
Generiek format transmuraal zorgpad (niet-tumor specifiek)

Tumorsoort Tumorsoort nvt
Ziekenhuis Naam ziekenhuis

Projectleider(s) Na(a)m(en) projectleider(s)
Casemanager Naam casemanager
Regisseur Naam regisseur

Versienummer 7
Datum Maart 2015

Introductie

Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) heeft tumorspecifieke formats ontwikkeld voor zorgpaden mamma-, long-, prostaat-, ovarium-, melanoom en colorectaal carcinoom. Dit niet-tumorspecifieke format is ontwikkeld om te gebruiken bij zorgpaden voor andere tumorsoorten. Het format kan als leidraad dienen bij het ontwikkelen en implementeren van zorgpaden volgens het model Integrale Oncologische Zorgpaden (IOZP; IKNL 2014). Meer informatie over het IOZP-model kunt u opvragen bij IKNL via een adviseur Oncologische zorg.

Alle IKNL formats zijn qua opzet en lay-out hetzelfde en beschrijven chronologisch de route die de patiënt vanaf het moment van verwijzing tot en met de palliatieve fase of overleving. De formats geven een globaal zorgpad weer en zijn niet specifiek beschreven vanuit een organisatie. De organisatie, instelling of zorgketen kan het format zelf aanpassen op basis van de lokale werkwijze en afspraken. De normen/indicatoren zijn beschreven vanuit actueel geldende tumorspecifieke richtlijnen. Daarnaast zijn niet-tumorspecifieke richtlijnen normen of indicatoren verwerkt vanuit andere gremia zoals IGZ, SONCOS en Leven met kanker. Daar waar verpleegkundige staat wordt ook verpleegkundig specialist of gespecialiseerd verpleegkundige bedoeld.

De tumorspecifieke formats worden na revisie van richtlijnen of normen binnen IKNL verband geactualiseerd. Dit Format transmuraal zorgpad is ontwikkeld in het kader van het project Transmuraal Zorgpad. In dit project werkt IKNL samen met Leven met Kanker (voorheen Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties, NFK) en patiëntenorganisaties Von Hippel Lindau (VHL) en Multipel Endocriene Neoplasie (MEN). IKNL heeft het basis format ontwikkeld, Leven met Kanker heeft het aangevuld vanuit het patiëntenperspectief en Zorgstandaard Kanker. In vergelijking met de tumorspecifieke formats is in dit zorgpad de fase Preventie en Vroege onderkenning opgenomen. De reden hiervoor is dat de huisarts in deze fase een duidelijk rol heeft alvorens de huisarts verwijst.

Het zorgpad kent verschillende onderdelen:

| | |
|--------------------------|--|
| Fase: | De fase van het proces (preventie en vroege onderkenning, verwijzing, diagnostiek, behandeling, nazorg, en palliatieve zorg) |
| Actie: | De actie die wordt ondernomen in betreffende fase |
| Betrokken hulpverleners: | De hulpverleners betrokken bij deze actie |
| Specifieke punten: | Mogelijke aandachtspunten bij deze actie |
| Norm/indicator: | De norm/indicator die geldt voor deze fase/actie vanuit Soncos en richtlijnen |

Gebruikte documenten

- Richtlijn Oncologische revalidatie, 2011 (www.oncoline.nl)
- Richtlijn Herstel na kanker, 2011 (www.oncoline.nl)
- Blauwdruk Kanker en werk 1.0, NVAB, Coronel Instituut, CBO, Leven met Kanker, 2009 (www.oncoline.nl)
- Richtlijn Detecteren behoefte psychosociale zorg, 2010 (www.oncoline.nl)
- Richtlijn Ondervoeding, 2012 (www.oncoline.nl)
- Richtlijn Algemene voedings- en dieetbehandeling, 2012 (www.oncoline.nl)
- Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) ondervoeding, 2010 (www.stuurgroepondervoeding.nl)
- Zorgmodule Palliatieve Zorg 1.0, CBO 2013 (www.cbo.nl)
- Zorgmodule Zelfmanagement 1.0, CBO 2014 (www.cbo.nl)
- Multidisciplinaire Normering Oncologische zorg in Nederland: SONCOS normeringsrapport 3, 2015 (www.soncos.org)
- Normering Chirurgische behandelingen 4.1: Nederlandse Vereniging voor Heelkunde, 2014 (www.heelkunde.nl)
- Basisset Kwaliteitsindicatoren Oncologie, IGZ 2015 (www.igz.nl)
- Zorgstandaard Kanker, Leven met Kanker, IKNL, KWF Kankerbestrijding 2014 (www.levenmetkanker.nl)
- NHG-Standpunt Oncologische zorg in de huisartsenpraktijk, NHG 2014; (www.nhg.org)
- Kwaliteitscriteria voor de zorg aan mensen met een aanleg voor een erfelijke kanker, Leven met Kanker 2014

Voor het gehele zorgpad gelden de volgende algemene eisen vanuit het SONCOS normeringsrapport 3, 2015

- Van alle besproken patiënten wordt het afgesproken beleid vastgelegd in het patiëntendossier. Het verslag van de multidisciplinaire bespreking wordt aan de huisarts toegezonden.
- Voor alle patiënten is een casemanager beschikbaar of een ander persoon, die goed bereikbaar moet zijn voor patiënten en in staat is om deze in contact te brengen met de relevante zorgverlener.
- Steeds moet duidelijk zijn aan de patiënt en vastgelegd in het patiëntendossier wie de hoofdbehandelaar is.
- Een informatievoorziening (bijvoorbeeld via website) voor patiënten waarin de voorzieningen en behandel mogelijkheden van betreffende zorginstelling voor de geboden oncologische zorg worden aangegeven.
- Voor frequent behandelde aandoeningen (d.w.z. 20 of meer patiënten per jaar) zijn zorgpaden beschikbaar, waarbij is vastgelegd welke onderzoeken gedaan moeten worden, wat de minimum doorlooptijden zijn, welke indicatoren verzameld worden en wie op welk moment verantwoordelijk is voor onderzoek en beleid.
- Van specialismen en aandachtsvelden tenminste twee specialisten met aantoonbare specifieke expertise in de aandoening waarvoor zorg wordt verleend.
- Radiotherapeutische zorg met vaste contacten en afspraken voor verwijzing, waarbij vastgelegd is wat het 'service level' is, bijvoorbeeld binnen hoeveel tijd een patiënt gezien kan worden. De afdeling radiotherapie voldoet aan de normen die zijn vastgelegd in de 'Kwaliteitsnormen Radiotherapie in Nederland' (NVRO, 28 november 2014)
- Klinische genetica met vaste contacten en afspraken voor verwijzing, waarbij vastgelegd is wat het 'service level' is. Hierin staat in ieder geval beschreven hoe lang de toegangstijd voor diagnostiek is en binnen hoeveel tijd de diagnostiek, inclusief gesprek met de patiënt is afgerond. Daarnaast wordt hierin weergegeven onder welke omstandigheden er van sneldiagnostiek gebruik kan worden gemaakt.
- Psychosociale zorgverlening, waarbij het 'service level' is vastgelegd. Hierin wordt in ieder geval weergegeven op welke momenten de behoefte van patiënten aan psychosociale ondersteuning wordt geïnventariseerd en hoe de verdere verwijzing kan plaatsvinden.
- Een afdeling diëtetiek, waarbij het 'service level' is vastgelegd. Hierin wordt in ieder geval geïnventariseerd op welke momenten de voedingsstatus van patiënten wordt geïnventariseerd en op welke wijze doorverwijzing naar de afdeling diëtetiek geregeld is.
- Pijnteam met een aan oncologie toegewijde anesthesioloog met registratie in pijngeneeskunde, waarbij het 'service level' is vastgelegd.
- Er wordt deelgenomen aan patiëntgebonden wetenschappelijk onderzoek. Er wordt meegedaan aan minimaal 3 klinische studies waarbij per jaar totaal minimaal 15 patiënten worden geïncludeerd.

Voor het gehele zorgpad gelden de algemene voorwaarden voor chirurgische zorg uit Normering Chirurgische behandelingen 4.1, 2014:

- Landelijke richtlijnen betreffende de chirurgische aandoeningen zijn bekend.
- Lokale behandelprotocollen betreffende de chirurgische aandoeningen zijn aanwezig.
- Er wordt deelgenomen aan een complicatieregistratie.
- Er wordt deelgenomen aan de kwaliteitsvisite van de Nederlandse Vereniging van Heelkunde (NVvH).
- Er wordt deelgenomen aan landelijke door de NVvH gesteunde registratieprojecten, zoals die van DICA en de traumaregistratie.
- Er zijn per aandoening tenminste 2 chirurgen werkzaam.

-
- Er zijn afspraken met een referentiecentrum voor overleg en/of verwijzing.
 - Deelname aan trials wordt ondersteund door de wetenschappelijke (sub)verenigingen dan wel door de werkgroep van het betreffende chirurgische deelspecialisme. Voorafgaand aan de introductie van een nieuwe medische technologie en/of werkwijze wordt een prospectieve risicoanalyse uitgevoerd. Bij de introductie van laparoscopische chirurgie wordt de NVvH leidraad Minimaal Invasieve Chirurgie gevolgd.
 - Collega's zijn aanspreekbaar en spreken elkaar aan op (on)professioneel gedrag.
 - Er is binnen de maatschap aandacht voor belasting en belastbaarheid.

