
33	capaciteit/ financiën			Door bezuinigingen worden de eventuele in te schakelen psychosociale ondersteuners weg bezuinigd. Dit is een groot probleem. Is het mogelijk dat er iets in de nieuwe richtlijn meegenomen kan worden zodat het een uitkomst indicator wordt, waardoor RvB er niet meer onder uit komen om deze prof. in huis te hebben
41	capaciteit/ financiën			- tijdsdruk - laag opgeleid (sluit overigens holistische blik niet uit!)
53	capaciteit/			te weinig tijd voor detecteren psychosociale zorg in de controle fase.

Resp.	Cat 1	Cat 2	Cat 3	Commentaar
	financiën			het lukt niet om hier een vast moment voor te vinden. Dit is wel zo bij de beginfase vd ziekte.
56	capaciteit/ financiën			Randvoorwaarde is tijd. als je de LM hebt meegegeven, moet je er ook op terugkomen. Dan moet er tijd beschikbaar zijn (en menskracht). Dit is bij sommige oncologische patiëntengroepen niet gerealiseerd in ons ziekenhuis.
65	capaciteit/ financiën			Feit dat de meeste zorg (aanpassingsstoornis, psychische stoornis tgv lichamelijke ziekte) niet meer vergoed wordt door de zorgverzekeraar binnen GB GGZ.
92	capaciteit/ financiën			een belangrijk knelpunt is dat (h)erkenning van psychosociale hulpbehoefte een sluitpost is en er derhalve niet geïnvesteerd wordt in capaciteit
111	capaciteit/ financiën			Door de beperkte financiële kaders bestaat het risico dat kwaliteit van de psychosociale zorg verloren gaat.
153	capaciteit/ financiën			Bij 13 heb ik aagegeven dat het ontbreekt aan verwijsmogelijkheden. Het gaat hier echter met name om de financiering ervan.
158	capaciteit/ financiën			Vergoeding hulp
160	capaciteit/ financiën			Een belangrijk knelpunt vind ik dat de periode van begeleiding langer is geworden, maar de menskracht qua hulpverleners niet toeneemt.
196	capaciteit/ financiën			met betrekking tot knelpunt nr 11: te weinig capaciteit komt niet zozeer door te weinig tijd of mankracht, maar veel meer door gebrek aan geld. In een tijd waarin alleen maar gesneden wordt in zorgkosten zie ik dan ook gebrek aan geld als het belangrijkste knelpunt: zolang de noodzakelijke somatische zorg geleverd wordt, zal de psychosociale zorg daarbij al snel als 'luxe' worden opgevat
189	capaciteit/ financiën	implementatie		Onvoldoende borging binnen de organisatie voor detecteren behoefte psychosociale zorg door gebrek aan financiereng ! financiering oncologische revalidatie is niet goed geregeld
9	capaciteit/ financiën	implementatie	lastmeter	het gebruik van de last meter kan digitaal, maar dit kan nooit een een epd geïntergerd anders dan bij scan documenten. graag een systeem van lastmeter introduceren die met verschillen de EPD kan communiceren; is ip technisch mogelijk.
159	capaciteit/ financiën	implementatie	lastmeter	De logistiek rondom het invullen van de lastmeter is lastig. Het kost veel tijd. Het zou mooi zijn als patiënten het thuis al in kunnen vullen. bijvoorbeeld voor het controle bezoek in het ziekenhuis
185	capaciteit/ financiën	implementatie	lastmeter	het detecteren van behoefte aan zorg is afhankelijk van verpleegkundigen/verpleegkundig specialisten in een zorgpad. Zijn deze er niet, dan wordt dit niet gedaan. Medisch specialisten vinden het in het algemeen belangrijk dat de lastmeter wordt afgenomen/besproken, maar willen dit zelf niet doen. Psychosociale aspecten komen ook niet/nauwelijks aan de orde in MDO's. Is het noodzakelijk om de lastmeter te gebruiken of is het vooral belangrijk dat psychosociale zorg aantoonbaar aandacht krijgt in de zorgpaden? Is rapportage en interventies nav signalering ook voldoende? Sommigen beschouwen de lastmeter nl. als het zoveelste lijstje wat moet worden ingevuld.
191	capaciteit/ financiën	implementatie	lastmeter	**Naar mijn mening wordt de lastmeter vooral in de ziekenhuisorganisatie gezien als check instrument van de verpleegkundige , terwijl de patiënt soms maar weinig/zelden contacten heeft met een verpleegkundige ,zoals tijdens de follow up fase . Artsen zelf vragen zelden naar een lastmeter. **De Lastmeter is in mijn ziekenhuis nog niet digitaal te verwerken in het EPD of EVP ,wat lastig is , want we werken met digitale dossier en losse papieren kun je nergens bewaren en niet alles kan/ wordt ingescand. het blijft nu bij korte notities

Resp.	Cat 1	Cat 2	Cat 3	Commentaar
				<p>**De patiënten vullen ook vaak de lastmeter zelf thuis niet in, zijn er niet mee bezig, als er vragen en problemen zijn horen we dat meestal tussendoor wel en niet nav de lastmeter.</p> <p>* Patiënten klagen soms dat we wel psychosociale hulp aanbieden, maar dat niemand kan regelen dat ze ook huishoudelijke hulp thuis krijgen, voor veel patiënten is dat ook een belangrijke hulpvraag!</p>
84	capaciteit/ financiën	kennis/kunde		<p>Toelichting op Knelpunt 10 is mogelijk niet dat ze niet voldoende deskundig zijn maar dat tijd hierin een grote factor speelt.</p> <p>psychosociale zorg zou een basiszorg moeten zijn, geen specifieke consultatie. De behoefte blijkt dan vanzelf</p>
98	capaciteit/ financiën	kennis/kunde		<p>Hoe vaak af te nemen en wanneer exact?</p> <p>Hoelang doorgaan met detecteren? Duidelijkheid nodig..</p> <p>Scholing mag mi standaard aangeboden worden</p> <p>Nu vaak verpleegkundigen die eea doen en Vs en medisch specialisten onvoldoende, geen tijd...</p>
12	capaciteit/ financiën	kennis/kunde	ketenzorg	<p>de financiering van de medisch psychologische hulp staat ernstig onder druk en dreigt te verdwijnen uit het ziekenhuis. Kan niet meer onder de dbc-GGZ en het ziekenhuis zelf neemt deze financiering/vrijmaken van binnenkomende gelden uit de somatische dbc niet op zich in tijden van marktwerking en bezuinigingen.</p> <p>Het is goed dat meer en meer in de 1e lijn/dichtbij de pt psychosociale zorg wordt gezocht, maar m.i. zou deze niet uit de ziekenhuizen mogen verdwijnen gezien de ervaring en expertise die daar is. Het verrast mij dat dit knelpunt niet uit de globale inventarisatie naar voren is gekomen, of wellicht wordt punt 13 toch daarmee bedoeld?</p>
138	capaciteit/ financiën	kennis/kunde	ketenzorg	<p>positie en mogelijkheden van geestelijk verzorger wordt niet door alle hulpverleners benut</p> <p>veelal speelt persoonlijke ervaring de doorslaggevende factor in al dan niet doorverwijzen.</p> <p>Dit heeft niet zozeer met kennis te maken als wel met persoonlijke weerstanden danwel positieve bevindingen/ eigen levensbeschouwing.</p> <p>psychiatrisch cliënten met kanker zijn dubbel belast, geeft heel specifieke problematiek, mn tijd en aandacht is dan een moeilijke factor. complexiteit speelt bovendien en is niet te standaardiseren.</p>
24	capaciteit/ financiën	kennis/kunde	ketenzorg	<p>Zingeving en spiritualiteit worden nu vanuit "last" benaderd, terwijl deze positieve bronnen kunnen zijn die bijdragen tot herstel. De behoefte aan het opdiepen en verzorgen van die bronnen wordt in de lastmeter niet gesignaleerd. Daarmee verdwijnt dan direct ook de noodzaak om naar geestelijke verzorging door te verwijzen.</p> <p>In toenemende mate zijn zingeving en spiritualiteit individuele zaken geworden. In de huidige Richtlijn en Lastmeter wordt nog te zeer van massieve begrippen van geloof, religie uitgegaan.</p> <p>In de praktijk wordt vaak weinig tijd besteed aan het bespreken van alle items. Daarmee blijft dit als signaleringsinstrument beperkt van kracht.</p> <p>Vanuit mijn betrokkenheid bij Multidisciplinair Overleg Oncologische revalidatie, begeleiding van oncologische patiënten in alle fasen van hun ziekte en vanuit deelname aan Transmuraal Palliatief Team en Netwerk Palliatief Terminale Zorg heb ik een artikel geschreven over de Lastmeter en het gebruik daarvan, meer specifiek inzake de signalering van behoefte aan spirituele zorg. Voor gespecialiseerd</p>

