

Format (regionaal) transmuraal zorgpad prostaatcarcinoom

Tumorsoort Prostaatcarcinoom
Ziekenhuis Naam ziekenhuis

**Eigenaar
zorgpad** Naam eigenaar

Versienummer 5.0
Datum Mei 2017

Introductie

Voor u ligt het format transmuraal zorgpad prostaatcarcinoom. Dit format is door Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) ontwikkeld en kan als leidraad dienen bij het ontwikkelen en implementeren van (organisatie overstijgende) zorgpaden volgens het model Integrale Oncologische Zorgpaden (IOZP; IKNL 2014). IKNL heeft ook andere tumorspecifieke formats zorgpaden ontwikkeld: long-, ovarium-, perihilair cholangio-, colorectaal carcinoom melanoom en borstkanker. Een niet-tumorspecifieke format is ontwikkeld om te gebruiken bij zorgpaden voor andere tumorsoorten (zie www.iknl.nl/shop). Alle IKNL formats zijn qua opzet en lay-out hetzelfde en beschrijven chronologisch de route van de patiënt vanaf het moment van verwijzing tot en met de palliatieve fase of overleving. Sinds 2016 is ook een format zorgpad palliatieve zorg beschikbaar. In dit format is een samenvatting opgenomen van zorgpad palliatieve zorg. 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. In het format zorgpad zijn ook normen en indicatoren opgenomen (bijlage 2). 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, NFK, Koersboek Oncologische netwerkvorming, NHG standpunt oncologie en Zorgstandaard Kanker.

Daar waar verpleegkundige staat wordt ook verpleegkundig specialist of gespecialiseerd verpleegkundige bedoeld. Daar waar casemanager staat, wordt ook aanspreekpunt of vast contactpersoon bedoeld. Tenslotte kan daar waar 'hij' staat, ook 'zij' worden gelezen. De tumorspecifieke formats worden na revisie van richtlijnen of normen binnen IKNL verband geactualiseerd. Meer informatie over het IOZP-model kunt u opvragen bij IKNL.

Belangrijkste wijzigingen versie 5.0 (2017) ten opzichte van versie 4.0 (2016):

- Geactualiseerde normen opgenomen (IGZ 2017, SONCOS 2017 Conceptrichtlijn medisch specialistische revalidatie bij oncologie (2017, in revisie) en richtlijn Detecteren behoefte psychosociale zorg (2017).

De beschrijving van het zorgpad kent verschillende onderdelen:

Fase:	Fase van het proces (preventie en vroege onderkenning, verwijzing, diagnostiek, behandeling, nazorg, en palliatieve zorg)
Actie:	Actie die wordt ondernomen in betreffende fase
Betrokken hulpverleners:	Hulpverleners betrokken bij deze actie
Specifieke punten:	Mogelijke aandachtspunten bij deze actie
Norm/indicator:	Norm/indicator vanuit onder meer richtlijnen (bijlage 2)

Disclaimer

IKNL is eigenaar van alle intellectuele eigendomsrechten op de door haar opgestelde formats voor Zorgpaden, inclusief het daarop vermelde logo van IKNL.

Het staat gebruiker vrij om de inhoud van de door IKNL gepubliceerde formats Zorgpaden als uitgangspunt te gebruiken in situaties die vragen om maatwerk. Het is gebruiker te allen tijde verboden om het logo van IKNL te voeren op voornoemde maatwerkoplossingen. Het is de verantwoordelijkheid van de gebruiker om de inhoud van de door IKNL beschikbaar gestelde formats Zorgpaden op een juiste en volledige wijze te implementeren in diens maatwerkoplossingen. IKNL aanvaardt geen enkele aansprakelijkheid voor eventuele onjuistheden en/of onvolledigheden in de inhoud van dergelijke maatwerkoplossingen.

Het is de gebruiker te allen tijde verboden om de door IKNL ontwikkelde formats Zorgpaden (of delen daarvan) voor commerciële doeleinden te gebruiken.