Voor het gehele zorgpad gelden de vijf generieke indicatoren uit Zorgstandaard Kanker, 2014:

De eerste drie generieke indicatoren hebben betrekking op de werking van de zorgstandaard, de laatste twee over het meten van patiëntenervaringen.

- De patiënt heeft een individueel zorgplan.
- Vastgelegd is wie de hoofdbehandelaar is, wie verantwoordelijk is voor de zorgcoördinatie en wie het vaste aanspreekpunt is.
- De zorgaanbieder neemt deel aan een landelijke zorginhoudelijke registratie (indien beschikbaar).
- De zorgaanbieder neemt deel aan patiëntenervaringsonderzoek met behulp van de CQ-index Vragenlijst Kankerzorg.
- De zorgaanbieder neemt deel aan patiëntenervaringsonderzoek met behulp van een vragenlijst voor Patient Reported Outcome Measures (PROM's).

Voor het gehele zorgpad gelden de vernieuwende elementen als algemene voorwaarden uit Zorgmodule Palliatieve Zorg 1.0, 2014:

Palliatieve zorg is voor de patiënt naasten beschikbaar, bereikbaar, toegankelijk, gecoördineerd en deskundig geleverd.

Beschikbaarheid:

- De zorg past bij de patiënt en zijn situatie
- Beschikbaarheid van centrale zorgverlener en hoofdbehandelaar
- Organisatie van multidisciplinair overleg en interdisciplinaire samenwerking bij meerdere disciplines.
- Ondersteuning voor zorgverleners, zoals consultatieteams
- Aanwezigheid van een individueel zorgplan

Bereikbaarheid:

- Centrale (zorgverleners), informatie en 7 x 24 uur zorg.

Toegankelijkheid:

- Zorg en informatie is fysiek toegankelijk maar ook mentaal en emotioneel.

Gecoördineerde zorg:

- Er zijn bindende afspraken en protocollen over documentatie, communicatie, (aan)sturing, taakverdeling, kwaliteitsborging, hanteren van klachten en problemen.
- Noodzakelijk gegevens in specifieke informatiesystemen zijn uitwisselbaar.

V Preventie en Vroege onderkenning

>V Algemeen

| Actie | Betrokken hulpverleners | Specifieke Punten |
|--|--|---------------------------------------|
| <p>Individuegerichte en zorg gerelateerde preventie bieden bij mensen met gezondheidsklachten en bij een verhoogd risico op kanker.</p> <p>Bij vroege onderkenning patiënt:</p> <ul style="list-style-type: none">• bewust maken van symptomen en klachten die op kanker kunnen duiden• stimuleren gezond gedrag, leefwijze• gesprek voeren bij verdachte afwijking bevolkingsonderzoek <p>Huisarts adviseert bij twijfel of vermoeden op kanker een verwijzing naar gespecialiseerde zorgverlener.</p> <p>Huisarts legt erfelijke en familiale belasting voor kanker vast in het huisartseninformatiesysteem (H-EPD).</p> | <p>Huisarts Praktijkondersteuner</p> | <p>Zelfmanagement (ondersteuning)</p> |
| Norm / Indicator | | |
| KOPJE | | |

V Verwijzing

>V Algemeen

| Actie | Betrokken hulpverleners | Specifieke Punten |
|--|-------------------------|---|
| Patiënt bezoekt huisarts. | Huisarts | Huisarts adviseert bij vermoeden carcinoom dat patiënt naaste meeneemt naar polikliniek. |
| Huisarts bespreekt met patiënt de onderzoeken die hij gaat uitvoeren. Huisarts voert diagnostisch onderzoek uit: <ul style="list-style-type: none">• anamnese en lichamelijk onderzoek• laboratorium-, beeldvormend en eventueel ander onderzoek | Diëtist (zo nodig) | Verwijzing diëtist bij ondervoeding: gewichtsverlies > 5% binnen 1 maand of > 10% binnen 6 maanden en/of een te laag lichaamsgewicht (18-65 jaar: BMI < 18,5 kg/m ² en > 65 jaar: BMI < 20 kg/m ²). |
| Screenen (het risico) op ondervoeding, naar aanleiding van uitslag patiënt doorverwijzen naar diëtist. | | |
| Huisarts en patiënt bespreken de onderzoeksuitslagen, indien van toepassing de reden van doorverwijzing en de te verwachten procedure en vervolgonderzoeken. | | Bij keuze voor ziekenhuis rekening houden met beschikbare diagnostiek, wachttijden en voorkeur patiënt. Desgewenst ondersteunt huisarts de patiënt bij keuze voor (de plaats van) behandeling. |
| Huisarts coacht patiënt in het keuzeproces voor verdere diagnostiek | | |
| Overdracht Huisarts verwijst door naar gespecialiseerde zorgverlener/ medisch specialist en levert de volgende gegevens aan: <ul style="list-style-type: none">• reden van verwijzing• anamnese, uitslagen lichamelijk onderzoek, ander onderzoek• navraag naar voorkomen kanker in familie (familiegeschiedenis)• ziektegeschiedenis• medicatie• comorbiditeit• uitslagen reeds ingezette diagnostiek | | Verwijsbeleid is duidelijk voor alle huisartsen. Voor goede samenwerking tussen huisarts en behandelaars in het ziekenhuis speelt tijdige digitale gegevensuitwisseling een essentiële rol. Afspraken maken over contact voor consultatie en overleg tussen huisarts en behandelaars in het ziekenhuis. |

| Actie | Betrokken hulpverleners | Specifieke Punten |
|--|-------------------------|-------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • voedingstoestand (LESA) • fysieke en psychosociale klachten • eventuele behandelwensen van de patiënt | | |
| Norm / Indicator | | |
| <p>RICHTLIJN ONDERVOEDING Geadviseerd wordt patiënten met kanker tijdens het diagnose en behandeltraject herhaaldelijk te screenen op (het risico op) ondervoeding:</p> <ul style="list-style-type: none"> • In de periode voorafgaand aan de behandeling: bij bezoek aan de huisarts en/of bij het eerste poliklinische bezoek aan de specialist; zie Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken (LESA) Ondervoeding 2010. • Tijdens de behandeling: bij opname in het ziekenhuis, bij dagbehandeling en bij bezoek aan een radiotherapeutisch instituut. • In de periode na behandeling: bij een consult op de polikliniek en bij de huisarts, bij een intakegesprek met de thuiszorg/wijkverpleging en/of bij opname in een verpleeg- of verzorgingshuis. <p>Bij de screening op (risico op) ondervoeding bij patiënten met kanker kunnen de reeds geïmplementeerde screeningsinstrumenten MUST, SNAQ (voor de diverse doelgroepen) worden gebruikt. Voor ouderen is een screeningsinstrument met aangepaste afkapwaarden voor de BMI nodig. Op dit moment wordt de MNA-SF bij oudere patiënten gebruikt. Er wordt geadviseerd patiënten met een screeningsuitslag 'ondervoeding' of 'hoog risico op ondervoeding' te verwijzen naar de diëtist.</p> | | |

D Diagnostiek

>D Algemeen

| Actie | Betrokken hulpverleners | Specifieke Punten |
|--|--|--|
| <p>Patiënt bezoekt polikliniek. Informeren patiënt over onderzoeken en de keuzemogelijkheden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • anamnese • lichamelijk onderzoek • diagnostisch onderzoek (beeldvormend, weefsel- en erfelijkheidsonderzoek) • laboratoriumonderzoek • screening op (risico) ondervoeding, andere voedinggerelateerde klachten of –hulpvraag <p>Bij (risico op) ondervoeding: afspraak bij diëtist binnen 3-5 werkdagen. Bij voedinggerelateerde vragen of –problemenverwijzen naar diëtist.</p> | <p>Medisch specialist Verpleegkundige Diëtist (zo nodig) Klinisch geneticus (zo nodig)</p> <p>Hoofdbehandelaar is: ... Casemanager is: ...</p> | <p>(Risico op) ondervoeding wordt gesignaleerd bij % gewichtsverlies in laatste maand en half jaar + BMI of SNAQ + BMI of MUST. Voor ouderen en COPD-patiënten is een screeningsinstrument met aangepaste afkapwaarden voor de BMI nodig.</p> |
| <p>Medisch specialist (hoofdbehandelaar) bespreekt uitslagen met patiënt waarbij tevens wordt besproken of aanvullend onderzoek nodig is en of patiënt dit wil. Patiënt informeren over hoofdbehandelaar en casemanager/contactpersoon en bereikbaarheid.</p> | <p>Medisch specialist</p> | <p>Gedeelde besluitvorming (Shared Decision Making)</p> |
| <p>Maken van vervolgspraken en geven van voorlichting over de geplande onderzoeken die niet op dezelfde dag plaats kunnen vinden.</p> | <p>Secretaresse polikliniek</p> | |
| <p>Patiënt bezoekt polikliniek voor aanvullende (stadiërings)onderzoeken.</p> <p>Specialist verwijst patiënt door naar centrumziekenhuis en geeft door de resultaten van: anamnese, lichamelijk, diagnostisch en laboratorium onderzoek en uitslag screening ondervoeding. Afspraken maken over contactpersoon/hoofdbehandelaar patiënt.</p> | <p>Medisch specialist Laborante</p> <p>Diversen afhankelijk van de onderzoeken</p> | <p>Bij sterk vermoeden op een bepaalde tumor kan aanvullende diagnostiek plaatsvinden in een centrumziekenhuis (referentiecentrum). Spreek af, wie, waar, welke diagnostiek uitvoert en zorg dat uitslagen en beelden tijdig beschikbaar zijn.</p> |