Resp.	Cat 1	Cat 2	Cat 3	Commentaar
				verpleegkundigen verzorg ik bijscholing op dit vlak. Vanuit deze betrokkenheid en expertise zal ik per mail aanvullend op deze Knelpunteninventarisatie reageren. Hans Evers, geestelijk verzorger VieCuri m.c. Venlo
106	capaciteit/ financiën	kennis/kunde	lastmeter	het afnemen van de lastmeter is een prestatie indicator en daarmee een doel op zich. ik denk dat een verpleegkundig specialist of ervaren verpleegkundige geen lastmeter nodig heeft om goed te kunnen screenen, de vaardigheden dienen wel bijgehouden te worden dmv scholing. ik vind het makkelijker in gesprek de behoefte te inventariseren, dan kan ik doorvragen en uitleggen. verwijzing wordt vaak afgehouden door de kosten die er aan verbonden zijn. de lastmeter is veel te globaal.
29	capaciteit/ financiën	ketenzorg		Geen psycholoog werkzaam in het LUMC binnen oncologische zorgverlening 5
50	capaciteit/ financiën	ketenzorg		Door veranderingen in GGZ beleid(aanscherping van verwijzing), wordt het steeds moeilijker om patiënten in een vroeg stadium naar gespecialiseerde psychosociale hulpverleners door te sturen.
59	capaciteit/ financiën	ketenzorg		Naast samenwerking binnen de tweede lijn denk ik dat samenwerking binnen alle lijnen aandacht en verbetering behoeft!! Tijd en capaciteit wordt vaak als excuus gebruikt om er maar niet aan te beginnen, maar mijn ervaring met bv PATZ is dat het inhoudelijk zo gewaardeerd wordt dat men er graag tijd voor maakt en ook dat samenwerking/ afstemming binnen alle hulpverleners tot betere zorg leidt en dat is niet alleen voor de patiënt maar ook voor alle hulpverleners van toegevoegde waarde.
60	capaciteit/ financiën	ketenzorg		De financiering van (gespecialiseerde) psychosociale zorg door GZ-psychologen of klinisch psychologen, werkzaam in het algemeen ziekenhuis, wordt tijdens de behandel- en follow-up fase onvoldoende of zelfs helemaal niet gefinancierd in de DOT's. De psychische problematiek die kan voortvloeien uit de combinatie van een indringende levensgebeurtenis zoals kanker en persoonlijkheidsproblematiek en/of reeds aanwezige as I problematiek wordt onderschat. De korte lijnen tussen medisch specialisten, verpleegkundigen en andere gespecialiseerde hulpverleners pleiten echter voor een integrale bekostiging van de (psychosociale) zorg aan de kankerpatiënt die in behandeling is van een algemeen ziekenhuis.
140	capaciteit/ financiën	ketenzorg		Toevoeging nr 13; er zijn te weinig psychologen die bij patiënten thuis kunnen komen.
151	capaciteit/ financiën	ketenzorg		er is onvoldoende samenwerking tussen de specialisten en de huisarts. Vaak is de patiënt een tijd uit beeld en als hij/zij terug verwezen als de terminale fase bereikt is deze overgang niet goed voorbereid vanuit het ziekenhuis. In dit geval kan er geen adequate terminale zorg gegeven/geregeld worden.
177	capaciteit/ financiën	ketenzorg		ander punt: Problemen met vergoeding in de eerste lijn toelichting 5/12: mis overdracht-samenwerking tweede en eerste lijn
206	capaciteit/ financiën	ketenzorg		Nummer 13: Psychosociale zorg voor patiënten met medisch problemen is niet meer vergoed door de zorgverzekeraars buiten de medische zorg (bijvoorbeeld in de tweede lijn).
83	capaciteit/ financiën	ketenzorg	apart vermelden	Psychosociale zorg voor kankerpatiënten wordt door veel collega psychologen niet gezien als iets "specialistisch", maw er wordt vaak maar wat gedaan.... Dit komt de kwaliteit van zorg niet ten goede. Kwaliteitskeurmerk verbinden aan deskundigenbestand van NVPO zou een goede zaak zijn!

Resp.	Cat 1	Cat 2	Cat 3	Commentaar
43	capaciteit/ financiën	ketenzorg	implementatie	<p>Groot knelpunt is de vergoeding van de psychosociale zorg aan kankerpatiënten. Heeft detecteren zin, als de patiënt het niet kan betalen?</p> <p>* Bezig met implementatie: stagnatie nu doordat de logistieke/ICT ondersteuning ontbreekt</p> <p>- verder financiën om MDO's te houden ontbreken</p> <p>- doordat doorverwijzing naar eerste lijnspsychologen nauwelijks meer mogelijk zonder een DMSO diagnose geeft dit een beperking in de psycho-sociale zorg. Lijkt bijna tegenstrijdig t.o.v. de richtlijn. 1</p>
55	capaciteit/ financiën	ketenzorg	lastmeter	<p>Follow-up fase: Tijdens behandeling lukt het om de lastmeter goed uit te vragen op de afgesproken tijden; tijdens follow-up fase ontbreekt het aan verpleegkundigen en financiering om dit goed te implementeren.</p> <p>DBC: Consulteren van psycholoog moet nu binnen eigen DBC passen, dit is financieel niet haalbaar. Kan er een aparte DBC komen (dus financiering) voor psychosociale zorg</p>
210	capaciteit/ financiën	ketenzorg	lastmeter	<p>kosten aspect voor patiënt inzet bv psycholoog/sexuoloog/fysiotherapie</p> <p>afstemming 1e en 2e lijn bij afnemen lastmeter</p>
5	capaciteit/ financiën	lastmeter		<p>de lastmeter is een hulpmiddel en geen doel op zich, wordt nu vaak als doel gebruikt, ieder verpleegkundig of verpleegkundig speciaist vraagt aan patiënt waar de behoefte ligt, waarom een lastmeter? de verwerking vraagt veel tijd en energie.</p>
103	capaciteit/ financiën	lastmeter		<p>De organisatie geeft de zorgverlener geen tijd dit goed in kaart te brengen en te handelen naar bevinden, Psychosociale en paramedische zorg is een ondergeschoven kindje. In de oncologische zorgpaden is de lastmeter ingebouwd zoals gewenst, alleen is er geen tijd dit naar behoren te doen!</p> <p>Komt de kwaliteit van zorg niet ten goede.</p>
174	capaciteit/ financiën	lastmeter		<p>Het regelmatig laten invullen van de lastmeter een logistiek probleem is.</p>
183	capaciteit/ financiën	lastmeter		<p>Ik vind de lastmeter niet sensitief genoeg. Dat kan ik zelf altijd nog beter.</p> <p>Als je meerdere lastmeters of ander instrument vaker afneemt zou je in de tijd een grafiek moet kunnen verkrijgen (bij voorkeur digitaal)</p>
187	capaciteit/ financiën	lastmeter		<p>de lastmeter kost erg veel tijd. Er wordt op diverse plekken enthousiast begonnen, maar wegens de benodigde tijdsinvestering verwatert het snel. Er zou een simpel signaleringsinstrument moeten zijn (met meer verantwoordelijkheid van de patiënt?) dat het hulpverleningsteam triggert om hulp aan te bieden. (Een soort pluis-niet pluis instrument)</p>
100	capaciteit/ financiën	zingeving		<p>te weinig ruimte voor MDO</p> <p>patiënten missen bepaalde symptomen, zoals opvliegers</p> <p>vragen over religie worden verkeerd ingevuld, veel patiënten geven aan veel zin in het leven te hebben (item is anders bedoeld)</p> <p>patiënten vinden ja/nee keuze te zwart/wit</p>
51	geen			<p>geen idee</p>

Resp.	Cat 1	Cat 2	Cat 3	Commentaar
	knelpunt/onduidelijk			
63	geen knelpunt/onduidelijk			Ik ervaar geen knelpunten
66	geen knelpunt/onduidelijk			xxx
85	geen knelpunt/onduidelijk			Momenteel geen vraag.
96	geen knelpunt/onduidelijk			Helaas ken ik de LAST meter niet inhoudelijk, dus kan ik hier geen antwoord op geven
99	geen knelpunt/onduidelijk			Indien je geen knelpunt ziet dan is deze vraag dus niet juist in te vullen
114	geen knelpunt/onduidelijk			Heel veel punten zijn op mij niet van toepassing. Ik ervaar veel minder knelpunten.
117	geen knelpunt/onduidelijk			Er ontbreekt een goed meetinstrument voor pre-maligne aandoeningen.
147	geen knelpunt/onduidelijk			Onduidelijke vragenlijst!!!!!!
149	geen knelpunt/onduidelijk			ik vind uw vraagstelling onduidelijk. U vraagt of ik knelpunten herken, maar u doet dat door mij te vragen of ik iets belangrijk vind of niet. Zo kan ik de vragenlijst niet beantwoorden. Eerst uw vragen verbeteren!
150	geen knelpunt/onduidelijk			verwarrende en slecht gestelde vraag uitgebreider uitgelegd in mail aan mw Velthuis.
157	geen knelpunt/onduidelijk			ik heb geen zicht op vraag 5
163	geen knelpunt/onduidelijk			Ik ervaar eigenlijk geen knelpunt, maar die mogelijkheid bestaat niet!!!! Niets invullen gaat niet.....! Derhalve zijn de aangevinkte items alleen bedoeld om door te kunnen naar de volgende vraag.
186	geen knelpunt/onduidelijk			Contact met de arts, verpleegkundige als vraag opnemen!
197	geen			Ik ervaar de overige genoemde knelpunten niet als zodanig in ons ziekenhuis.

Resp.	Cat 1	Cat 2	Cat 3	Commentaar
	knelpunt/onduidelijk			
202	geen knelpunt/onduidelijk			Ik ben hiermee niet bekend en kan deze vragen dan ook niet beantwoorden
204	geen knelpunt/onduidelijk			- Vragen zouden anders gesteld moeten worden. Niet zo een lange lijst zelf verwerk ik de lastmeter meestal in een gesprekje en gebruik ik hem als lijdraad
8	implementatie			Opnemen van creatieve support groepen (Zingen voor je Leven, Spelen voor je Leven, Beelden voor je Leven, Schrijven voor je Leven) binnen richtlijn oncologische revalidatie.
28	implementatie			het is voornamelijk de implementatie en toepassing die voortdurend aandacht behoeft.
48	implementatie			Er wordt geen aandacht gegeven aan het feit dat een patiënt alleen maar behandeld wordt en verder moet hij/zij het maar zelf uitzoeken. De problematieken na de belastende behandelingen worden niet apart doorgenomen met de patiënt. Ik zie ook nergens de begeleiding van de patiënt m.b.t werk staan. Hoe gaat de patiënt en de werkgever om met de ziekte. Wat wordt er gedaan om de patiënt een zinvol bestaan te geven tijdens de behandelperiode?
21	implementatie	lastmeter		1. lastmeter, althans de vragen daarvan niet geschikt voor laaggeletterden; de thermometer is voor hen wel geschikt, wellicht een variant met alleen de thermometer en dan in kleur 2. in de eerstelijns wordt de POH somatiek en GGZ en de praktijkassistente steeds meer ingezet bij de zorg voor oncologiepatiënten en vooral dan in de laatste levensfase; dit staat nog in de kinderschoenen en de taakverdeling (wie doet wat en wanneer) is nog weinig uitgekristalliseerd 3. in hoeverre is de validiteit van de lastmeter onderzocht?
52	implementatie	lastmeter		Het belang van detecteren wordt herkend, maar het structureel inzetten van de Lastmeter heeft onvoldoende draagvlak. Het erkennen van de meerwaarde van het instrument is onvoldoende Er is wel scholingsaanbod, maar te weinig om iedereen getraind te krijgen
73	implementatie	lastmeter		5: Merendeel van 'onze' patiëntenpopulatie vult lastmeter niet in. Wordt meer gebruikt als checklist. 4: Thermometer invullen is lastig/moeilijk. Per dag kan het verschillen/mensen vinden het moeilijk om een cijfer te geven. 1: meetmomenten zouden niet vastgelegd moeten worden, maar meer op behoefte patiënt
142	implementatie	lastmeter		Op dit moment wordt in het ziekenhuis over het algemeen goed met de lastmeter gewerkt. Problemen die wij ervaren zijn op dit moment meer dat een aantal verpleegkundig specialisten dit nog onvoldoende doen. de terugkoppeling is in ons ziekenhuis goed geregeld maar mogelijk nog onvoldoende bekend. De tijdsinvestering (aanmelden MDO) en opslag (en terugvinden) door alle betrokkenen zijn de lastigste punten. De bovengenoemde antwoorden zijn dus allen niet
195	implementatie	lastmeter		Ik meet niet met de lastmeter maar met QoLvragenlijst en HADS. Ik ben tevreden over die instrumenten, zij detecteren niet alleen maar meten ook de ernst. Ik heb er moeite mee dat de richtlijn de lastmeter adviseert: collega's in het land zijn van mening dat voor detecteren van behoefte alleen de lastmeter gebruikt kan en moet worden. Ik detecteer dus wel, maar de medisch specialisten willen meer evidence van de werkzaamheid van deze screening, zo blijven we in een vicieuze cirkel. beter eerst draagvlak te creëren bij de medici en daarna implementeren onder verpleegkundigen