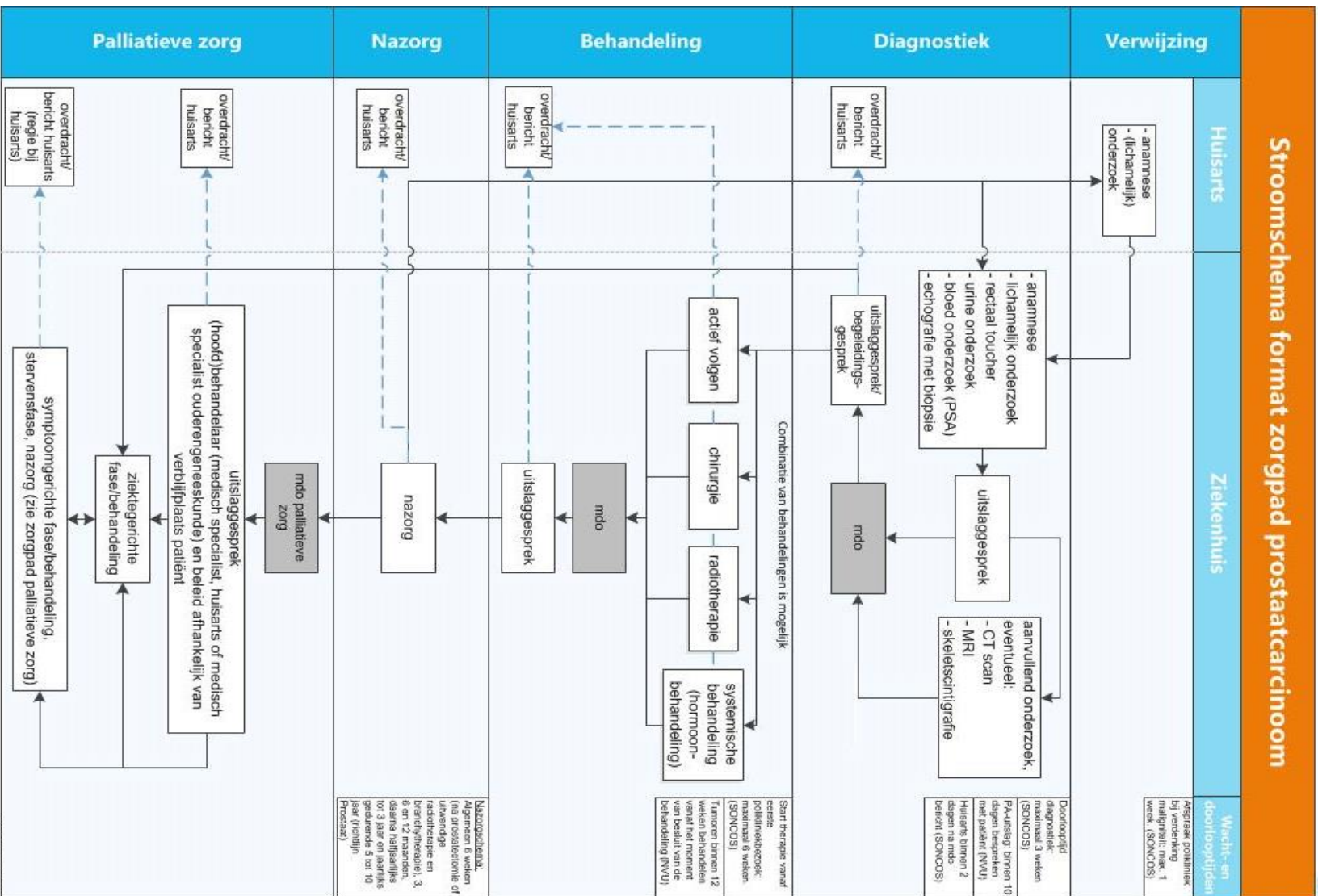
IKNL heeft bij de samenstelling van haar formats Zorgpaden de uiterste zorg betracht. Mochten er desondanks fouten of onvolkomenheden voorkomen in deze uitgaven, dan aanvaardt zij- noch anderen die bij de totstandkoming betrokken zijn geweest- enige aansprakelijkheid hiervoor.