| Actie | Betrokken hulpverleners | Specifieke Punten |
|--|-------------------------|-------------------|
| Huisarts houdt contact met patiënt gedurende diagnostisch traject, ondersteunt en intervenueert bij eventuele onverwachte vertragingen of andere ongewenste gebeurtenissen. | Huisarts | |
| Norm / Indicator | | |
| SONCOS Een samenwerkingsovereenkomst met één of meerdere referentiecentra voor consultatie en/of verwijzing waarbij is vastgelegd wat het 'service level' is, bijvoorbeeld binnen hoeveel tijd een patiënt gezien kan worden. | | |
| SONCOS Een referentiecentrum moet tenminste voldoen aan de SONCOS-normen. Het is mogelijk dat een referentiecentrum niet voor alle tumortypen deze taak kan uitvoeren, en het dus kan nodig zijn voor een zorginstelling om met meerdere referentiecentra samen te werken om de juiste expertise voor de verleende zorg te verkrijgen. Een referentiecentrum moet bovendien second opinions verlenen en actief zijn in onderzoek en onderwijs, blijkend uit deelname en initiatie van wetenschappelijk onderzoek, relevante publicaties en organisatie van (supra)regionale nascholingsactiviteiten. | | |
| SONCOS De wachttijd voor een eerste polikliniekbezoek voor een patiënt met de vraagstelling maligniteit is maximaal één week. Doorlooptijd voor diagnostiek is maximaal drie weken en de tijd tussen eerste polikliniekbezoek en start van de therapie is maximaal zes weken. Indien een patiënt doorverwezen wordt naar een andere zorginstelling mag deze doorlooptijd met drie weken worden verlengd. | | |
| RICHTLIJN ONDERVOEDING Geadviseerd wordt patiënten met kanker tijdens het diagnose en behandeltraject herhaaldelijk te screenen op (het risico op) ondervoeding: | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • In de periode voorafgaand aan de behandeling: bij bezoek aan de huisarts en/of bij het eerste poliklinische bezoek aan de specialist; zie Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken (LESA) Ondervoeding 2010 • Tijdens de behandeling: bij opname in het ziekenhuis, bij dagbehandeling en bij bezoek aan een radiotherapeutisch instituut; • In de periode na behandeling: bij een consult op de polikliniek en bij de huisarts, bij een intakegesprek met de thuiszorg/wijkverpleging en/of bij opname in een verpleeg- of verzorgingshuis. | | |
| Bij de screening op (risico op) ondervoeding bij patiënten met kanker kunnen de reeds geïmplementeerde screeningsinstrumenten MUST, SNAQ (voor de diverse doelgroepen) worden gebruikt. Voor ouderen is een screeningsinstrument met aangepaste afkapwaarden voor de BMI nodig. Op dit moment wordt de MNA-SF bij oudere patiënten gebruikt. Er wordt geadviseerd patiënten met een screeningsuitslag 'ondervoeding' of 'hoog risico op ondervoeding' te verwijzen naar de diëtist. | | |
| RICHTLIJN ONDERVOEDING Men dient een patiënt met kanker met (risico op) ondervoeding te verwijzen naar de diëtist voor individueel voedingsadvies. Algemene, schriftelijke voedingsadviezen of voedingsadviezen door andere hulpverleners kunnen een waardevolle aanvulling zijn, maar vervangen niet het individuele advies door de diëtist. Men dient bij vormen van kanker, die een voedingsproblematiek met groot risico op ondervoeding met zich meebrengen een individuele voedingsadviesing door de diëtist te even. Dit behoeft een vaste plaats vroeg in de behandeling en er wordt niet afgewacht tot er klachten optreden. | | |

>D Vaststellen diagnose en opstellen behandelplan MDO

| Actie | Betrokken hulpverleners | Specifieke Punten |
|---|--|--|
| Afhankelijk van tumorsoort en/organisatie: voorafgaand aan en/of tijdens MDO patiënt bespreken met expert uit centrumziekenhuis. Aanmelden voor multidisciplinair overleg (MDO). Besproken en gedocumenteerd worden: <ul style="list-style-type: none">• uitslagen alle onderzoeken• PA• behandeladvies• voedingstoestand (zo nodig) | Leden MDO: <ul style="list-style-type: none">• Internist-oncoloog• Chirurg-oncoloog• Radioloog• Verpleegkundige• Patholoog• Radiotherapeut• Diëtist (zo nodig) | MDO vindt wekelijks plaats volgens een vaste procedure van aanmelding, bespreking en verslaglegging. |
| Norm / Indicator | | |
| IGZ Het is gebruikelijk om patiënten te bespreken in een multidisciplinair overleg (MDO) voordat de therapie is begonnen. Het is aan te raden om deze in te delen per groep van tumoren (specifiek MDO). Bij voorkeur wekelijks (voor minder frequent voorkomende tumoren kan besloten worden tot twee wekelijks). | | |
| SONCOS Een of meerdere multidisciplinaire besprekingen worden gehouden met voor ieder een tenminste wekelijkse frequentie (voor minder frequent voorkomende tumoren kan hiervan worden afgeweken en besloten tot een tweewekelijkse frequentie), waarin tenminste 90% van de patiënten worden besproken met de mogelijkheid van consultatie van het referentiecentrum. Bij het wekelijkse multidisciplinair overleg dienen in ieder geval de volgende specialisten vertegenwoordigd te zijn: een uroloog, internist-oncoloog, radioloog, radiotherapeut, patholoog, case manager en eventueel andere verpleegkundigen. Er dient de mogelijkheid te zijn tot wekelijkse consultatie van een vertegenwoordiger van het referentiecentrum bij dit overleg. Van alle besproken patiënten wordt het afgesproken beleid vastgelegd in het patiëntendossier. Het verslag van de multidisciplinaire bespreking wordt aan de huisarts toegezonden. | | |

>D Uitslag gesprek met patiënt

| Actie | Betrokken hulpverleners | Specifieke Punten |
|--|---------------------------------------|--|
| Voor bezoek patiënt attenderen op wenselijkheid van aanwezigheid naaste bij uitslaggesprek. | Medisch specialist (hoofdbehandelaar) | |
| Geven van uitslag van de verschillende aanvullende onderzoeken aan patiënt en diens naaste. | Medisch specialist Verpleegkundige | Bij voorkeur aanwezig bij het gesprek een verpleegkundige, bijvoorbeeld degene die ook het begeleidingsgesprek uitvoert. |
| <p>Diagnose kanker: Geven van toelichting over de verschillende therapeutische behandelopties, (stadiërings)onderzoeken, behandellocaties en vervolgmogelijkheden zoals besproken in MDO. Bespreken:</p> <ul style="list-style-type: none"> • de risico's van de behandelopties. • mogelijkheid van participatie in trials. • bespreken eventuele wens patiënt voor een second opinion. <p>In overleg met patiënt komen tot keuze behandelbeleid.</p> <p>Afwachtend (expectatief) beleid</p> <ul style="list-style-type: none"> • palliatief beleid (Markeren van de palliatieve fase, onderscheid maken tussen ziektegerichte en symptoomgerichte palliatie) | | <p>Gedeelde besluitvorming. Patiënt krijgt voldoende bedenktijd om tot een besluit te komen. Patiënt kan kiezen voor geen of beperkte behandeling. 'Informed consent', patiënt toestemming vragen voor behandelkeuze.</p> |
| <p>Begeleidingsgesprek voeren na uitslag. Met patiënt en diens naaste bespreken:</p> <ul style="list-style-type: none"> • voorgestelde behandeling • meegeven voorlichtingsmateriaal • contactpersoon/casemanager en bereikbaarheid • signalering en mogelijkheden voor psychosociale en paramedische hulpverlening zowel mondeling als schriftelijk met Lastmeter | Verpleegkundige | <p>Opvang patiënt, partner en/of andere naasten.</p> <p>Patiënt informeren over relevante patiëntenverenigingen en websites.</p> |

| Actie | Betrokken hulpverleners | Specifieke Punten |
|--|---|--|
| Bij vragen of problemen over voeding verwijzen naar diëtist. | Diëtist | |
| Overdracht Bij doorverwijzen naar centrum/ander ziekenhuis voor behandeling, aanleveren de volgende gegevens: <ul style="list-style-type: none"> • reden verwijzing • voorgestelde behandeling • uitslagen van lichamelijk, beeldvormend en ander verricht onderzoek • voorkomen kanker in familie (familiegeschiedenis) • ziektegeschiedenis • medicatie • comorbiditeit • voedingstoestand • fysieke en psychosociale klachten • eventuele behandelwensen van de patiënt Patiënt informeren over hoofdbehandelaar en casemanager/contactpersoon en bereikbaarheid. | Medisch specialist | |
| Huisarts informeren over diagnose en gekozen behandeltraject. Bij ontslagtraject tevens huisarts informeren over het bieden van begeleidingsgesprek patiënt. | Medisch specialist (hoofdbehandelaar) Huisarts | Ter bevordering van de samenwerking definieer bij voorkeur binnen het zorgproces de communicatiemomenten tussen ziekenhuis en huisarts en een termijn. |
| Afspraken maken voor verwijzing gekozen behandeling. | Secretaresse polikliniek | |
| Norm / Indicator | | |
| ZORGSTANDAARD KANKER De patiënt heeft een individueel zorgplan. | | |