Resp.	Cat 1	Cat 2	Cat 3	Commentaar
31	kennis/kunde			Vraag 10 zou veel meer informatie geven wanneer er onderscheid gemaakt wordt tussen arts en verpleegkundigen. Binnen onze organisatie zijn verpleegkundigen wel actief bij de uitvoering van de richtlijn. Artsen niet. Ook op scholingsgebied geen of onvoldoende aanbod voor artsen.
120	kennis/kunde			Het weieren van zorg door die patiënten waarvan je signaleert dat zij de meeste behoefte hebben aan gespecialiseerde zorg.
181	kennis/kunde			In de thuiszorg (bij verpleegkundigen, mbo en hbo, en verzorgenden is er onvoldoende kennis en kunde om behoefte aan psychosociale/paramedische zorg te onderkennen
72	kennis/kunde	implementatie		Patiënten moeten tijdens de controles bij ons meerdere lijsten invullen, b.v. voor landelijke data base. Daardoor wordt het erg veel voor hen. De vragen komen overeen en worden dan beoordeeld / besproken met pt door de oncologieverpleegkundige ivm evnetuele verwijzingen.
74	kennis/kunde	implementatie		Belangrijkste knelpunt vind ik zelf dat patiënten niet altijd de wens hebben alle vragen te moeten beantwoorden. Ze vinden het vaak lastig en veel vragen. Lastig vind ik zelf ook dat ik merk dat patiënten gewoon veel zelf oplossen en dat ze daarom niet echt zin hebben alles te moeten vragen.
97	kennis/kunde	implementatie		Binnen ons ziekenhuis is de afspraak dat we bij een lastmeterscore >4 ook een HADS laten invullen. Tijdens de behandeling met chemotherapie vaak hoge scores op basis van lichamelijk klachten en niet op basis van emotionele klachten. Het zou mooi zijn als je hier een onderscheid in zou kunnen maken, zodat je mensen niet onnodig belast met een extra lijst om in te vullen.
152	kennis/kunde	implementatie		Na het detecteren is niet altijd de passende psychosociale zorg voor handen.
178	kennis/kunde	implementatie		Ik erwvaar bovenstaande aspecten niet als knelpunt. Wel vind het daaruit voortvloeiende MDO organisatie wel een knelpunt. Hoe maak ik de agenda, wie wel, wie niet. wie beheert die agenda. Wat is de frequentie van MDO. Wie is er bij betrokken
95	kennis/kunde	ketenzorg		doorverwijzen en toeleiding naar verwijzing vraagt ook kennis en vaardigheden. Mijn ervaring is dat "oncologisch" verpleegkundigen onvoldoende doorverwijzen naar maatschappelijk werk.
88	kennis/kunde	ketenzorg	lastmeter	Huisartsen (de goede daar buiten gelaten) te snel detecteren, d.w.z. te snel eigen conclusies trekken (onderdiagnostiek, subjectief) en daarbij onvoldoende op de hoogte zijn van de richtlijn, laat staan deze toepassen. Dit blijkt ondermeer bij onbekendheid met de Lastmeter. Ernst en complexiteit worden onderschat, er wordt te makkelijk doorverwezen naar de POH, welke niet gespecialiseerd is, of naar (bevriende) niet gespecialiseerde psychologen, ook als zijn die in de directe omgeving aanwezig. Daarmee doen huisartsen patiënten tekort. > als belangrijkst: 5
121	kennis/kunde	ketenzorg	zingeving	Vanuit het perspectief van Geestelijke Verzorging zijn de nrs 1,3,4,5, en 10 het meest van belang en zijn de punten waarin Geestelijke Verzorging deskundig is.
141	kennis/kunde	ketenzorg	zingeving	Er is bij (para)medische hulpverleners (nog steeds) een grote verlegenheid om spirituele onderwerpen aan de orde te stellen. In het palliatief consultatieteam waar ik deel van uitmaak wordt deze dimensie van palliatieve zorg (zie definitie WHO) nog veel te weinig ingevuld of te zeer gepseudologiseerd.
122	kennis/kunde	lastmeter		Er vaak in een te vroeg, bij diagnostiseren, gebruik wordt gemaakt van de last meter. Er gebruik van wordt gemaakt, maar niet ziekenhuis breed. Te veel mensen ermee aan de haal gaan, zich deskundig voelen om conclusies te trekken.

Resp.	Cat 1	Cat 2	Cat 3	Commentaar
				In lessen over dit instrument, moet er ook aandacht komen voor het respecteren van de patiënt die de lijst, om haar of hem moverende reden, niet wil invullen. Aandacht voor patiënten waar het niet verstandig bij is om de lijst aan te bieden. DESKUNDIGHEID!!!
128	kennis/kunde	lastmeter		mensen zijn geneigd vragen over te slaan die te confronterend worden gevonden. Dus opletten in begeleidend gesprek fundamenteel. Moet volgens mij aandacht krijgen in scholing en training voor gebruik lastmeter
132	kennis/kunde	lastmeter		Aanvullend op het thema scholing/deskundigheid/faciliteren disciplines binnen instelling, dit gaat binnen onze instelling over het gebruik van de lastmeter en het deskundig zijn op het gebied dit in te zetten als praatpapier en niet als doel op zich. Hier ontbreekt het binnen onze instelling aan scholing, niet zozeer dat het niet bekend is dat er scholing mogelijk is maar de keuze niet te implementeren maar het te droppen zonder scholing hierop in te zetten. Het gaat in mijn optiek over een combinatie van slecht implementeren/niet faciliteren, zonder scholing waardoor deskundigheid ontbreekt de lastmeter goed te gebruiken als middel, dat wil zeggen zorgdragen als instelling dat werknemers de lastmeter (kunnen) afnemen en bespreken!
75	kennis/kunde	zingeving		Een meetinstrument in de vorm van vragenlijst niet altijd geschikt is in de laatste levensfase. Mensen zijn in de laatste levensfase niet altijd bereid zijn of in staat zijn een vragenlijst in te vullen, hebben o.h.a. liever een gesprek. Dat vraagt een open vraagstelling en specifieke vaardigheden t.a.v. het detecteren van psychosociale problemen van zorgverleners. De vragen t.a.v. zingeving zijn
7	ketenzorg			Waarom psycho-sociale ondersteuning binnen de instelling en niet er buiten?
14	ketenzorg			Onvoldoende aandacht van detecteren voor behoefte aan psychosociale zorg van de naaste/mantelzorger!
20	ketenzorg			Het detecteren van de behoefte aan psychosociale zorg wordt niet als apart aandachtspunt gezien in de eerste lijn omdat het onderdeel uit maakt van de integrale benadering van de patiënt en zijn/haar omgeving ter bevordering van de kwaliteit van leven.
25	ketenzorg			In hematolo-oncologie en zeker bij een behandeling als allogene stamceltransplantatie is de behandelduur in pt beleving kort, maar feitelijk meer dan 1 jaar en soms wel 5 jaar. Daarmee is er groot verschil met solide tumoren in meer afgebakende behandelprotocollen. Bij de hematologisch oncologische zorg is het veel moeilijker om met patiënt te bespreken wat behandeling en nazorg is. En moment te bepalen om in te zetten op revalidatietrajecten als herstel en balans. De perceptie tussen pt en zorgverlener loopt hier ook nogal eens uiteen. En het is helemaal niet gek als je een revalidatietraject pas kunt opstarten 2-3 jaar na transplantatie. Kortom hier is nog wel een hoop te doen, te verbeteren, te ontwikkelen, af te stemmen met ervaringsdeskundigen en professionals
35	ketenzorg			ketenzorg: er is slechte overdracht van eerste naar tweede lijn en vice versa wat betreft de psychosociale zorg. Bovendien is er te weinig mogelijkheid om vanuit de tweede lijn te werken in de eerste en omgekeerd wanneer een behoefte aan ps. soc. of spirituele zorg is gedetecteerd en voor de patiënt en het systeem is het niet helpend dat er dan weer door een andere zorgverlener verder gewerkt moet worden.
36	ketenzorg			Uit persoonlijke ervaring afgelopen half jaar: Slechte communicatie tussen 1e en 2e lijn (dossiers zoek, ook in weekend en vakantie is er wel een overdracht, maar iedereen moet opnieuw inlezen, terwijl pijnmedicatie niet werkt!) Veel fouten en weinig verantwoordelijkheid nemen, teveel verschillende verhalen.
47	ketenzorg			wanneer welke hulp ingeschakeld moet worden en door wie als er geconstateerd wordt dat er behoefte is aan psychosociale zorg.
61	ketenzorg			Het valt mij op dat ziekenhuizen (nog steeds) weinig aandacht hebben voor psychosociale zorg. Heel vaak krijg ik van cliënten te horen