Inhoudsopgave

Format transmuraal zorgpad prostaatacarcinoom.....	1
Stroomschema	5
Verwijzing	6
Diagnostiek	7
Eerste bezoek polikliniek.....	7
Aanvullend onderzoek.....	8
Vaststellen diagnose en opstellen behandeladvies mdo.....	8
Uitslag gesprek met patiënt.....	9
Behandeling	12
Eerste bezoek polikliniek.....	12
Actief volgen	13
Chirurgie Preoperatieve fase.....	14
Chirurgie Operatie (prostatectomie/lymfeklierdissectie).....	14
Chirurgie Postoperatief mdo.....	16
Chirurgie Uitslaggesprek PA en vervolg behandelplan	16
Radiotherapie Voorbereiding.....	17
Radiotherapie Behandeling	18
Systeemtherapie (Hormoontherapie) Voorbereiding en behandeling.....	19
Systeemtherapie (Hormoontherapie) Vervolggesprek en eventueel vervolg behandelplan	20
Systeemtherapie (Chemotherapie) Voorbereiding.....	20
Systeemtherapie (Chemotherapie) Behandeling	21
Systeemtherapie (Chemotherapie) Vervolggesprek en eventueel vervolg behandelplan	22
Nazorg	23
Palliatieve zorg.....	25
Gemetastaseerde ziekte	25

BIJLAGE 1 Evaluatie transmuraal zorgpad prostaatcarcinoom	28
BIJLAGE 2 Gebruikte documenten en normen	33

Stroomschema



Verwijzing

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
<p>Patiënt bezoekt huisarts.</p> <p>Bespreek met patiënt de uit te voeren onderzoeken.</p> <p>Voer diagnostisch onderzoek uit:</p> <ul style="list-style-type: none"> • anamnese en lichamelijk onderzoek • laboratorium-, beeldvormend en eventueel aanvullend onderzoek <p>Screen (het risico) op ondervoeding.</p> <p>Bespreek met patiënt de onderzoeksuitlagen, indien van toepassing de reden van doorverwijzing en de te verwachten procedure en vervolgonderzoeken.</p> <p>Coach patiënt in het keuzeproces voor verdere diagnostiek.</p>	<p>Huisarts</p>	<p>Adviseer patiënt bij vermoeden carcinoom om naaste mee te nemen naar polikliniek.</p> <p>Houd bij keuze voor ziekenhuis rekening met beschikbare diagnostiek, wachttijden en voorkeur patiënt. Ondersteun desgewenst de patiënt bij keuze voor (de plaats van) behandeling.</p>
<p>Overdracht</p> <p>Verwijs door naar medisch specialist en lever de volgende gegevens aan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • reden van verwijzing • anamnese, uitslagen lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek • voorkomen kanker in familie • ziektegeschiedenis • medicatie • comorbiditeit • voedingstoestand • fysieke en psychosociale klachten • behandelwensen van de patiënt 	<p>Huisarts</p>	<p>Verwijsbeleid is duidelijk voor alle huisartsen.</p> <p>Streef naar digitale gegevensuitwisseling tussen huisarts en behandelaren in het ziekenhuis.</p> <p>Maak afspraken over contact voor consultatie en overleg tussen huisarts en behandelaren in het ziekenhuis.</p>

Diagnostiek

Eerste bezoek polikliniek

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
<p>Patiënt bezoekt polikliniek. Informeer patiënt over onderzoeken en de keuzemogelijkheden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • anamnese • lichamelijk onderzoek • diagnostisch onderzoek (beeldvormend, weefsel- en erfelijkheidsonderzoek) • echografie met biopsie • laboratoriumonderzoek • rectaal toucher • urine onderzoek • bloedonderzoek (PSA) • geriatrische screening bij patiënt 70 jaar of ouder • screen op (risico) op ondervoeding en andere voedinggerelateerde klachten <p>Maak afspraken over wie hoofdbehandelaar en casemanager zijn en over hun bereikbaarheid. Bespreek dit met patiënt.</p>	<p>Uroloog Verpleegkundige</p> <p>Geriatr/geriatisch verpleegkundige (zo nodig) Klinisch geneticus (zo nodig)</p> <p>Hoofdbehandelaar is... Casemanager is...</p>	<p>Voor het PA-verslag worden de protocollen van Palga gevolgd zie www.palga.nl. Bij prostaatnaaldbiopten zonder prostaatacarcinoom wordt het vermelden van de aanwezigheid van multifocaal hooggradig PIN en atypische klierbuizen aanbevolen.</p> <p>G8 vooralsnog meest geaccepteerde screeningsinstrument voor geriatrische screening (Bellera, 2012)*</p> <p>Casemanagerschap: deze zorgverlener is een vast anker voor de patiënt gedurende het gehele traject van diagnostiek en behandeling (SONCOS 2017).</p>
<p>Bespreek uitslagen met patiënt, of aanvullend onderzoek nodig is en of patiënt dit wil.</p> <p>Bespreek eventuele uitslag geriatrische screening en mogelijke gevolgen voor de behandeling.</p>	<p>Uroloog</p>	<p>Gedeelde besluitvorming (shared decision making):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patiënt krijgt op het individu afgestemde informatie over opties en uitkomsten (inclusief de optie van niet behandelen). • Mogelijke voor- en nadelen van de opties bespreken, waarbij de patiënt ook geïnformeerd kan worden over specifieke kansen en risico's. <p>Expliciet nagaan welke waarden en voorkeuren de patiënt heeft ten aanzien van de mogelijke opties, zodat patiënt een bij hen passende beslissing kan nemen. Gebruik hierbij een keuzehulp als deze beschikbaar is.</p>