B Behandeling

>B Algemeen

| Actie | Betrokken hulpverleners | Specifieke Punten |
|--|--|---|
| Besprek met patiënt voorgestelde therapieën zoals in MDO besproken. | Internist-oncoloog Chirurg-oncoloog Radiotherapeut | Bij de behandeling van bepaalde carcinomen is een combinatie van therapieën mogelijk. |
| Stel een individueel zorgplan op. | Verpleegkundige Diëtist (zo nodig) | Alle afspraken worden vastgelegd en zijn toegankelijk voor de patiënt. |
| Patiënt vooraf inlichten over de gevolgen van de behandeling voor vruchtbaarheid en bespreken kindwens en de mogelijke oplossingen hiervoor. Afspraken maken over zelfmanagement. Patiënt informeren over hoofdbehandelaar, casemanager of contactpersoon en bereikbaarheid. | Fysiotherapeut (zo nodig) Psycholoog (zo nodig) Maatschappelijk werk (zo nodig) Revalidatie arts (zo nodig) | Aandachtspunt bij een combinatietherapie is regie en overdracht tussen betrokken medische disciplines tussen de behandelingen. |
| Regelmatig screenen op (risico op) ondervoeding tijdens de behandeling (opname, dagbehandeling, bezoek aan radiotherapeutisch instituut). Naar aanleiding uitslag patiënt doorverwijzen naar diëtist. Bij vragen of –problemen verwijzen naar diëtist. | Hoofdbehandelaar is: ... Casemanager is: ... | Invloed op de therapie bij gebruik van complementaire of alternatieve therapieën en/of voedings-, vitamine- en mineraalsupplementen door patiënt. |
| Detecteren psychosociale en paramedische zorgbehoefte m.b.v. de Lastmeter: Lastmeter laten invullen en bespreken met patiënt. Desgewenst verwijzen naar gespecialiseerde zorgverlener. | | (Risico op) ondervoeding signaleren m.b.v. % gewichtsverlies in laatste maand en half jaar + BMI of SNAQ + BMI of MUST. Voor ouderen en COPD-patiënten is een screeningsinstrument met aangepaste afkapwaarden voor de BMI nodig. |
| Bespreken, adviseren c.q. desgewenst begeleiden vooraf en tijdens de behandeling(en) over: <ul style="list-style-type: none">• leefregels zoals stoppen met roken, stimuleren van lichaamsbeweging en gezonde voeding• multidisciplinaire revalidatiezorg bij meervoudige gevolgen van kanker• participatie en re-integratie in maatschappij en werk | | Blauwdruk Kanker en werk: aandacht van medici, paramedici en Arbo professionals voor de werksituatie van de patiënt met kanker draagt in belangrijke mate bij aan de werkhervatting. |

Norm / Indicator

SONCOS | Behandelingen worden verricht conform geldende landelijke en/of regionale richtlijnen. Hiervan kan gemotiveerd worden afgeweken, hetgeen met vermelding van de motivatie wordt weergegeven in het patiëntendossier.

SONCOS | Voor betreffende aandoeningen worden behandelprotocollen gevolgd die actueel (d.w.z. maximaal 3 jaar oud) zijn.

SONCOS | De tijd tussen eerste polikliniekbezoek en start van de therapie is maximaal zes weken. Indien een patiënt doorverwezen wordt naar een andere zorginstelling mag deze doorlooptijd met drie weken worden verlengd. In uitzonderingsgevallen en situaties waarbij er medische inhoudelijke redenen zijn, kan gemotiveerd van deze termijnen worden afgeweken.

RICHTLIJN DETECTEREN BEHOEFTE PSYCHOSOCIALE ZORG | Het verdient aanbeveling om signalering de eerste keer te laten plaatsvinden in de periode vlak nadat de patiënt de diagnose kanker heeft gekregen. Het slechtnieuwsgesprek zelf is daarvoor geen geschikt moment. Het eerste vervolgesprek met de behandelend arts of verpleegkundige is daarvoor geschikter. Vervolgmomenten voor signalering kunnen zijn:

- I. Tijdens de behandeling: aan het begin en het einde van elke vorm van behandeling en/of elke 3 maanden wanneer het een langdurige behandeling betreft.
- II. Tijdens de controleperiode: bij elk controlebezoek maar niet vaker dan elke 2 of 3 maanden.
- III. De laatste keer bij het afsluiten van de controlefase en overdracht naar de eerste lijn.

RICHTLIJN ONCOLOGISCHE REVALIDATIE | De werkgroep adviseert bij signalering van klachten:

Allereerst gebruik te maken van de Lastmeter (zie Richtlijn detecteren behoefte psychosociale zorg), op indicatie aangevuld met:

- De single item Visuele Analoge Schaal (VAS) voor kankergerelateerde vermoeidheid,
- De Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) voor emotionele problemen,
- De Patiënt Specifieke Klachtenlijst (PSK) voor specifieke fysieke problemen.

De werkgroep is van mening dat basisbehandelaars (medisch specialist, (gespecialiseerd) verpleegkundig (specialist), bedrijfsarts, huisarts en/of fysiotherapeut) verantwoordelijk zijn voor het signaleren van klachten en, in overleg met de patiënt, indien nodig verwijzen.

- Bij enkelvoudige problematiek wordt patiënt verwezen naar een monodisciplinaire behandelaar (bijvoorbeeld fysiotherapeut, psycholoog, etc.).
- Bij meervoudige problematiek (op minimaal 2 van de 3 schalen problematiek): (CES-D >16 en/of VAS ≥ 4 en /of PSK ≥ 4 op minimaal 1 item), wordt de patiënt verwezen voor een intake oncologische revalidatie, waarbij opgemerkt moet worden dat de PSK niet gevalideerd is).
- Bij complexe problematiek wordt patiënt verwezen voor revalidatiegeneeskunde. Het door de werkgroep geadviseerde proces van signalering en verwijzing staat weergegeven in de beslisboom 'Oncologische Revalidatie'.

De werkgroep adviseert om bij elke patiënt het onderwerp fysieke training tijdens de behandeling te bespreken. Er zijn geen algemene medische redenen om terughoudend te zijn met fysieke training tijdens de behandeling voor kanker. Krachttraining kan zinvol zijn als onderdeel van deze training, waarbij de training zo kan worden ingericht dat een toename of tenminste behoud van spiermassa wordt bereikt.

De werkgroep adviseert om de vorm en intensiteit van training in overleg met de patiënt vast te stellen, rekening houdend met diens huidige activiteitenpatroon, voorkeuren en mogelijkheden en de te verwachten bijwerkingen van de behandeling. Het voorgestelde programma moet bovendien door de patiënt als haalbaar worden ingeschat.

Trainingsprogramma's of beweegadviezen kunnen worden aangevuld met aandacht voor klachten bij kanker, zoals kankergerelateerde vermoeidheid en adviezen over

energieverdeling.

De werkgroep adviseert om in de loop van de behandeling het onderwerp lichaamsbeweging regelmatig opnieuw met de patiënt te bespreken. Indien nodig kunnen adviezen worden bijgesteld bij veranderende belastbaarheid en/of medische problemen.

IGZ | Een adequate voedingsbehandeling houdt in dat de patiënt bij opname in het ziekenhuis wordt gescreend op ondervoeding, dat er indien nodig binnen 48 uur na opname een voedingsbehandelplan ingezet wordt en dat binnen vier dagen de doelstelling wat betreft eiwitinname en energie-inname gehaald wordt.

RICHTLIJN ONDERVOEDING | Geadviseerd wordt patiënten met kanker tijdens het diagnose en behandeltraject herhaaldelijk te screenen op (het risico op) ondervoeding:

- In de periode voorafgaand aan de behandeling: bij bezoek aan de huisarts, zie Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken (LESA) Ondervoeding 2010 en/of bij het eerste poliklinische bezoek aan de specialist;
- Tijdens de behandeling: bij opname in het ziekenhuis, bij dagbehandeling en bij bezoek aan een radiotherapeutisch instituut;
- In de periode na behandeling: bij een consult op de polikliniek en bij de huisarts, bij een intakegesprek met de thuiszorg/wijkverpleging en/of bij opname in een verpleeg- of verzorgingshuis.