Resp.	Cat 1	Cat 2	Cat 3	Commentaar
				'waarom hebben ze me in het ziekenhuis nooit verteld dat jullie instelling er is?'. Er wordt ook vaak alleen op het moment zelf gekeken, terwijl heel veel mensen pas na de medische behandeling aan verwerking toekomen en dan behoefte hebben aan psychosociale ondersteuning: verwerking gebeurtenissen ziekteproces, angst voor recidief, existentiële vragen, problemen met vermoeidheid en reïntegratie etc.
80		ketenzorg		Mijn beantwoording past mogelijk niet binnen het beoogde kader, hoewel het soms wel een last betekent voor betrokkene over zijn / haar eigen zoektocht.. Informatie krijg ik van betrokken hulpvrager zelf..Nooit officieel
87		ketenzorg		Samenvatting van ons contact geef ik aan betrokkene mee die deze informatie ter beschikking kan stellen aan "reguliere" behandelaar. Indien van toepassing is een speciaal oncologisch verpleegkundige wel voor de patiënt(e) toegankelijk(mondeling) voor het (buiten-reguliere?)contact Huisartsen te subjectief detecteren, de richtlijn niet kennen en niet toepassen en daardoor te weinig doorverwijzen naar gespecialiseerde hulp, ook al is die in de buurt. 5
91		ketenzorg		De rol van de huisarts in de eerste lijn bij de continuïteit huisbezoeken is te vrijblijvend, ondanks LESA afspraken. Meer vanaf het verdenken van kanker de wijkverpleegkundige die de huisbezoeken brengt bij het traject betrekken op vraag van de klant. Dit om in het traject "present" te zijn voor de klant en zijn naasten. Rol als casemanager over de kwaliteit van leven en het gezin en het effect van het ziek zijn en zoeken wat nodig is om de balans te hervinden. Investeren aan de voorkant om er later voordeel van te hebben. Dit heeft voor mij de hoogste prioriteit en dit blijkt ook uit een onderzoek wat wij gedaan hebben naar aanleiding van het effect van 5 jaar huisbezoeken.
113		ketenzorg		1. teveel behandeling gerelateerde items (tintelingen. mondslijmvlies) die niet het gevolg zijn van chirurgische ingrepen 2. weinig gevolgen van behandeling (lymfoedeem, overgang, fertiliteitsproblemen) 3. voldoet zelden voorafgaand aan de behandeling, patiënten denken soms dat ze overal last van gaan krijgen. Je benadrukt alleen de problemen, niet waar positiviteit uit voortkomt 4. richtlijn geeft frequentie aan die wetenschappelijk niet onderbouwd is 5. geen mogelijkheid voor aangeven sociale steun
115		ketenzorg		het ontbreekt aan de mogelijkheid voor het consulteren van gespecialiseerde psychosociale/(para)medische hulpverleners voor het detecteren van behoefte aan psychosociale/paramedische zorg in de eerste lijn? Het is bij huisartsen indien basisbehandeling niet voldoende is om distress te behandelen onvoldoende bekend dat een doorverwijzing naar een 1e lijnspsycholoog tot de mogelijkheid behoort. Er zijn maar weinig 1e lijns psychologen die thuis, in geval van terminale bedlegerige patiënten, kunnen behandelen/begeleiden Er is in de eerste lijn door versnipperdheid van de psychosociale/paramedische zorg onvoldoende samenwerking tussen de disciplines De keten/samenhang 1e en 2e lijn psychosociale/paramedische zorg is zeer wenselijk in geval mensen zijn uitbehandeld en naar huis gaan om te sterven.
119		ketenzorg		De vragen zijn té gespecificeerd en de aangeboden hulpverleners te kennelijk oplossingsgericht. De onzekerheid die met het leren leven met kanker en misschien het overlijden aan kanker te maken heeft krijgt - letterlijk en figuurlijk - te weinig ruimte. Als een mens in de war (boos, depressief, chagrijnig of apathisch) raakt, hoeft er niet meteen een psychiater of psycholoog bij, wel zwijge van het feit dat de mens in kwestie er enig idee van heeft wie hem het beste kan bijstaan. De oplossing van pijn of jeuk is niet de oplossing van het echte probleem, maar van een symptoom.

Resp.	Cat 1	Cat 2	Cat 3	Commentaar
124	ketenzorg			Het is onduidelijk/niet helder wat de verwijsmogelijkheden NA detectie psychosociale zorg zijn, zowel intra als extramuraal zijn. Er is behoefte aan duidelijke verwijsmogelijkheden. Er wordt nu wel verwezen maar dit is afhankelijk van persoon. Weinig afstemming tussen de verschillende disciplines
130	ketenzorg			1. er in het ziekenhuis geen consulent / geen behandelmogelijkheid is voor de behandeling van psychosociale problemen
145	ketenzorg			ik mis de rol van de huisarts. de is verrassend groot als je met deze beroepsgroep praat.
167	ketenzorg			dreiging dat psycho-sociale zorg buiten de deuren van het ziekenhuis gezocht moet worden a.g.v. steeds kortere opnameduur en de financiële druk die op ziekenhuizen rust.
170	ketenzorg			Er te weinig wordt gedeeld met de gespecialiseerd verpleegkundige oncologie 1e lijn In de thuissituatie signaleer ik dat andere problemen naar voren komen. In de thuissituatie horen en zie ik ook wat er speelt bij mantelzorg/familie en dat heeft invloed op de client met kanker . Samenwerking op het gebied van psychosociale zorg het is wie het maar oppakt is van belang Deze vragen lijst is gericht op ziekenhuizen ! En niet op de 1e lijn
205	ketenzorg			last meter geeft onvoldoende duidelijkheid en houvast voor het gesprek met de palliatieve patiënt. welke klacht plaagt de patiënt het meest. ook bied de last meter geen mogelijkheid de effecten van ingrijpen te volgen (en zondig aan te passen) en inzicht door bijv de eerste lijn ontbreekt.
1	ketenzorg	implementatie		Binnen ons ziekenhuis is het palliatief team net in de opstartfase. Alle tools zijn bekend, randvoorwaarden zijn in de maak, nu nog de implementatie en borging daarvan en dat vergt tijd. --> 5 punten
190	ketenzorg	implementatie		Het organiseren van een structurele implementatie waarbij de betreffende specialisten tijdens het behandeltraject en het na traject op de hoogte zijn van de uitkomsten van de signaleringslijst
34	ketenzorg	implementatie	lastmeter	De Lastmeter wordt vrijwel altijd in het ziekenhuis afgenomen. Sommige patiënten geven een hoge last aan, maar vinken aan dat ze niet willen praten over hun problemen. De uitkomst verdwijnt dan in het dossier van de patiënt. Echter in de eerste lijn blijken ze wel behoefte te hebben aan gesprekken over hun problemen. Het zou goed zijn als de uitkomsten van de Lastmeter die in het ziekenhuis gedaan zijn, worden doorgegeven aan de huisarts zodat die er mee aan de slag kan gaan als mensen in hun thuissituatie zijn. Er ontstaat dan continuïteit van zorg. En wat wellicht lastig is om in het ziekenhuis te bespreken, kan wel in de thuissituatie plaatsvinden waar patiënten zich veelal thuis voelen.
77	ketenzorg	implementatie	lastmeter	Ik werk als VS geriatrie, wij werken vanuit de comprehensive geriatric assessment. De lastmeter ken ik wel, echter sluit m.i. onvoldoende aan op de geriatrische patiënt met kanker. Zeker als ze b.v. tevens mantelzorger zijn bij een partner met een dementie. Ook kan een diagnose kanker net de bekende druppel zijn bij een kwetsbare oudere met multimorbiditeit. Wat mij in de praktijk opvalt is dat ouderen in het ziekenhuis waar ik werk minder snel opgenomen worden op de p.u. Ofwel ouderen vraag m.i. een specifieke aandacht. Ik mis op dit vlak vaak de samenwerking met het specialisme geriatrie
104	ketenzorg	implementatie	lastmeter	De lastmeter verstoort de normale open communicatie tussen patiënten en behandelaars; het invoeren van de lastmeter is een ondoordachte actie geweest, waardoor er geen draagvlak is gekomen voor dit op zich relevante aspect van de kankerzorg. De zinvolheid van dit meetinstrument had van te voren beter getoetst moeten worden in een aantal oncologische subgroepen, want patiënten met borstkanker, longkanker, hoofd-halskanker of dikke darmkanker etc. zijn niet 'automatisch' over een psychosociale kam te scheren. De implementatie is ook daarom nooit goed van de grond gekomen en de potentiële meerwaarde die een dergelijk meetinstrument heeft is dus nooit duidelijk geworden. Ik juich het toe dat er opnieuw gekeken wordt hiernaar, onder het motto "beter ten halve gekeerd dan ten hele gedwaald" ;-).
109	ketenzorg	implementatie	lastmeter	Onvoldoende duidelijk hoe overdracht van Lastmeter-uitkomsten vorm te geven binnen de keten (bv van ziekenhuis naar ziekenhuis (bij complexe behandelingen), of ziekenhuis naar huisarts, of naar allen (inclusief IPSO) binnen bv een palliatief traject. Landelijke opslag zou fijn zijn. Te raadplegen door zorgverleners die daarvoor toestemming hebben gekregen van de patiënt.

Resp.	Cat 1	Cat 2	Cat 3	Commentaar
				Ook lastig: de toepassing van de lastmeter in andere screeningsinstrumenten voor oa de huisarts (nu hoofdverwijzer naar de GGZ) als bv Mirro. Kan veel meer mee!!! Pakken IPSO nu wel zelf op met Mirro maar is belangrijk probleem, dus gezamenlijk aanpakken.
				Tenslotte: zorg om behoud van Lastmeter binnen de oncologische revalidatie. Lastmeter moet vooral basis blijven: laagdrempelig, eenvoudig door iedereen (met wat training) toepasbaar screeningsinstrument. Beter verspreiden en vooral NIET gaan vervangen.
44	ketenzorg	lastmeter		voordat gestart kan worden met afnemen van een lastmeter, vind ik eigenlijk dat je binnen je ziekenhuis een beleid moet hebben wat betreft de acties die voort kunnen komen uit de antwoorden van de lastmeter : dus welke mensen kunnen we binnen het ziekenhuis inschakelen of welke instanties buiten het ziekenhuis.
58	ketenzorg	lastmeter		Bij gebruik in de eerstelijns als gesp. vpk oncologie wijst meet ik regelmatig hoge score lastmeter. Het betreft bijna altijd de 'normale' problematiek, de algemene gevolgen van ziekte/behandeling op het algemeen dagelijks leven. Er is zelden behoefte aan psycholoog of maatschappelijk werkster. Denk dat goede psychosociale begeleiding door oncologie vpk thuis vaak voldoende is, aangevuld door wijkvpk. Wijkvpk zou aanvullend geschoold moeten worden. Landelijke duidelijke kwaliteitseisen hieromtrent kunnen organisaties misschien steunen om hierin te investeren.
78	ketenzorg	lastmeter		de verschillende verwijsmogelijkheden na het afnemen van de lastmeter zijn niet duidelijk. Rol van het palliatief team in het ziekenhuis daarin. Wanneer bv palliatief team inschakelen? Wanneer psycholoog,
				Wat is de plaats van de lastmeter in een zorgpad palliatieve zorg
136	ketenzorg	lastmeter		1. Dat door de opdeling in verschillende 'thema's' van de lastmeter, discipline overstijgende problematiek maar bij 1 zorgprofessional terecht komt. 2. Dat de lastmeter alleen oog heeft voor waar de patiënt last van heeft en niet waar hij/zij kracht uit put of versterking nodig heeft. 3. Dat de formulering en opdeling in thema's niet altijd effectief is: bv schuldgevoel valt nu onder emotionele problemen en valt dus onder maatschappelijk werk of psychologie, terwijl deze ook religieus/spiritueel van aard kan zijn.
148	ketenzorg	lastmeter		de resultaten van de lastmeter (die i.h.a. door de verpleegkundige in het ziekenhuis wordt afgenomen) niet doorgegeven worden aan de huisarts/wijkverpleegkundige. Zo werken 1e en 2e lijn langs elkaar heen.
155	ketenzorg	lastmeter		Voor mij als klinisch psycholoog is de lastmeter te oppervlakkig. De relatie tussen de lastmeter en mijn eigen inschatting na screening kan zeer uiteenlopen.
172	ketenzorg	lastmeter		Overdracht lastmeter tussen ziekenhuis en thuiszorg (en vise versa) ontbreekt. Als een patiënt in meerdere ziekenhuizen wordt behandeld krijgt de patiënt steeds opnieuw de lastmeter aangeboden. Dus is ook de vraag wie registreert en waar.