* Bellera C, Rainfray M, Mathoulin-Pélissier S et al. (2012). Screening older cancer patients: first evaluation of the G-8 screening tool. Ann Oncol; 23: 2166 - 2172.

		<ul style="list-style-type: none"> • Patiënt krijgt en neemt voldoende tijd voor besluitvorming. Indien gewenst ontvangt de patiënt hierbij ondersteuning (Zorgstandaard Kanker, 2014).
Maak vervolgspraken en geef voorlichting over de geplande onderzoeken die niet op dezelfde dag plaats kunnen vinden.	Secretaresse polikliniek	
Verwijs, indien nodig, patiënt door naar referentiecentrum en geef de resultaten door van: anamnese, lichamelijk, diagnostisch en laboratorium onderzoek en uitslag geriatrische screening en screening ondervoeding.	Medisch specialist (diversen afhankelijk van de onderzoeken)	Bij vermoeden op een bepaalde tumor kan aanvullende diagnostiek plaatsvinden in een referentiecentrum. Spreek af wie, waar, welke diagnostiek uitvoert en zorgt dat uitslagen en beelden tijdig beschikbaar zijn.
Houd contact met patiënt gedurende diagnostisch traject, ondersteun en intervier bij eventuele onverwachte gebeurtenissen.	Huisarts	

Aanvullend onderzoek

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
Patiënt bezoekt polikliniek voor aanvullende stadiëringsonderzoeken. Eventueel: <ul style="list-style-type: none"> • CT-scan • MRI • Skeletscintigrafie Meld patiënt aan voor het mdo.	Uroloog Radioloog Radiologisch laborant Nucleair geneeskundige Patholoog Laborant	Overweeg PCA3 test na een eerste of tweede negatieve biopt. Overweeg MRI bij negatieve biopten.
Plan vervolgspraak in voor uitslagen van onderzoeken en de diagnose.	Secretaresse polikliniek	Attendeer patiënt op wenselijkheid van aanwezigheid naaste bij uitslaggesprek.

Vaststellen diagnose en opstellen behandeladvies mdo

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
Afhankelijk van tumorsoort en/organisatie: bespreek tijdens	Leden mdo:	Mdo vindt wekelijks plaats volgens een vaste procedure van

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
<p>mdo patiënt met expert/consulent uit referentiecentrum.</p> <p>Bespreek en documenteer :</p> <ul style="list-style-type: none"> uitslagen alle onderzoeken PA stadiering van de tumor doel behandeling: curatief/palliatief behandeladvies trialmogelijkheden <p>Stuur het verslag van het mdo binnen twee dagen naar de huisarts.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Uroloog Internist-oncoloog Radioloog Verpleegkundige Casemanager Patholoog Radiotherapeut-oncoloog Geriatr/geriatriesch verpleegkundige (zo nodig) 	<p>aanmelding, bespreking en verslaglegging.</p> <p>Overweeg om huisarts uit te nodigen of voor en/of na het mdo telefonisch te spreken.</p> <p>Spreek af wie hoofdbehandelaar en casemanager worden indien dit verandert na het mdo.</p> <p>Indien palliatieve behandeling: ga na of behandeling ziektegericht is of dat overlijden binnen 1 jaar verwacht wordt (Surprise question, Zorgmodule palliatieve zorg).</p> <p>Zie ook Mdo Kwaliteitscriteria (IKNL, 2016).</p>