Bij de screening op (risico op) ondervoeding bij patiënten met kanker kunnen de reeds geïmplementeerde screeningsinstrumenten MUST, SNAQ (voor de diverse doelgroepen) worden gebruikt. Voor ouderen is een screeningsinstrument met aangepaste afkapwaarden voor de BMI nodig. Op dit moment wordt de MNA-SF bij oudere patiënten gebruikt. Er wordt geadviseerd patiënten met een screeningsuitslag 'ondervoeding' of 'hoog risico op ondervoeding' te verwijzen naar de diëtist.

RICHTLIJN ONDERVOEDING | Men dient een patiënt met kanker met (risico op) ondervoeding te verwijzen naar de diëtist voor individueel voedingsadvies. Algemene, schriftelijke voedingsadviezen of voedingsadviezen door andere hulpverleners kunnen een waardevolle aanvulling zijn, maar vervangen niet het individuele advies door de diëtist. Men dient bij vormen van kanker, die een voedingsproblematiek met groot risico op ondervoeding met zich meebrengen een individuele voedingsadvisering door de diëtist te geven. Dit heeft een vaste plaats vroeg in de behandeling en er wordt niet afgewacht tot er klachten optreden.

RICHTLIJN BLAUWDRUK KANKER EN WERK | Medici en paramedici geven aan welke (medische) consequenties de ziekte en de behandeling op korte en lange termijn kunnen hebben voor het verrichten van arbeid.

>B Chirurgie | Preoperatieve fase

| Actie | Betrokken hulpverleners | Specifieke Punten |
|--|---|---|
| Patiënt bezoekt polikliniek chirurgie, bespreken van: <ul style="list-style-type: none"> • indicatie operatie • complicaties • geven van toestemming voor operatie Indien nodig bespreken behoefte aan thuiszorg. | Chirurg-oncoloog (hoofdbehandelaar) Verpleegkundige | |
| Patiënt bezoekt Preoperatieve Spreekuur: <ul style="list-style-type: none"> • gesprek met anesthesist • preoperatieve consulten (bepaalt de anesthesist) cardioloog, internist • indien nodig maakt de POS- assistente de afspraken bij de betreffende specialisten Anesthesist geeft goedkeuring voor de OK. | Anesthesist POS-assistente (zo nodig) | |
| Patiënt wordt geïnformeerd over: <ul style="list-style-type: none"> • opnamedatum • OK-datum | Secretaresse polikliniek | |
| Patiënt bezoekt polikliniek: <ul style="list-style-type: none"> • bespreken en uitleg over verder verloop • Lastmeter laten invullen en bespreken • indien nodig aanvullende signalering CES-D, VAS vermoeidheid en PSK en zo nodig doorverwijzen • screen (het risico) op ondervoeding, andere voedinggerelateerde klachten of -hulpvraag Bij voedinggerelateerde vragen of –problemen verwijzen naar diëtist. Bij behoefte aan psychosociale, paramedische zorg verwijzen naar gespecialiseerde zorgverlener. | Verpleegkundige Diëtist (zo nodig) | (Risico op) ondervoeding (door SNAQ + BMI of % gewichtsverlies in laatste maand en half jaar + BMI of MUST) is onderdeel van POS. Voor ouderen en COPD-patiënten is een screeningsinstrument met aangepaste afkapwaarden voor de BMI nodig. |

Norm / Indicator

RICHTLIJN ONDERVOEDING | Voor de operatie dienen matig tot ernstig ondervoede (gewichtsverlies >10%) personen gedurende tenminste 7-10 dagen volwaardig te worden gevoed. Er wordt geadviseerd bij het optimaliseren van de preoperatieve voedingstoestand uiterste aandacht te geven aan het dagelijks toedienen van de volledige hoeveelheid voorgeschreven voeding. Sondevoeding heeft daarbij de voorkeur boven parenterale voeding.

>B Chirurgie | Operatie

| Actie | Betrokken hulpverleners | Specifieke Punten |
|--|---|---|
| Patiënt meldt zich voor opname | Verpleegkundige Zaalarts | |
| Ontvangst op afdeling (anamnese + wegwijz volgens standaard procedures) en patiënt informeren over: <ul style="list-style-type: none"> • procedures rond operatie, waaronder medische en verpleegtechnische handelingen • operatie • mogelijke complicaties • tijdstip bespreken resultaat van de behandeling • contact naaste/familie over verloop operatie | Diëtist (zo nodig) | (Risico op) ondervoeding is onderdeel van de verpleegkundige anamnese bij ziekenhuisopname m.b.v. SNAQ of MUST. |
| Patiënt preoperatief voorbereiden. | | |
| Operatie volgens richtlijn Na OK naaste/familie informeren over verloop volgens afspraak | Chirurg-oncoloog | |
| Patiënt gaat na operatie naar recovery of IC of terug naar verpleegafdeling: <ul style="list-style-type: none"> • postoperatieve observaties • zo nodig inschakelen begeleiding patiënt bij ademhalingsoefeningen • zo nodig inschakelen maatschappelijk werk, diëtist • informeren van patiënt over voortgang behandeling tijdens opname • controleren voedingsinname en gewichtsverloop | Verpleegkundige Fysiotherapeut (zo nodig) Maatschappelijk werker (zo nodig) Diëtist (zo nodig) | Voeding inname meten met 'Meet' en Weet'- methode). |
| Verwijzen naar diëtist indien voeding inname onvoldoende is. | | |
| Voorlopig uitslaggesprek wanneer PA-uitslag tijdens opname bekend is. | Chirurg-oncoloog | |

| Actie | Betrokken hulpverleners | Specifieke Punten |
|---|---|--|
| <p>Patiënt op de hoogte brengen van ontslagdatum. Met patiënt bespreken de ontslagvoorwaarden (volgens de in het ziekenhuis geldende procedures). Beoordelen thuissituatie en zo nodig inschakelen thuiszorg. Beoordelen behoefte paramedische begeleiding en zn. inschakelen.</p> | Verpleegkundige | Zelfmanagement |
| <p>Patiënt gaat met ontslag:</p> <ul style="list-style-type: none"> • vervolgspraak voor controle en zo nodig PA-uitslag • leefregels voor thuis betreffende operatie • informeren bereikbaarheid casemanager of andere zorgverleners | <p>Verpleegkundige Zaalarts / Chirurg-oncoloog</p> | <p>Leefregels:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wondverzorging, • hechtingen verwijderen, • wat te doen bij complicaties • recepten voor eventuele medicatie |
| <p>Overdracht Brief naar huisarts over ontslag (kan in combinatie met brief uitslaggesprek en datum met score van laatste Lastmeter). Indicatie en overdracht thuiszorg voor eventueel inschakelen thuiszorg (reguliere zorgverlening /specialistische verpleegkundige zorg / huishoudelijke hulp. Zo nodig indicatie en overdracht fysiotherapeut of andere paramedische begeleiding.</p> | <p>Chirurg-oncoloog Verpleegkundige Huisarts Wijkverpleegkundige of Fysiotherapeut of andere paramedische begeleiding</p> | |
| Norm / Indicator | | |
| KOPJE | | |

>B **Chirurgie** | Postoperatief MDO

| Actie | Betrokken hulpverleners | Specifieke Punten |
|--|--|---|
| Patiënt postoperatief bespreken in eerst volgende MDO nadat PA- uitslag bekend is. | Leden MDO <ul style="list-style-type: none">• Internist-oncoloog• Chirurg-oncoloog• Radioloog• Verpleegkundige• Patholoog• Radiotherapeut | Indien beleid verandert naar aanleiding van het MDO wordt patiënt daarvan op de hoogte gesteld. |
| <hr/> Norm / Indicator | | |
| SONCOS In geval van primair chirurgische behandeling worden patiënten ook postoperatief besproken ten behoeve van het vervolgbeleid. Er zijn omstandigheden waarbij hiervan kan worden afgeweken. | | |

>B Chirurgie | Uitslaggesprek PA en vervolg behandelplan

| Actie | Betrokken hulpverleners | Specifieke Punten |
|---|---|---|
| <p>Patiënt en naaste komen voor uitslaggesprek.</p> <p>Bespreken PA-uitslag en zo nodig verdere behandeling en behandellocatie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • geen (na)behandeling • radiotherapie • chemotherapie • combinatie van therapieën • palliatief beleid | <p>Chirurg-oncoloog Verpleegkundige</p> | <p>Gedeelde besluitvorming</p> |
| <p>Overdracht</p> <p>Bij doorverwijzen naar centrum/ander ziekenhuis voor verdere behandeling Radiotherapie/Systeemtherapie, aanleveren de volgende gegevens:</p> <ul style="list-style-type: none"> • reden verwijzing • voorgestelde behandeling • uitslagen van lichamelijk, beeldvormend en ander verricht onderzoek • voorkomen kanker in familie (familiegeschiedenis) • ziektegeschiedenis • medicatie • comorbiditeit • voedingstoestand • fysieke en psychosociale klachten • eventuele behandelwensen van de patiënt <p>Patiënt informeren over hoofdbehandelaar en casemanager/ contactpersoon en bereikbaarheid.</p> | <p>Chirurg-oncoloog Verpleegkundige Radiotherapeut Internist-oncoloog</p> | <p>Duidelijke afspraken maken voor overdracht van chirurg-oncoloog naar andere behandelaar.</p> <p>Overdracht laatste Lastmeter met datum en score en evt. aanvullende signalering.</p> |