Resp.	Cat 1	Cat 2	Cat 3	Commentaar
				Patiënten zien regelmatig het nut van het invullen niet, hebben hier ook nooit van gehoord....Meer bekendheid zou dit kunnen ondervangen en mogelijk een folder? Er staat een goed filbpje op kanker.nl
30	ketenzorg	zingeving		de wens om geestelijke verzorging te ontvangen is meer gevarieerd dan alleen maar problematiek; er wordt bijvoorbeeld ook om ritueel gevraagd, zoals zegen, gebed, H. Communie/H. Avondmaal, Doop, Biecht, Bijbel lezen, Koran reciteren, etc. of specifiek gesprek.
32	ketenzorg	zingeving		richt een aantal vragen op directe levensbeschouwelijke / spirituele vragen gekoppeld aan emoties om zo behoefte aan geestelijke verzorging beter op het spoor te komen, nu hangt die dimensie er veel te mager bij
				(God / geloof komt al veel te veel uit één bepaalde hoek met vandaag de dag al behoorlijk wat "bagage" / (ver/voor)oordelen die niet bepaald in het voordeel werken, oftewel maak het voor de patiënt opener)
76	ketenzorg	zingeving		Afstemming, doorverwijzing, vanuit medisch naar vrijgevestigde Geestelijke Verzorging is financieel niet gedekt en daardoor niet aantrekkelijk voor medische praktijken.
126	ketenzorg	zingeving		De geestelijke verzorging wordt te vaak te laat ingeschakeld in het proces. 5
				Daarnaast worden de existentiële zin Levens vragen zowel door artsen als paramedische niet gevraagd. deze worden vaak omzeild door symtroom bestrijdingsvragen te beantwoorden.
143	ketenzorg	zingeving		de kruisbestuiving tussen verschillende disciplines is onvoldoende ontwikkeld - het blijkt in de praktijk moeilijk een taal te vinden die doeltreffende communicatie mogelijk maakt. Vanuit mijn eigen vak (geestelijke verzorging) bezien: de dominantie van het exact-wetenschappelijk discours - dat zich ook breed heeft gemaakt binnen de medische psychologie - maakt het moeilijk het belang van zinvragen en de dynamiek verzet/overgave goed over het voetlicht te krijgen. Anders gezegd: de eigenaardige verering van het meetbare en het tastbare maakt vaak kortzichtig. Ook in de zorg.
54	ketenzorg	zingeving	apart vermelden	kort gezegd, ik vind de insteek van de lastmeter niet goed, ze gaat uit van problemen, en niet van de kracht en mogelijkheden van de patiënt. ik verwijs graag naar de oratie van Prof. Enny Das (communicatie en gezondheid: de kwetsbare mens), die wijst op de beïnvloeding door een negatieve vraagstelling. De lastmeter moet een krachtmeter worden! De aandacht voor het mentale/spirituele/zingeving is ver onder de maat. Vergeef me dit harde oordeel, dat maakt van patiënten zorgbehoefigen. De insteek van de positieve psychologie kan ons daarbij helpen. Vraag naar wat mensen helpt, wat ze als steunend of inspirerend ervaren. Altijd bereid hierover van gedachten te wisselen. Arie Kooijman, Diaconessenhuis Leiden
193	ketenzorg	zingeving	apart vermelden	De lastmeter kleurt de zingevingsvraag te religieus in. Hiervoor zijn door o.a. Annemieke Kuin en de VGVZ e.a. andere voorstellen gedaan. Kunnen die voorstellen in lastmeter worden opgenomen?
				Onduidelijk is ook wie in gesprek gaat bij gesignaleerde psychosociale problemen. Volgt er verwijzing naar Maatschappelijk werk, psycholoog of geestelijk verzorger
139	ketenzorg	zingeving	implementatie	Het is lastig om met een lastmeter de draagkracht van mensen te meten... ander uitgangspunt, andere uitkomsten waarschijnlijk.
				De relevante vragen rondom geestelijke verzorging komen niet goed aan bod doordat de toegepaste items veel te breed zijn. De beroepsvereniging heeft voorstellen gedaan in 2011 om de kopjes bij geestelijke verzorging aan te passen. Hopelijk gaat dat ook gebeuren.
				Graag dan ook de volgende indeling bij de aanpassing van de lastmeter:
				Kop: levensbeschouwelijke/religieuze vragen
				Items: 1. vragen over leven, sterven en dood

Resp.	Cat 1	Cat 2	Cat 3	Commentaar
				2. verlies van vertrouwen 3. missen van verbondenheid 4. omgaan met verlies 5. maken van goede keuzes
39	ketenzorg	zinggeving	lastmeter	Ik merk dat ik moeite heb met de categorie '.... - problemen'. Is daar niet een neutralere term voor te verzinnen? (Ervaart u moeite met/ op het gebied van.....) Het is een lastmeter, dat is toch iets anders dan een probleemmeter. Suggesties voor de last op zingevingsgebied: De "waarom- vraag" : waarom moet mij dit overkomen? Maar ook: Hoe moet het verder met.....? Hoe kan ik omgaan met.....? Waar haal ik hoop/ inspiratie/ moed/ (geestelijke) kracht/ steun vandaan? Hoe verwerk ik.....? Ik wil mijn omgeving/ naasten niet belasten met.... Daarnaast: behoefte om terug te kijken op het leven (laatste fase), tot afronding te komen. etc.
209	ketenzorg	zinggeving	lastmeter	In ons ziekenhuis wordt veel aandacht besteed aan het gebruiken van de Lastmeter. Wat in de praktijk moeilijk is om de juiste hulpverlener bij de patiënt te zoeken: medisch maatschappelijk werk, geestelijk verzorger, oncologisch psycholoog, psycholoog, psychiater, casemanager, enzovoort. Er is niet een uitkomst van de meter die vervolgens zegt dat patiënt naar die en die zorgverlener verwezen moet worden. Er lijkt vervolgens een soort van landje pik te ontstaan tussen de verschillende "psychische en sociale zorgverleners".
2	lastmeter			De lastmeter lijkt zich meer te richten op jongere mensen. Veel van de benoemde onderwerpen in de lastmeter zijn bij de oudere doelgroep niet van toepassing. De optie n.v.t. kan niet aangegeven worden. Mij is onduidelijk wat dit voor effect heeft op de totaalscore
3	lastmeter			PSZ lijkt heel erg Lastmeter georiënteerd te zijn. Andere methoden / interventies zijn ook voorhanden
4	lastmeter			de lastmeter bevat veel vragen over chemo bijwerkingen zoals misselijkheid , mondslijmvlies e.d. . Veel patiënten die alleen chirurgisch behandeld worden hebben hier niets mee.
10	lastmeter			registratie van de lastmeters ziekenhuisbreed. (VIKC registratie blad is heel uitgebreid) er zou ruimte moeten zijn op de lastmeter om daar je concrete vraagstelling naar de verwijzers op te schrijven.
11	lastmeter			de momenten wanneer lastmeter af te nemen zijn ook bij curatieve behandelingen niet duidelijk, vlak na behandeling hoge score thermometer, veel klachten terwijl patiënt er niets mee wil of we er niets mee kunnen. patiënten worden vragenlijsten moe. veel patiënten vergeten het. verhouding laten invullen LAST meter en de opbrengst, (detecteren last) is niet evenredig voor instelling. mogelijk ook afhankelijk van organisatie van zorg. regievpk wel / niet continu aanwezig. begeleiding tijdens follow up?
13	lastmeter			* Het aangeven van een score op de lastmeter niet altijd de lading dekt van de problemen waarmee patiënten worden geconfronteerd. * Het in de praktijk niet (altijd) mogelijk is om te verdiepen in een aangegeven probleem, waardoor de inhoud van het probleem niet genoeg duidelijk is.
15	lastmeter			Patiënten (neuro-onco) geven aan dat de lastmeter veel te veel gericht is op problemen/ klachten. Lijkt wel of ik een probleem, klacht moet ervaren geven patiënten aan.