Uitslag gesprek met patiënt

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
<p>Geef uitslag van de verschillende aanvullende onderzoeken aan patiënt en diens naaste.</p>	<p>Uroloog Verpleegkundige</p>	<p>Een verpleegkundige is bij voorkeur aanwezig bij het gesprek , bijvoorbeeld degene die ook het begeleidingsgesprek uitvoert.</p>
<p>Diagnose kanker: Bespreek de verschillende therapeutische behandelopties, (stadiërings)onderzoeken, behandellocaties en vervolgmogelijkheden zoals besproken in mdo. Bespreek de risico's van de behandelopties. Bespreek mogelijkheid van participatie in trials. Kom in overleg met patiënt tot keuze behandelbeleid. Bespreek eventuele wens van patiënt voor een second opinion.</p> <p>Afwachtend (expectatief) beleid</p> <ul style="list-style-type: none"> Palliatief beleid (Markeer palliatieve fase, maak onderscheid tussen ziektegerichte en symptoomgerichte palliatie). Bespreek hoe de begeleiding van symptoombehandeling er uit kunnen zien als patiënt afziet van behandeling. Advanced Care Planning (ACP). 		<p>Dit gesprek bevat veelal meer dan het bespreken van van uitslagen en behandelopties. De term "intensief consult wordt om die reden ook gebruikt en sluit aan bij de DBC code 'Intensief consult tbv zorgvuldige afweging behandelopties' die in de praktijk nog te weinig bekend is en nog nauwelijks wordt geregistreerd.</p> <p>Gedeelde besluitvorming (zie voor definitie Diagnostiek: eerste bezoek polikliniek) Patiënt krijgt voldoende bedenktijd om tot een besluit te komen.</p> <p>Informed consent:vraag patiënt toestemming voor behandelkeuze.</p> <p>Overweeg consult palliatief team indien patiënt niet in</p>

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
		<p>aanmerking komt voor tumorgerichte behandeling.</p> <p>ACP: proces waarbij een patiënt, in gesprek met de gezondheidswerkers, familie en andere belangrijke mensen, beslissingen neemt over zijn/haar toekomstige gezondheidszorg, als hij of zij dat niet meer kan. Dit proces informeert de patiënt en geeft hem/haar de regie over zijn/haar huidige en toekomstige behandeling (S. Verhagen, 2013).</p>
<p>Voer begeleidingsgesprek na uitslag. Bespreek met patiënt en diens naaste:</p> <ul style="list-style-type: none"> • voorgestelde behandeling • voorlichtingsmateriaal • contactpersoon/casemanager en bereikbaarheid • toelichting over signalering (Lastmeter) en mogelijkheden voor psychosociale en paramedische zorg tijdens het zorgtraject 	Verpleegkundige	<p>Vang patiënt, partner en/of andere naasten op.</p> <p>Informeer patiënt over relevante patiëntenverenigingen en websites, waaronder www.kanker.nl en www.kanker.nl/kankeronderzoek.</p> <p>Informeer patiënt over Nederlandse Kanker Registratie (folder Registreren van kanker).</p>
<p>Overdracht Lever bij doorverwijzen naar referentiecentrum voor behandeling, de volgende gegevens aan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • reden verwijzing • voorgestelde behandeling • uitslagen van lichamelijk, beeldvormend en aanvullend onderzoek • voorkomen kanker in familie • ziektegeschiedenis • medicatie • comorbiditeit • eventueel uitslag geriatrische screening • voedingstoestand • fysieke en psychosociale klachten • behandelwensen van de patiënt <p>Informeer patiënt over hoofdbehandelaar en casemanager en bereikbaarheid.</p>	Uroloog	
Informeer huisarts over diagnose en gekozen behandeltraject.	Uroloog	Spreek communicatiemomenten af tussen ziekenhuis en

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
Bij ontslagtraject tevens huisarts informeren over het bieden van begeleidingsgesprek patiënt.		huisarts.