Huisarts en medebehandelaars ontvangen brief met laatste
uitslagen en gekozen behandelplan

Chirurg-oncoloog
Huisarts

Norm / Indicator

KOPJE |

>B Radiotherapie | Voorbereiding

| Actie | Betrokken hulpverleners | Specifieke Punten |
|--|---|--|
| Patiënt en naaste bezoeken radiotherapeutisch centrum voor intake: <ul style="list-style-type: none"> • bespreken diagnose • lichamelijk onderzoek • bespreken behandelplan radiotherapie • uitleg doel, procedure en effecten van de behandeling (bijwerkingen) • eventueel patiënt Lastmeter laten invullen en gezamenlijk bespreken. Zo nodig doorverwijzen. • screenen (het risico) op ondervoeding en zo nodig doorverwijzen. | Radiotherapeut Verpleegkundige Diëtist (zo nodig) | Afspraken zijn vastgelegd over doorverwijzing en samenwerking met radiotherapeutisch centrum en verwijzende instelling. Gegevens die nodig zijn voor aanmelding bij het radiotherapeutisch centrum zijn: <ul style="list-style-type: none"> • correspondentie verwijzend specialist • PA-verslagen • verslagen en materiaal beeldvormend onderzoek. |
| Voorlichting geven over praktische gang van zaken. | Medewerker radiotherapie | |
| Patiënt bezoekt radiotherapeutisch laborant: <ul style="list-style-type: none"> • aftekenen van bestralingsgebied • planning (berekenen) van de bestralingen • zo nodig maken van masker | Radiotherapeutisch laborant | Patiënt weet bij welke bijwerkingen/ complicaties hij/zij zich bij welke specialist moet melden |
| Maken van vervolgfafspraken. | Secretaresse radiotherapie | |
| Overdracht | | |
| Berichtgeving naar huisarts en overige behandelaren over start behandeling | Radiotherapeut | |

Norm / Indicator

SONCOS | Indien chemo-radiotherapie al dan niet voorafgaande aan een operatieve ingreep is geïndiceerd, heeft het de voorkeur deze behandeling in één instelling te laten plaatsvinden, zeker als dit niet sequentieel maar concurrent wordt gegeven. Indien de chemotherapie en de radiotherapie toch op twee locaties gegeven worden, kan dit alleen als de twee zorginstellingen waar deze behandeling gegeven wordt, dit door middel van een 'service level agreement' (SLA) hebben vastgelegd.

>B Radiotherapie | Behandeling

| Actie | Betrokken hulpverleners | Specifieke Punten |
|--|-----------------------------|--|
| Poliklinische bestraling | Radiotherapeutisch laborant | Aandachtspunten tijdens radiotherapie: <ul style="list-style-type: none">• voorlichting op gebied van bijwerkingen• roken en voeding• huidverzorging |
| Therapie controle met patiënt. | Radiotherapeut | |
| Tussentijds vult patiënt Lastmeter in en bespreken op zorgbehoefte. Desgewenst verwijzen naar gespecialiseerde zorgverlener. | Verpleegkundige | Invullen Lastmeter afhankelijk van datum laatste Lastmeter. |
| Overdracht Resultaat behandeling berichten naar huisarts en overige behandelaren. Huisarts wordt op de hoogte gehouden via brief of telefonisch. | Radiotherapeut | |
| Norm / Indicator | | |
| SONCOS De indicatie tot een bestralingsbehandeling, inclusief brachytherapie, wordt gesteld en uitgevoerd door een radiotherapeut-oncoloog volgens de kwaliteitseisen die door het betreffende NVRO Landelijk Platform zijn vastgelegd. | | |

>B **Systeemtherapie** | Voorbereiding

| Actie | Betrokken hulpverleners | Specifieke Punten |
|---|--|--|
| Patiënt en naaste bezoeken polikliniek voor voorlichtingsgesprek en ontvangen schriftelijke informatie. Bespreken: <ul style="list-style-type: none"> • uitleg over samenstelling kuur, startdatum en bijzonderheden • uitleg doel van de systeemtherapie (cytostatica, endocriene therapie, immunotherapie, biologicals (curatief of palliatief) • telefonische bereikbaarheid van zorgverleners • wie de casemanager of aanspreekpunt is • contact opnemen buiten kantooruren. | Internist-oncoloog (hoofdbehandelaar) Verpleegkundige | Bloedonderzoek Soort therapie: uitleg over aard, doel, duur, bijwerkingen en evaluatie na de behandeling Patiënt krijgt mee afspraak voor eerste kuur. Contact buiten kantooruren opnemen met SEH of ander aanspreekpunt volgens afspraken ziekenhuis Schriftelijke informatie: <ul style="list-style-type: none"> • behandelwijzer + kuur • bij haarverlies + folder haarwerk leveranciers • folder Voeding bij kanker |
| Therapie controle met patiënt en naaste. | Internist-oncoloog | |
| Overdracht Informeren huisarts over de voorgenomen kuur. | Internist-oncoloog Verpleegkundige | Informatie over de kuur en bijwerkingen en verwijzing naar website SIB |
| Norm / Indicator | | |
| SONCOS Alle oncologische systeemtherapieën (cytostatica, endocriene therapie, immunotherapie, biologicals) worden gegeven door of in overleg met een internist-oncoloog. | | |
| SONCOS Indien chemo-radiotherapie al dan niet voorafgaande aan een operatieve ingreep is geïndiceerd, heeft het de voorkeur deze behandeling in één instelling te laten plaatsvinden, zeker als dit niet sequentieel maar concurrent wordt gegeven. Indien de chemotherapie en de radiotherapie toch op twee locaties gegeven worden, kan dit alleen als de twee zorginstellingen waar deze behandeling gegeven wordt, dit door middel van een 'service level agreement' (SLA) hebben vastgelegd. | | |

>B **Systeemtherapie** | Behandeling

| Actie | Betrokken hulpverleners | Specifieke Punten |
|--|---|--|
| Patiënt bezoekt polikliniek voor controle tijdens kuren: <ul style="list-style-type: none"> • anamnese en lichamelijk onderzoek • beoordelen van bloedonderzoek en X-thorax / CT-thorax • recept volgende kuur en anti-emetica • aanvraagformulier laboratorium en röntgen voor volgende kuur | Internist-oncoloog | <ul style="list-style-type: none"> • Bloedonderzoek vooraf kuur • Controle tijdens kuur is individueel bepaald volgens geldende richtlijn. • Zo nodig respons meting chemotherapie door: <ul style="list-style-type: none"> ○ lichamelijk onderzoek ○ X-thorax ○ CT-thorax ○ PET-CT-scan |
| Controleren van patiënt tijdens kuren (dagcentrum interne). Contact houden met patiënt voor continuïteit in begeleiding. Lastmeter laten invullen en evt. aanvullende signalering en bespreken met patiënt. Desgewenst verwijzen naar gespecialiseerde zorg. Aanspreekpunt zijn bij vragen/problemen. Toedienen van cytostatica volgens protocol. Uitvoeren van controles volgens protocol. Geeft informatie aansluitend op informatie van behandelende arts. Screenen (het risico) op ondervoeding, andere voedinggerelateerde klachten of –hulpvraag. Bij voedinggerelateerde vragen of problemen verwijzen naar diëtist. | Verpleegkundige Diëtist (zo nodig) Psycholoog (zo nodig) Maatschappelijk werk (zo nodig) | Lastmeter ongeveer om de 3 maanden, in ieder geval bij afsluiten chemotherapie. (Risico) op ondervoeding wordt gesignaleerd door % gewichtsverlies in laatste maand en half jaar + BMI of SNAQ + BMI of MUST. Voor ouderen en COPD-patiënten is een screeningsinstrument met aangepaste afkapwaarden voor de BMI nodig. |
| Norm / Indicator | | |
| KOPJE | | |