Resp.	Cat 1	Cat 2	Cat 3	Commentaar
				Het moment van afnemen is moeilijk. Er staan klachten op die ze ervaren tijdens de kuur (van 5 dagen), maar niet op het moment van invullen. Geeft soms onduidelijkheid.
				De layout. Het is verwarrend dat de aan te kruisen hokjes voor het probleem staan en niet in een kolom daarna. Dat is namelijk meer gebruikelijk.
16	lastmeter			lastmeter is niet bruikbaar bij patiënten met een hersentumor. daar komen zoveel andere problemen in voor (cognitief) dat je eigenlijk daar een aparte lastmeter voor zou moeten maken.
17	lastmeter			bij veel patiënten vindt door de lastmeter als leidraad te gebruiken, ontvreemding tussen hulpverlener en patiënt plaats. de punten van de lastmeter zijn dusdanig gedetailleerd en worden op alle patiënten toegepast, dat patiënten zich er vaak niet in herkennen en er teveel afleiding plaats vindt van hetgeen wat de patiënt zelf vbedacht heeft om te bespreken. Ik zie als knelpunt dat de richtlijn niet in een alternatief van een gesprek met een ervaren en getraind hulpverlener voorziet. waarde 5
18	lastmeter			Lastmeter wordt nog altijd niet gebruikt; gebrek aan motivatie, besef van nut en middelen/menskracht.
22	lastmeter			De lastmeter nog te weinig gestructureerd wordt afgenomen door de VSO
37	lastmeter			Het geadviseerde eerste moment van afname lastmeter komt op een moment dat de patiënt al héél veel andere informatie ontvangt waardoor 'overkill' aan info
38	lastmeter			Pt moet psychosoc vragenlijst als de lastmeter of ander instrument digitaal kunnen aanleveren die aangeleverde lijst/instrument moet bij spreekuur arts dan direct aan bod kunnen komen.
				Dat is wat anders dan nu in knelpunt 6 en 7 verwoord staat.
40	lastmeter			De Lastmeter meet klachten op diverse gebieden. Doordat de vragenlijst de focus eenzijdig op klachten legt, kan dit negatieve gevolgen voor de patiënt hebben. Vanuit de cognitieve gedragstherapie wordt aanmelijk gemaakt dat alles wat aandacht krijgt groeit; dus ook de ervaring van klachten wanneer daarnaar gevraagd. Dit kan overdetectie van klachten geven en daarnaast kan patiënt nog meer last ervaren van zijn/haar klachten.
42	lastmeter			De Lastmeter wordt wel gebruikt op de polikliniek, maar niet bij patiënten die klinsich opgenomen zijn, terwijl het regelmatig voorkomt dat patiënten lang (meer dan een maand) opgenomen zijn. Deze patiënten hebben er wel behoefte aan!
45	lastmeter			het is onduidelijk wie er verantwoordelijk is voor de continuïteit van het invullen van de lastmeter en het volgen van de patiënt.
46	lastmeter			Bij de vorige vraag antwoordde ik niet bekend te zijn met de Lastmeter. Echter, hierboven worden verschillende vragen over dit instrument gesteld... Ik heb deze vragen dan ook met een 3 beantwoord. Ik bedoel dat ik deze vragen dus niet goed heb kunnen beantwoorden.
49	lastmeter			Ik ben verbijsterd over het bijna volledig ontbreken van het thema seksualiteit in de richtlijn.
				Seksualiteit en intimiteit is voor sommige patiënten en/of partners onbelangrijk. Voor anderen echter is het een zeer belangrijk aspect van hun relatie en hun kwaliteit van leven.
				Met soms expliciete gezondheidsvoordelen.
				Het is bekend dat de patiënt dit bijna nooit aankaart.
				Dat zou dus proactief dienen te gebeuren door de professional, zeker als zij of hij zeer direct interenieert in de functie en betekenis van de seksuele machinerie.
57	lastmeter			Als opmerking: ik gebruik zelf nooit de lastmeter.
62	lastmeter			Er is onvoldoende evidentie dat een dergelijke manier van screenen uiteindelijk effectief is in het verminderen van psychosociale distress. 5 punten

Resp.	Cat 1	Cat 2	Cat 3	Commentaar
				Het is onvoldoende duidelijk welke acties (verwijzen, behandelen) nodig zijn bij een positieve screen. 2 punten Screenen is een te 'mechanisch' gebeuren - het is veel belangrijker dat een goed getrainde verpleegkundige dicht bij de patiënt blijft, beschikbaar is, en advies geeft als dat nodig is. 4 punten
64	lastmeter			Ik werk met chemo-patiënten. Zij scoren altijd hoog, want de bijwerkingen worden genoemd in de lastmeter. De lastmeter meet de verkeerde dingen bij cemo-therapie om echt psychosociaal iets te kunnen zeggen. Patiënten worden cijfermoe. Je hebt de Snaq, de pijnmeter en dan ook de lastmeter. Alleen in cijfers in zegt dus niet veel. Veel patiënten vullen de lastmeter niet in, omdat het verwarrend is met de bijwerkingen van de kuur. Nu moeten we ze uitdelen omdat het een prestatieindicator is, maar patiënten zijn vrij om het in te vullen of niet. We krijgen ze dus niet terug.
67	lastmeter			Ik werk niet met de lastmeter, kan geen objectieve uitspraak doen.
69	lastmeter			Lastmeter is een goede gespreksleider, maar dmv lastmeter worden patiënten niet meer doorverwezen als voorheen. Lastmeter is in ons ziekenhuis niet op alle afdelingen geïmplementeerd.
70	lastmeter			- de richtlijn geeft te veel voorkeur voor de lastmeter. in de praktijk zijn patiënten vaak bereid en hebben behoefte aan een gesprek over hoe het gaat en welke hulp ze nodig hebben, maar vullen de lastmeter NIET in. Vraag is dus of de lastmeter wel iets toevoegt. nu te rigide ingezet: "lastmeter moet". - te weinig aandacht voor seksualiteit/fertiliteit - onderwerp van onderzoek: wat werkt beter voor detectie ps hulpbehoefte: gesprek met betrokkenen, ervaren hulpverlener (bv oncologieverpleegkundige) of invullen lastmeter
79	lastmeter			lastmeter gebruiken als doorverwijsinstrument, niet als 'check' voor het voeren van een individueel gesprek
81	lastmeter			Als diëtist vind ik het moeilijk aan te geven wat de belangrijkste knelpunten zijn. Wij worden vrijwel altijd in consult gevraagd op basis van de SNAQ-score en niet op basis van de lastmeter.
82	lastmeter			het is onvoldoende geborgd hoe de overgang is van de klinische setting, bijv. tijdens chemotherapie en de periode na de behandeling. Er is veel zorg rondom de klinische patiënt geregeld, maar de continuïteit hiervan zou beter geborgd kunnen worden. Ingevulde lastmeters zouden meer zichtbaar moeten zijn, ook tijdens bijv. spoedopname in de kliniek, of tijdens de periode van chemotherapie, de ingevulde lastmeter zou meer een rode draad kunnen vormen vanaf de polikliniek, kliniek, en door elke fase heen.
86	lastmeter			Het grootste knelpunt wat onze praktijk betreft: 5.frequentie van afname te vaak. 4.Lastmeter richt zich te uitgebreid op lichamelijke klachten rondom chemotherapie , wat bij onze pat populatie minder van toepassing is.
89	lastmeter			Toelichting op stelling 10: N.m.i. zijn verplk. (specialisten in dit zkhs zijn niet betrokken bij het gebruik vd Lastmeter) onvoldoende toegerust om met patiënt in gesprek te gaan over de ingevulde Lastmeter. Tijdsdruk en privacy kunnen wellicht ook een rol spelen. Wanneer mensen een hoge Lastscore hebben (+5) en willen geen hulp dan kan het een hele kunst zijn boven tafel te krijgen wat er speelt. Ook bijv. als patiënt een lage Lastscore aangeeft en verplk. signaleert duidelijk wat anders in het contact.
90	lastmeter			De Lastmeter voldoet in zijn geheel ruim onvoldoende om op een gedegen manier behoefte aan psychosociale zorg te detecteren.
93	lastmeter			Het afnemen van de Lastmeter gebeurt door de diverse verpleegkundig specialisten: het is daarbij onduidelijk voor wie dat wel/geenprioriteit heeft, gedragen wordt, door het management op aangestuurd wordt, etc. Met andere woorden het lijkt dat het afnemen willekeurig gebeurt, c.q. afhankelijk is van de verpleegkundig specialist.

Resp.	Cat 1	Cat 2	Cat 3	Commentaar
94	lastmeter			Na het invullen van de lastmeter ontstaat regelmatig een leegte om tot verdere actie te komen. De lastmeter heeft ook een functie om aanknopingspunten voor een gesprek te verkrijgen.
101	lastmeter			Vlak na diagnose, voor start behandeling, veel angst en onzekerheid en veel informatie te verwerken. Lastmeter wordt in deze fase als niet praktisch ervaren.
102	lastmeter			Onze patiëntencategorie bestaat uit patiënten met soms een chronisch karakter van gemetastaseerde ziekte met 2 controles per jaar en soms nog volledige deelname aan de maatschappij. Hierbij is het vaak ook onduidelijk hoe vaak de lastmeter in te zetten. Je wilt detecteren zonder mensen onnodig te belasten.
105	lastmeter			Veel patiënten vinden de lastmeter niet prettig, onpersoonlijk en niet bij hun passend
107	lastmeter			het maakt op mij de indruk alsof de lastmeter het enige gevalideerde en gewaardeerde instrument zou kunnen zijn om psychosociale problematiek bij oncologie te bevragen of te objectiveren. De implementatiewijze heeft invloed gehad op de wijze waarop er mee gewerkt wordt. Onze eigen instrumenten QOL vragenlijsten specifiek op ziektebeelden kunnen ook belangrijke informatie geven. Ik heb moeite met de stellingen bovenstaand, deze zijn suggestief over wat de onderzoeker denk dat het knelpunt is
108	lastmeter			ik ben wel bekend met het bestaan van de lastmeter, maar werk er persoonlijk niet mee in mijn specialisme dus ik vind het moeilijk hier een oordeel over te geven.
110	lastmeter			lastmeter lijkt niet echt een sensitief en specifiek meetinstrument voor alle oncologische patiëntengroepen
112	lastmeter			dat een grote groep patiënten helemaal niet de lastmeter wil raadplegen omdat zij geen klachten ervaart!!!!
116	lastmeter			De lastmeter gaat voorbij aan de mogelijkheid ook aanbodgerichte zorg te verlenen. De lastmeter verengt het spirituele domein teveel tot religieus.
118	lastmeter			Lastmeter heeft veel lichamelijke klachten die niet gerelateerd zijn aan het ziektebeeld/behandeling van mijn patiëntencategorie
125	lastmeter			In de praktijk blijken verpleegkundigen de lastmeter aan de patiënt aan te bieden om deze in het volgende gesprek ingevuld te bespreken. Echter de patiënt heeft deze dan in de regel niet bij zich. Ter plaatse invullen wordt als te tijdrovend gezien; de lastmeter wordt vervolgens dus niet gebruikt en de verpleegkundigen raken gedemotiveerd om deze opnieuw uit te reiken. Een ander probleem is dat patiënten in het kader van wetenschappelijke onderzoek vaak al diverse vragenlijsten door de verpleegkundige voorgelegd krijgen en de lastmeter dan maar achterwege gelaten wordt. Ik ervaar deze implementatieproblemen als een groter probleem dan de precieze items. Een ingevulde lastmeter is een uitgangspunt voor een gesprek met de verpleegkundige als het goed gaat; de diversiteit van de onderwerpen in de lastmeter zorgt ervoor dat ook onderwerpen zichtbaar worden die anders minder bespreekbaar zouden zijn, zoals seksualiteit.
127	lastmeter			De psychometrische gegevens van de Lastmeter zijn onvoldoende, dwz het instrument is niet specifiek en sensitief, aangezien op basis van een vraag een indicatie wordt gesteld voor verwijzing. Mi allergrootste knelpunt! In de regio Limburg wordt derhalve gewerkt met de SIPP, inmiddels gevalideerd middels een promotie onderzoek.
129	lastmeter			Lastmeter is te algemeen - bij kleinschaligere organisaties en meer ondersteuning word het soms als teveel ervaren/overbodig omdat het al is signaleerd
131	lastmeter			Belangrijk knelpunt dat terwijl ik veel werk met oncologie patiënten dermate onbekend ben met de lastmeter dat ik deze vragen niet goed kan

Resp.	Cat 1	Cat 2	Cat 3	Commentaar
				beantwoorden.
135	lastmeter			<p>Onduidelijk op welke momenten en met welke frequentie de Lastmeter bij diverse tumortypes moet plaatsvinden, patiënten worden 'Lastmetermoe' als de inventarisatie te vaak plaats vindt.</p> <p>Er zijn meerdere versies van de Lastmeter in omloop. De vraag over behoefte aan hulp is slecht geformuleerd</p> <p>Lastmeter is een middel om met de patiënt in gesprek te komen over psychosociale issues, niet een doel op zich, in de werkwijze lijkt het afkappunt belangrijker dan de geïdentificeerde problemen of de behoefte aan hulp. Aandacht voor psychosociale problematiek in het gesprek met hulpverleners zou centraal moeten staan in de richtlijn, niet het instrument Lastmeter.</p> <p>Totaal onduidelijk wie de continuïteit bewaakt in het traject van psychosociale zorg, vooral als de patiënt niet meer vaak in het ziekenhuis komt.</p>
144	lastmeter			er ontstaat lastmeter moeheid bij zowel patiënten als hulpverleners
146	lastmeter			Onbekendheid van Lastmeter binnen de Thuiszorg, 4 punten
154	lastmeter			Lastmeter is mooi instrument, omdat je niets kan vergeten, maar soms vind ik het bij de patiënt overkomen als: een lijstje in plaats van een gesprek, door drukte om om reden dat er geen privacy te creëren valt op een dagbehandeling.
156	lastmeter			Aanvullende signalering voor specificeren problemen als optie aangeven. Veelal zal dit een discipline specifiek model/ meting zijn. Lastmeter gebruiken als eerste filter of uitbreiden zou zinvol zijn.
161	lastmeter			<p>Het belangrijkste knelpunt mist eigenlijk. Het laten invullen van de lastmeter is inmiddels redelijk geïntegreerd in de zorg binnen ons ziekenhuis. Echter het lijkt er steeds meer op dat er niets of heel weinig gedaan wordt met de resultaten van de lastmeter. Hij wordt onvoldoende besproken met de patiënt en naasten en er is onvoldoende duidelijk bij zorgverleners welke acties hierop moeten volgen. Als kwaliteitscriteria wordt er gescoord of de Lastmeter wordt ingevuld, maar niet of er daadwerkelijk iets mee wordt gedaan.</p> <p>Daarnaast geldt voor patiënten in de palliatieve fase (is breder dan de terminale fase) dat er veel items ontbreken. Verder zouden ook items waar een patiënt nog niet echt 'last' van heeft maar mogelijk wel zorgen heeft of dit zal ontstaan moeten gesignaleerd en besproken worden met patiënt en naasten.</p>
162	lastmeter			In de follow up fase zijn patiënten het vaak zat om 'weer' een lastmeter in te vullen. Vooral bij de patiënten die weinig tot geen klachten ervaren.
164	lastmeter			de thermometer zou beter andersom kunnen zijn, dus een 10 voor als het heel goed gaat en een 0 voor als het uiterst slecht gaat. Overigens zou dan ook de naam "LASTmeter" moeten veranderen.
165	lastmeter			<p>Belangrijkste knelpunten :</p> <p>4: de lastmeter is niet goed geïntroduceerd , het is daarom niet duidelijk wie verantwoordelijk is voor de afname en het gesprek dat erbij hoort. Artsen zijn te druk, verpleegkundigen willen wel (althans, er is een groep die zeker bereid is dit te doen) maar een structuur voor de verdere uitwerking / hoe het gesprek te voren ontbreekt</p> <p>5: [grootste knelpunt] Men weet niet goed wat het zorgpad is bij een geïdentificeerde klacht: bijvoorbeeld: wat moet een arts doen als iemand 1x aangeeft erg vermoeid te zijn? (ook al is er wel voldoende mogelijkheid tot het consulteren van hulpverleners)</p>
166	lastmeter			Wij zijn op dit moment in ons ziekenhuis-breed aan het bekijken hoe de lastmeter (en onco.richtlijn) nog beter te implementeren en zn de "vragen aan te passen"
168	lastmeter			<p>Bij het uitreiken van de lastmeter ontvangen wij de lastmeter bijna nooit retour. In de praktijk blijkt het voor patiënten heel laag op het prioriteiten-lijstje te staan (3 punten)</p> <p>Tijdens chemo (en/of andere behandelingen) heeft het in kaart brengen van last via de lastmeter geen meerwaarde. Verwijzingen naar het psychosociaal team worden veelvuldig gedaan, maar dan op basis van gewone anamnese en goede relatie met patiënt (5 punten)</p>

Resp.	Cat 1	Cat 2	Cat 3	Commentaar
				De meetmomenten (o.m. bij verandering van beleid/situatie): dit zijn kwetsbare momenten waarbij de patiënt wel behoefte heeft aan een kop koffie en een goed luisterend oor, maar beslist niet op een lastmeter zit te wachten. Het komt dan heel kunstmatig over en het staat een goed gesprek juist in de weg (4 punten)
				Algemeen: ik vind de lastmeter geschikt om te gebruiken in de fase van de follow up. Niet in de fase van behandeling en niet in de fase van palliatieve/terminale zorg
171	lastmeter			Wij gebruiken de lastmeter structureel als vroegsignaleringsinstrument. De thermometer zelf biedt daarin minder meerwaarde in onze palliatieve doelgroep. Het gesprek waaruit de hulpvraag en prioriteit van de patiënt wordt gedestilleerd vormt de kracht. Hierin wijken wij af van de richtlijn.
173	lastmeter			de huidige lastmeter is momenteel nog onvoldoende ingericht voor de palliatieve/terminale pte. groep, mn de vragen op spiritueelgebied /gebied en van soc .omgeving zal dan uitgebreid moeten worden
175	lastmeter			Ik ken de lastmeter niet en kan deze vragen dan ook niet beantwoorden
176	lastmeter			probleem dat iedereen in de zorg de lastmeter anders interpreteert, en als een patiënt vaak n de beginfase van de ziekte op de thermometer hoog scoort dan toch geen hulp wil.
179	lastmeter			de lastmeter heeft m.i. geen meerwaarde
180	lastmeter			persoonlijk vind ik dat de rol van de verpleegkundige onderschat wordt en de rol van de Lastmeter overschat. Een belangrijk deel van de reguliere dagelijkse zorg van de verpleegkundig is het detecteren van behoefte aan psychosociale zorg EN het verlenen hiervan. Dat gebeurt niet door de Lastmeter, maar gewoon tussen de andere dingen door. We zouden dit wel beter kunnen vastleggen en vervolgen zodat het ook inzichtelijk is. Het zou heel mooi zijn als hier in de nieuwe richtlijn ook aandacht voor is.
182	lastmeter			De begrippen detecteren, screenen en vroegsignaleren lopen door elkaar. Onze visie is dat er een hiërarchie van meten zou moeten zijn: 1. vroeg signaleren = een globale verkenning => bijv. met lastmeter 2. monitoren = vervolgen en registreren van items die uit de vroegsignalering zijn gekomen om te bekijken of er noodzaak is voor het verder verdiepen van de aard en intensiteit van het probleem/de last => bijv. met Utrecht Symptoom Dagboek (variant op Edmonton Symptom Assessment Schedule) 3. screenen = verder exploreren van een specifiek probleem om te bepalen of er sprake is van een stoornis => in geval van angst bijvoorbeeld de HADS 4. diagnosticeren = bekrachtigen van een veronderstelde stoornis met bijv. DSM
184	lastmeter			(1) Er is onvoldoende bewijs dat het detecteren van de behoefte aan psychosociale zorg daadwerkelijk de ervaren kwaliteit van de zorg verbetert, of de psychosociale begeleiding verbetert, of op enige wijze de kwaliteit van leven verbetert. We stRen ons suf of procesindicatoren (hoeveel % vd patiënten vult de lastmeter in) maar missen de link met de echte uitkomst: de kwaliteit van het leven. (2) door het gebruik vd lastmeter is er minder aandacht voor het gesprek: "we lopen even de lastmeter langs: ik zie dat t meevalt allemaal. Mooi, nog vragen?"
188	lastmeter			De lastmeter is niet gevalideerd voor patiënten met specifieke klachten bij een zeldzame oncologische aandoening, NET.
192	lastmeter			ik ben niet bekend met de lastmeter, dus zou hier geen antwoord op kunnen geven
194	lastmeter			de lastmeter is geen goed instrument, er kan niet met 1 cijfer je algemene gevoel benoemd worden! daarom hebben wij ook de lastmeter

Resp.	Cat 1	Cat 2	Cat 3	Commentaar
				aangepast
198	lastmeter			<p>Mijn ervaring is (sinds enkele jaren invoering lastmeter en dagelijkse praktijk) dat nog een 5% van de uitgereikte lastmeters ingevuld wordt.</p> <p>De gesprekken en goed luisteren naar de patiënt en naasten levert veel meer informatie /detectie op.</p> <p>OOg en oor voor de patiënt. Er moet voor worden gewaakt dat IKNL en hulpverleners niet voor de patiënt bepalen dat een lastmeter altijd moet worden ingezet en bepalen wat de behoeftes van de patiënt zijn..</p> <p>Persoonlijk vind ik het instrument geen enkele toegevoegde waarde, door te luisteren worden de patiënten naar de juiste hulpverlener doorverwezen.</p> <p>Het instrument kan wel mogelijk in de follow-up een hulpmiddel zijn.</p>
199	lastmeter			Is de lastmeter prospectief gevalideerd? Heeft het echt meerwaarde boven de anamnese/signalering door specialist?
200	lastmeter			<p>Ik ken de lastmeter onvoldoende om hier op in te gaan.</p> <p>Ik heb de lastmeter zelf nooit gebruikt.</p>
201	lastmeter			Geen eenduidig systeem om op vaste momenten een lastmeter af te nemen.
207	lastmeter			medisch specialist werkt niet met lastmeter, laat dit over aan gespec. verpl.
208	lastmeter			Het belangrijkste is te luisteren naar de patiënt. Ieder heeft weer andere behoeften. De lastmeter is zeer globaal, niet echt specifiek gericht. Ik gebruik hem daarom niet. Als je aan een patiënt vraagt of er behoudens de lich. klachten ook nog andere zaken zijn die aandacht behoeven, krijg je een gericht antwoord waarbij bekeken kan worden hoe de patiënt hierbij het best geholpen kan worden. (werk, gezin, verzekeringstechnische problemen, zingevingsvragen etc.)
211	lastmeter			Hoe kan ik vragen over een Lastmeter beantwoorden als ik net heb geantwoord dat ik de lastmeter niet ken?
212	lastmeter			Aangezien ik geen gebruik maak van de lastmeter, kan ik hier geen uitspraak overdoen
23	zingeving			<p>De omschrijving Religieuze/spirituele problemen gaat voorbij aan wat eerder thema's (geen problemen!!) van zingeving genoemd zouden moeten worden, zoals verbondenheid en eenzaamheid, rechtvaardiging eigen waarden en normen (zie ik het wel goed), zelfevaluatie (welke rol zie ik voor mezelf), afronding/afscheid etc./ wat staat er voor mij en/of mijn naasten op het spel, "what matters" ipv what does it matter?</p> <p>De term 'religieuze en spirituele problemen' zal door een grote groep patiënten en zorgverleners niet herkend worden. Noem het anders svp.</p> <p>Zingevingsvragen zijn lang niet altijd religieuze of spirituele vragen!</p>
27	zingeving			<p>Aanvullend bij knelpunt 1:</p> <p>Ik kom regelmatig tegen dat patiënten bij het item "vertrouwen in God / geloof" JA aankruisen, terwijl ze dan juist bedoelen dat ze veel steun vinden in hun geloof.</p>
71	zingeving			<p>Het is erg moeilijk psycho-sociale van spirituele/zingevingsaspecten te onderscheiden, maar dit is wel belangrijk in het tegemoet komen aan vragen van patiënten.</p> <p>Er moet ook getraind worden in 'wat spiritualiteit omvat', en wat spirituele vragen zijn.</p>
123	zingeving			de vragen in de categorie "religie/spirituele problemen" zijn te formeel gesteld, roepen geen herkenning op en sluiten daardoor niet aan bij de zorgbehoefte van cliënt/patiënt.