N Nazorg

>N Algemeen

| Actie | Betrokken hulpverleners | Specifieke Punten |
|---|---|--|
| <p>Nazorg gesprek met patiënt over:</p> <ul style="list-style-type: none"> • doel van nazorg, mogelijkheden en onmogelijkheden, inhoud, frequentie • controleschema conform richtlijn • symptomen bij recidief/uitbreiding ziekte • mogelijke psychosociale en/of paramedische gevolgen van de behandeling zoals pijn, vermoeidheid, stemmingsklachten, problemen acceptatie kanker, problemen op gebied relatie en seksualiteit, conditie, werkhervatting • belang van lichaamsbeweging en gezonde leefstijl • mogelijkheden voor zelfzorgmanagement • mogelijkheden re-integratie naar werk <p>Individueel nazorgplan opstellen samen met patiënt.</p> | <p>Medisch specialist Verpleegkundige Diëtist (zo nodig) Paramedische zorgverlener (zoals fysiotherapeut, oedeemtherapeut) Psycholoog (zo nodig) Revalidatiearts (zo nodig) Bedrijfsarts Huisarts</p> <p>Hoofdbehandelaar is: ... Casemanager is: ...</p> | <p>De nazorg is gericht op:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tijdig opsporen van opnieuw behandelbare tumormanifestaties • tijdig signaleren van psychosociale of paramedische en fysieke zorgbehoefte waarvoor begeleiding en/of behandeling nodig of gewenst is door de patiënt • evaluatie van medisch handelen onder voorwaarden • screening op (het risico) op ondervoeding, ongewenste gewichtstoename en/of overgewicht, andere voedinggerelateerde klachten of –hulpvraag. <p>Blauwdruk Kanker en werk: tijdens contacten aandacht besteden aan werkhervatting. Bedrijfsarts ziet werknemer met kanker minimaal eenmaal per jaar om risicofactoren voor verzuim vroegtijdig op te sporen en uitval uit het arbeidsproces te voorkomen.</p> |
| <p>Overdracht Resultaat behandeling en controleschema Hoofdbehandelaar en contactpersoon. Afspreken taakverdeling 1e lijn en 2^e lijn. Huisarts op de hoogte stellen van (verwachte) beloop. Huisarts kopie van nazorgplan sturen.</p> | <p>Medische specialist Verpleegkundige</p> | <p>Regelmatige terugkoppeling naar de huisarts in de nazorg is noodzakelijk.</p> <p>Taakverdeling 1^e en 2^e lijn, wie doet welk onderdeel.</p> |
| <p>Afspraken maken omtrent zorgvragen waarvoor patiënt zich kan melden bij de huisarts en voor welke zorgvragen patiënt zich kan melden in het ziekenhuis.</p> <p>Screenen op psychosociale en paramedische zorgbehoefte (Lastmeter) Eventueel aanvullende signalering uitvoeren. Zo nodig verwijzen.</p> | <p>Huisarts/ Medisch specialist Praktijkondersteuner huisarts (POH)</p> | <p>Alert zijn op co morbiditeit en late effecten van de behandeling.</p> <p>Afspraken maken over screeningsmomenten</p> |

| Actie | Betrokken hulpverleners | Specifieke Punten |
|--|-------------------------|---|
| naar gespecialiseerde zorgverlener. | | |
| Screenen (of het risico) op ondervoeding. Bij voedinggerelateerde vragen of problemen verwijzen naar diëtist. | Diëtist | Ondervoeding (of risico op), ongewenste gewichtstoename en overgewicht worden gesignaleerd door % gewichtsverlies in laatste maand en half jaar + BMI of SNAQ + BMI of MUST. Voor ouderen en COPD-patiënten is een screeningsinstrument met aangepaste afkapwaarden voor de BMI nodig. |

Norm / Indicator

SONCOS | Over follow-up na initiële behandeling zijn afspraken vastgelegd in de behandelprotocollen/zorgpaden.

RICHTLIJN HERSTEL NA KANKER | Medisch specialisten dienen klachten en vroege gevolgen van kanker en de behandeling actief op te sporen middels systematische vroegsignalering en deze tijdig te behandelen, dan wel adequaat door te verwijzen. Bij de uitvoering hiervan kunnen ze andere professionals inschakelen. Het verdient aanbeveling hier taakafspraken over te maken. Deze aanpak bestaat uit:

- Regelmatig signaleren van de vroege gevolgen van kanker met behulp van (gevalideerde) signaleringsinstrumenten
- Informeren van de patiënt over de mogelijke behandelingen via zelfmanagement en professionele zorg
- Behandelen van de vroege gevolgen
- Verwijzen op indicatie

Nazorg bevat standaard de behandeling van fysieke en psychosociale klachten. Denk hierbij onder andere aan:

- oncologische revalidatie
- psychosociale interventies
- begeleiding bij arbeidsre-integratie

Detectie nieuwe manifestaties alleen bij betere overleving

Vroege detectie van nieuwe manifestaties van kanker dient alleen plaats te vinden bij voldoende wetenschappelijk bewijs dat deze detectie tot winst in duur of kwaliteit van leven kan leiden, die in een vroeg stadium effectiever is dan in een later stadium als er klachten ontstaan, en moet worden uitgevoerd in een programmatische aanpak.

Voor individuele professionals:

Pas uitgewerkte en beschikbare programma's van vroege detectie in het individuele nazorgplan.

Informeert de patiënt over de mogelijkheden en beperkingen van vroege detectie van nieuwe manifestaties van kanker. Eerlijkheid over de beperkingen verdient de voorkeur boven het zinloos opsporen van onbehandelbare ziekte. Het voorkomt valse hoop en gaat onnodige medicalisering tegen.

RICHTLIJN ONCOLOGISCHE REVALIDATIE | Het is aan te bevelen om bij de follow-up van patiënten, na de behandeling van kanker, bij anamnese en lichamelijk onderzoek extra aandacht te besteden aan de langdurige bijwerkingen en de late effecten van de behandeling van kanker, omdat deze effecten bij een groeiend aantal langdurige overlevenden een nadelige invloed hebben op de kwaliteit van leven. Langdurige en late effecten van de behandeling van kanker waarmee rekening gehouden moet worden zijn vooral: langdurige (vaak ernstige) vermoeidheid, depressie, angst en een algemeen slechtere lichamelijke gezondheid die tot uiting komt in verminderd fysiek functioneren en verlies van conditie.

De werkgroep adviseert om de bevindingen over langdurige bijwerkingen en late effecten van de behandeling nauwkeurig in het medisch dossier te registreren. De werkgroep adviseert bij signalering van klachten:

Allereerst gebruik te maken van de Lastmeter (zie Richtlijn detecteren behoefte psychosociale zorg), op indicatie aangevuld met:

- De single item Visuele Analoge Schaal (VAS) voor kankergerelateerde vermoeidheid,
- De Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) voor emotionele problemen,
- De Patiënt Specifieke Klachtenlijst (PSK) voor specifieke fysieke problemen.

De werkgroep is van mening dat basisbehandelaars (medisch specialist, (gespecialiseerd) verpleegkundig(e) (specialist), bedrijfsarts, huisarts en/of fysiotherapeut) verantwoordelijk zijn voor het signaleren van klachten en, in overleg met de patiënt, indien nodig verwijzen.

- Bij enkelvoudige problematiek wordt patiënt verwezen naar een monodisciplinaire behandelaar (bijvoorbeeld fysiotherapeut, psycholoog, etc.).
- Bij meervoudige problematiek (op minimaal 2 van de 3 schalen problematiek): (CES-D >16 en/of VAS ≥4 en /of PSK ≥4 op minimaal 1 item), wordt de patiënt verwezen voor een intake oncologische revalidatie.
- Bij complexe problematiek wordt patiënt verwezen voor revalidatiegeneeskunde

Het door de werkgroep geadviseerde proces van signalering en verwijzing staat weergegeven in de beslisboom 'Oncologische Revalidatie'.

RICHTLIJN ONDERVOEDING | Er wordt geadviseerd om ondervoeding effectief te bestrijden of om een behaald resultaat te behouden en de voorlichting en dieetadvisering gedurende langere tijd te herhalen. Een multidisciplinaire samenwerking tussen diëtist, arts, verpleegkundige en andere hulpverleners en een transmurale overdracht van klinische diëtisten in verzorgings- en verpleeghuizen dan wel de thuissituatie vice versa is vereist.