Resp.	Cat 1	Cat 2	Cat 3	Commentaar
137	zinggeving			<p>Ondersteuning bij existentiële krachtbronnen die positief beleefd worden en dus geen probleem zijn, valt al helemaal weg bij deze vraagstelling.</p> <p>items voor rel.spir problemen zijn:</p> <p>te algemeen: zin van HET leven</p> <p>te beperkt: vertrowuen in God</p> <p>zijn geformuleerd als probleem.</p> <p>door moslims en mensen met een sterke geloofsovertuiging wordt het item 'vertrouwen in god'</p> <p>bij voorkeur niet met 'nee' ingevuld omdat dit een gebrek aan geloof en vertrowuen aan God?Allah zou inhouden. Wordt daarenten vaak met 'ja' ingevuld omdat het aan het vertrouwen in God Allah niet ontbreekt. Dit wil niet zeggen dat er niet allerlei zinggeving over religieuze vragen kunnen zijn.</p>
26	zinggeving	apart vermelden		<p>Mijn collega en ik zijn niet tevreden over kopje 'religieuze / spirituele problemen', we hebben daar ook aandacht voor gevraagd bij andere collega's binnen VGVZ verband.. Het is te algemeen verwoord (bijv. wie heeft er nu niet moeite met 'de' zin van het leven?). Ook hebben we gemerkt dat orthodox gelovigen geen 'nee' durven invullen, zowel orthodoxe christenen als moslims, nl. je laat in het openbaar niet weten dat je worstelt met God/ Allah. Bovendien is het woord 'probleem' niet passend, te zwaar. wij geven de voorkeur aan 'vragen'.</p>
203	zinggeving	geen knelpunt/onduidelijk		<p>De twee mogelijkheden die er zijn om problematiek aan te geven rondom levensbeschouwing en existentiële zaken zijn onduidelijk, multi-interpretabel en ook voor de gesprekspartners van de invullers vrijwel geen aanknopingspunt voor ondersteuning op die punten.</p>
68	zinggeving	lastmeter		<p>zinggeving wordt vrij eenzijdig gekleurd door de verwijzing naar geloof en god. Zinggeving gaat ten diepste over het maken van keuzes (wat vind ik het belangrijkste in mijn leven), het leren omgaan met moeilijke gebeurtenissen zoals het besef dat je gaat sterven, en het omgaan met verlies (van perspectief), het hervinden van nieuwe en het hoe van afscheid nemen (van dierbaren en het leven). Concreet zou dat voor de lastmeter betekenen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - moeite met verlies van perspectief - het gevoel de (eigen) regie te verliezen. -moeite hebben met alle keuzes die in deze levensfase op je af komen. - zoekende zijn naar hoe en naar vormen om afscheid te nemen van leven en dierbaren. <p>Uiteraard heeft dit ook een directe link met ervaren emotionele problemen.</p>
133	zinggeving	lastmeter		<p>De Lastmeter is prettig om mee te kunnen werken, maar zou nog beter ingezet moeten worden in de diverse fasen van behandelen of laatste levensfase.</p> <p>Mijn ervaring is; Meer aandacht zou er moeten zijn voor de zinggeving of zinggevingsvragen, oprechte aandacht hiervoor geeft tijdens de hulpverlening vaak een mooie verdieping en wordt door patiënten / partner/ kinderen, als waardevol ervaren.</p>
		lastmeter		<p>De lastmeter is bedacht door mensen die minimaal een HBO+ niveau hebben, het gros van de patiënten heeft "LBO"; patiënten sanppen het niet. Verder kan de lastmeter alleen afgenomen worden bij mensen met Nederlands als hun voertaal, met allochtonen kan je de lastmeter niet bespreken. De lastmeter haalt de spontaniteit weg tussen patient en verpleegkundige. Patiënten worden gek van de lastmeters die ze telkens in moeten vullen. De insteek van de lastmeter is negatief Kanker = Last; zeer denigrerend voor de talloze mensen die op zeer waardige manier</p>

Resp.	Cat 1	Cat 2	Cat 3	Commentaar
				mte de ziekte omgaan. Het Utrechts Symptoom Dagboek heeft een veel positievere insteek, daar kunnen mensen ook aangeven dat het goed met ze gaat. De lastmeter is letterlijk een zeer grote LAST voor zeer gemotiveerde gespecialiseerde verpleegkundigen. Om de boel werkbaar te houden gaan verpleegkundigen met patienten in gesprek en vullen achteraf voor de patient een lastmeter in, op die manier voelt de patient zich serieus genomen, weet hij dat er aandacht voor hem is en komt er veel meer uit.
	lastmeter			Ad. 4 Specifiek voor patienten met een hooggradige hersentumor/korte levensverwachting is gebruik LAST meter lasitg: krijgen herhaaldelijk te maken met slecht nieuws. Ten eerste bij de PA diagnose en later wanneer MRI/hersenscan verslechtering laat zien, soms weer nieuwe therapie wordt gestart etc. Knelpunt: zelfde patientencategorie zijn niet altijd adequaat en/of in staat LAST meter in te vullen. Knelpunt: zeker zo belangrijk is de partner/naaste van de patient. Ik gebruik nu 'model Rotterdam' met aparte LAST meter voor de partner. Tevens is deze LAST meter voor zowel patient als partner specifiek gemaakt voor patienten met hersentumoren, wat ik erg prettig in gebruik vind. Knelpunt: naar mijn idee/ ervaring wel veel aandacht voor psychosociale zorg, LAST meter is niet enige middel daarvoor. Knelpunt: je wilt patienten/naasten niet teveel lastig vallen met het herhaaldelijk invullen van LAST meter Knelpunt: hoe lang ga je door met LAST meters laten invullen, bij soms meerdere jaren behandeling/follow up?
	zingeving	lastmeter		Bij 1: er is te weinig aandacht voor zingevingsvragen. Levensvragen en vertrouwen in God/ geloof worden in de lastmeter benaderd als last of probleem, terwijl vanuit de g.v. levensbeschouwing en het reflecteren op levensvragen, of het opmaken van de levensbalans wordt gezien als een bewust omgaan met de eigen krachtbronnen en spiritualiteit, een vorm van (zelf) zielzorg in gesprek en ontmoeting met een ander of De Ander. Kortom, je hoeft geen last of probleem te hebben om met een g.v.-er te praten. En er zijn mensen die veel last hebben , maar niet willen/ kunnen praten. En er zijn mensen die geen last hebben maar wel willen praten. Conclusie is, dat de lastmeter voor onze discipline niet voldoet en slechts een handreiking is voor een goed geschoolde interviewer, die goed kan luisteren en de goede vragen kan stellen. Misschien is het zinvol om altijd de mogelijkheid tot contact met de g.v. aan te bieden, eventueel a.d.h.v. een folder. Dat is voor de patiënt meer uitnodigend en drempelverlagend. Bij 5.: dat er alleen in het ziekenhuis aandacht is voor het detecteren van behoefte aan psychosociale/ paramedische zorg en niet in de eerste lijn (huisarts, wijkverpleegkundige en POH_GGZ). Naast de bestaande mogelijkheid voor poliklinische gesprekken met de g.v. , die niet bij alle doelgroepen bekend is, zou het voor ernstig zieke patiënten voor wie het te belastend is om naar poli te komen mogelijk moeten zijn dat de g.v. op huisbezoek komt. Bij 8: onbekendheid met trainings- en scholingsmogelijkheden voor het detecteren van de behoefte aan psychosociale/ paramedische zorg. In de richtlijn voor het detecteren wordt gepleit voor inzet van de gespecialiseerde psychosociale zorgverleners. Zij zouden deskundigheidsbevordering kunnen organiseren voor artsen en verpleegkundigen. Dit lijkt ons als g.v. een goede zaak. Wij constateren dat , als er al een behoefte wordt gedetecteerd, deze te gemakkelijk wordt vertaald in een verwijzing naar het maatschappelijk werk en dat g.v. net zo goed geconsulteerd had kunnen worden, wanneer er meer bekendheid zou zijn met zin/ levensbeschouwelijke/ spirituele vragen en het aanbod van g.v. Wij constateren dat de nieuwe generatie (aankomende) artsen en verpleegkundigen beter zijn opgeleid in psychosociale gespreksvoering, maar van religie, oude en nieuwe rituelen, levensbeschouwing en zingeving vaak minder weten dan de oudere generatie, terwijl de behoefte aan gesprek op levensbeschouwelijk terrein niet afneemt, wordt verwijzen daardoor moeilijker.
	Capaciteit / financiën	ketenzorg	implementatie	Zolang het geen onderdeel gaat worden van de Soncos wordt het door de RvB van ziekenhuizen niet als noodzakelijk gezien en daardoor staat het ook niet hoog op hen agenda Niet bekend met de lastmeter dus kan vraag niet beantwoorden
	Apart vermelden			Het zou wenselijker geweest zijn als men de medisch specialisten en verpleegkundig (specialisten) uit elkaar genomen had bij stelling 10. De laatste discipline besteed veel aandacht aan psychosociale ondersteuning. Geen gelijke. Vandaar niet ingevuld.