P Palliatieve Zorg

>P Algemeen

| Actie | Betrokken hulpverleners | Specifieke Punten |
|--|--|---|
| <p>Patiënt is opgenomen in ziekenhuis of bezoekt de poli. In het MDO zijn de palliatieve behandelmogelijkheden besproken voor (palliatieve) chemotherapie, andere systemische behandelingen of radiotherapie.</p> | <p>Medisch specialist (internist oncoloog, chirurg-oncoloog, radiotherapeut)</p> | <p>Medische situatie is zodanig dat geen curatie meer mogelijk is.</p> <p>Afstemming en overdracht tussen de professionals in de 1e en 2e lijn is noodzakelijk in de palliatieve en terminale fase.</p> |
| <p>Hoofdbehandelaar voert gesprek met patiënt en naaste over:</p> <ul style="list-style-type: none"> • evalueren huidige behandeling • uitslagen van onderzoek • voor- en nadelen van doorgaan met ziektegerichte behandeling • palliatieve fase • doel van palliatieve zorg <p>Samen besluiten of ziektegerichte behandeling wordt voortgezet, eventueel tijdens een tweede consult na bedenktijd.</p> | <p>Huisarts (hoofdbehandelaar) Verpleegkundige Verzorgende Maatschappelijk werker Geestelijk verzorger Psycholoog Fysiotherapeut Ergotherapeut Diëtist Specialist ouderengeneeskunde Pijnarts Consulent palliatieve zorg</p> | <p>Zorg voor de naaste(n) vormt een integraal onderdeel.</p> <p>Zelfmanagement(ondersteuning), afgestemd op behoeften en mogelijkheden van de patiënt en diens naaste(n).</p> <p>Het is van belang voor de patiënt om te streven naar een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven.</p> <p>Een zekere mate van fitheid en vitaliteit vroeg in de symptoomgerichte palliatieve fase is van belang voor het welzijn van de patiënt.</p> |
| <p>Overdacht</p> <p>Afstemming overdracht tussen 1^o en 2^o lijn. Zorgen dat voor alle ketenpartners – digitaal - snel zichtbaar is dat het een palliatieve patiënt betreft en welke cruciale afspraken zijn gemaakt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • communicatie naar huisarts: berichten (telefonisch/schriftelijk) het stadium ziekteproces en keus van patiënt t.a.v. verdere behandeling. • huisarts stuurt gegevens patiënt naar huisartsenpost. • aanbieden preventief huisbezoek, indien gewenst dit regelen via wijkverpleegkundige. <p>Informeel patiënt en naaste wie hoofdbehandelaar is en wie centrale zorgverlener.</p> | <p>Vrijwilliger/mantelzorger</p> <p>Hoofdbehandelaar is: ... Casemanager is: ...</p> | <p>Bij problemen die medisch ingrijpen noodzakelijk maken kan een patiënt opgenomen worden in een ziekenhuis. Indien de patiënt dit wenst en behandeling zinvol is.</p> <p>Overdracht regelen bij afwezigheid behandelende (huis)arts (avond-weekenddienst-vakantie)</p> <p>Verschillende mogelijkheden voor ondersteuning in de palliatieve/terminale fase:</p> <ul style="list-style-type: none"> • patiënt wordt thuis ondersteund door de thuiszorg en/of vrijwilligers. • patiënt wordt opgenomen in een verpleeg-/verzorgingshuis. • patiënt wordt opgenomen in een hospice. |
| <p>Hoofdbehandelaar maakt afspraken over wat wel/niet te doen bij complicaties en acute verslechtering (advance care planning) en legt deze vast in het medisch dossier.</p> | | |

| Actie | Betrokken hulpverleners | Specifieke Punten |
|---|-------------------------|--|
| <p>Gaat na of er een wilsverklaring is en neemt deze op in het medisch dossier.</p> | | |
| <p>Zorgverlener en patiënt stellen samen een individueel palliatieve zorgplan op, dat gaandeweg wordt geëvalueerd en bijgesteld.</p> | | |
| <p>Screen bij stabiele ziekte en een levensverwachting van maanden/jaren het risico op ondervoeding.</p> | | |
| <p>De patiënt vult regelmatig maar zeker om de drie maanden de Lastmeter in en eventueel aanvullende signalering waarna een gesprek volgt. Rapporteer gesprek met datum Lastmeter naar hoofdbehandelaar. Eventuele verwijzing naar psychosociale en paramedische hulpverleners vindt plaats indien gewenst door de patiënt.</p> | | |
| <p>Door het behandelteam, de hoofdbehandelaar of tijdens een MDO wordt de surprise question negatief beantwoord.</p> | | <p>Markering surprise question aan de hand van: "Zou het mij verbazen als deze patiënt binnen 1 jaar is overleden"?</p> |
| <p>Bespreek regelmatig met patiënt wensen t.a.v. behandelingen, medische beslissingen rond het levenseinde, wensen t.a.v. het overlijden.</p> | | |
| <p>Patiënt en naaste krijgen uitleg over de verschillende instanties en/of instellingen die ondersteuning kunnen bieden.</p> | | |
| <p>Inventariseer de belasting van mantelzorger en adviseer zo nodig inzet thuiszorg of van vrijwilligers palliatief terminale zorg (VPTZ).</p> | | <p>Markering terminale fase: De medische situatie is zodanig dat er sprake is van toenemende ziektelast, verminderde mobiliteit en conditie, verminderde voedsel- en vochtintake. Het overlijden wordt binnen twee weken verwacht.</p> |
| <p>Raadpleeg zo nodig een consulent palliatieve zorg of pijnarts.</p> | | |

| Actie | Betrokken hulpverleners | Specifieke Punten |
|---|-------------------------|---|
| <p>Patiënt en naasten worden (tijdig) voorbereid op de terminale fase en de mogelijkheden in de terminale fase (palliatieve sedatie, euthanasie, niet-reanimeren beleid).</p> <p>Als het overlijden verwacht wordt binnen 2 à 3 dagen: bespreek dit met patiënt en naaste en ga over op Zorgpad Stervensfase.</p> | | <p>Inschakelen thuiszorg (palliatief team) o.a. rondom levenseinde.</p> <p>Instrumenten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zorgpad Stervensfase • Checklist Palliatieve sedatie • Patiëntenfolder Palliatieve sedatie |
| <p>Na overlijden patiënt wordt na enkele weken de nabestaande uitgenodigd voor een gesprek. Doelen van dit gesprek zijn: evaluatie van zorg en behandeling en informeren hoe het rouwproces van de nabestaande verloopt. Indien gewenst informatie - over mogelijkheden professionele rouwbegeleiding of verwijs naar maatschappelijk werk.</p> | | <p>Huisarts is proactief in het bieden van nazorg aan direct nabestaanden binnen gezin/samenlevingsverband.</p> |

Norm / Indicator

SONCOS | De zorginstelling dient per 1 januari 2017 te beschikken over een multidisciplinair team palliatieve zorg, dat werkt volgens de richtlijn palliatieve zorg (Algemene principes van palliatieve zorg, Pallialine, 2010) en gebruik maakt van een instrument (bijvoorbeeld Lastmeter) om de behoefte aan palliatieve zorg te inventariseren.

Het multidisciplinaire team bestaat uit tenminste twee medisch specialisten en een verpleegkundige met specifieke expertise in de palliatieve zorg, bij voorkeur oncologieverpleegkundige of verpleegkundig specialist oncologie of anesthesiologie/pijngeneeskunde.

Tenminste één van de medisch specialisten in het multidisciplinaire team dient binnen per 1 januari 2017 specifieke scholing op het gebied van palliatieve zorg te hebben voltooid. Het heeft de sterke voorkeur dat de andere betrokken zorgverleners ook specifieke scholing in palliatieve zorg volgen.

Er is een vaste mogelijkheid tot consultatie van internist-oncoloog, anesthesioloog, neuroloog, longarts, MDL-arts, radiotherapeut, apotheker, psycholoog, geestelijk verzorger en maatschappelijk werkende, allen met deskundigheid in palliatieve zorg, voor zover dezen niet al deel uitmaken van het multidisciplinair team.

Het multidisciplinair team komt tenminste wekelijks bijeen.

Er dient gestructureerd en tijdig transmuraal overleg en overdracht te zijn ten behoeve van optimale palliatieve zorg in de thuissituatie. Het multidisciplinair team dient tevens beschikbaar te zijn voor overleg over patiënten die ontslagen zijn en thuis palliatieve zorg ontvangen onder leiding van de huisarts.

SONCOS | Indien de wens bij een patiënt bestaat om palliatieve therapie of supportieve care in een andere (bijvoorbeeld dichterbij gelegen) zorginstelling

Norm / Indicator

te krijgen dan de instelling van primaire behandeling, kan daar in overleg voor worden gekozen. Ook indien in de gewenste zorginstelling de betreffende primaire therapie niet wordt gegeven (bijvoorbeeld palliatieve chemotherapie voor gemetastaseerd oesophaguscarcinoom in een zorginstelling waar geen oesophaguschirurgie plaatsvindt).

RICHTLIJNEN PALLIATIEVE ZORG | Bij palliatieve zorg wordt onderscheid gemaakt tussen ziektegerichte palliatie (behandeling van de ziekte) en symptoomgerichte palliatie (controle van symptomen). In de praktijk zijn ziektegerichte palliatie en symptoomgerichte palliatie sterk met elkaar verweven. Ze sluiten elkaar nooit uit en worden vaak tegelijk toegepast met de bedoeling elkaar te versterken ter verbetering van de kwaliteit van leven. In de stervensfase verschuift de focus van de symptoomgerichte palliatie van het sterven naar een zo goed mogelijke kwaliteit van sterven.

Voor ziektegerichte palliatie: zie behandeling chemotherapie/ radiotherapie/chirurgie eerder in dit format.

Voor symptoomgerichte palliatie en stervensfase: zie www.pallialine.nl ook voor richtlijnen palliatieve zorg en zorgpad stervensfase.

RICHTLIJN ONCOLOGISCHE REVALIDATIE | Voor streven naar fitheid en vitaliteit in de vroege palliatieve fase zie follow-up eerder in dit format.

De werkgroep adviseert bij signalering van klachten:

- Allereerst gebruik te maken van de Lastmeter, op indicatie aangevuld met:
- De single item Visuele Analoge Schaal (VAS) voor kanker gerelateerde vermoeidheid,
- De Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) voor emotionele problemen,

De Patiënt Specifieke Klachtenlijst (PSK) voor specifieke fysieke problemen.

RICHTLIJN ONDERVOEDING | Er wordt geadviseerd patiënten in het palliatieve fase alleen te screenen op ondervoeding wanneer de ziekte min of meer stabiel is, de levensverwachting maanden tot jaren en/of als ondersteuning bij ziektegerichte behandeling.