Behandeling

Eerste bezoek polikliniek

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
<p>Bespreek met patiënt voorgestelde therapieën zoals in mdo besproken.</p> <p>Stel samen met patiënt een individueel zorgplan op.</p> <p>Informeer patiënt indien relevant over de gevolgen van de behandeling voor vruchtbaarheid en bespreken kinderwens en de mogelijke oplossingen hiervoor.</p> <p>Maak afspraken over wie hoofdbehandelaar en casemanager zijn en over hun bereikbaarheid. Bespreek dit met patiënt.</p>	<p>Uroloog Internist-oncoloog Chirurg-oncoloog Radiotherapeut-oncoloog Verpleegkundige</p> <p>Hoofdbehandelaar is... Casemanager is...</p>	<p>Bij de behandeling van prostaatacarcinoom is een combinatie van therapieën mogelijk.</p> <p>Aandachtspunt bij een combinatietherapie is regie en overdracht tussen betrokken medische disciplines tussen de behandelingen.</p> <p>Leg alle afspraken vast, deze zijn toegankelijk voor de patiënt.</p> <p>Invloed op de therapie: gebruik van complementaire of alternatieve therapieën en/of voedings-, vitamine- en mineraalsupplementen door patiënt.</p>
<p>Screen regelmatig op (risico op) ondervoeding en andere voedingsgerelateerde klachten tijdens de behandeling (opname, dagbehandeling, bezoek aan radiotherapeutisch instituut) en zo nodig doorverwijzen.</p> <p>Signaleer regelmatig de gevolgen van kanker(behandeling) en de behoefte aan zorg met behulp van de Lastmeter: laat Lastmeter invullen en bespreek deze met patiënt. Verleen basale psychosociale zorg en verwijs zo nodig en desgewenst naar gespecialiseerd zorgverlener. Voor monitoring kan ook de EORTC QLQ-C30 worden gebruikt.</p> <p>Bespreek, adviseer c.q. desgewenst begeleid (zelfmanagement) vooraf en tijdens de behandeling(en) over:</p> <ul style="list-style-type: none"> • leefregels zoals stoppen met roken, stimuleren van 	<p>Verpleegkundige Psychosociale en paramedische zorgverleners (zo nodig)</p>	<p>Neem de Lastmeter bij start en het einde van de behandeling af. Alleen niet vaker dan elke drie maanden met als laatste keer het gesprek waar de primaire behandeling wordt afgesloten.¹</p> <p>Verwijzingen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Functioneringsproblemen op één specifiek vlak (bv. lichamelijk, cognitief emotioneel of sociaal en/of m.b.t. rolfunctioneren); verwijs naar monodisciplinaire behandeling. • Functioneringsproblemen op verscheidene vlakken (meervoudig) of bij een verhoogd risico hierop. <ul style="list-style-type: none"> ○ Blijkt er sprake van complexe en van onderlinge samenhangende problemen en is interdisciplinaire behandeling nodig, waarbij onderlinge afstemming van het behandelplan noodzakelijk is, verwijs naar interdisciplinaire

¹ Uit richtlijn Detecteren behoefte psychosociale zorg.

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
lichaamsbeweging en gezonde voeding • participatie en re-integratie in maatschappij en werk		medisch specialistische revalidatie. <ul style="list-style-type: none"> ○ Als sprake is van problematiek op verscheidene vlakken (meervoudig), maar deze is niet complex, is behandeling door naast elkaar bestaande monodisciplinaire behandelingen, gecoördineerd door een medisch specialist/oncoloog, mogelijk. • Bij zeer uitgebreide of ernstige functiestoornissen, met blijvende beperkingen, waarbij een langdurig herstelproces of onvolledig herstel wordt verwacht, verwijs naar (poli)klinische medisch specialistische revalidatiezorg.² Voor verwijsmogelijkheden: zie Verwijsgids kanker www.verwijsgidskanker.nl .

Actief volgen

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
Besluit aan de hand van het uitslaggesprek na de definitieve diagnose tot actief volgen. Patiënt moet geïnformeerd worden over wat dit inhoudt. Bijv. initieel 3 maandelijks PSA, jaarlijks bipten etc. HJ: Bij de actieve therapie staat vrij uitgebreid beschreven wat dit inhoudt, welke betrokken hulpverleners etc. Dat mis ik voor de optie actief volgen.	Uroloog Verpleegkundige	Bij patiënten met een laag risico (T1c-2a, Gleason score <7, iPSA <10 ng/mL en slechts 1 of 2 positieve bipten) verdient een beleid van actief volgen de voorkeur.

² Uit module concept richtlijn Oncologische revalidatie, kan afwijken van definitieve versie

Chirurgie | Preoperatieve fase

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
Patiënt bezoekt polikliniek chirurgie. Bespreek: <ul style="list-style-type: none">• indicatie operatie• complicaties• uitleg pre-operatieve voorbereiding Indien nodig bespreek behoefte aan thuiszorg.	Uroloog Verpleegkundige	
Patiënt komt voor preoperatieve screening: <ul style="list-style-type: none">• gesprek met anesthesioloog• indien nodig preoperatieve consulten met bijvoorbeeld cardioloog, internist, geriater Anesthesioloog geeft goedkeuring voor de OK.	Anesthesioloog assistent preoperatief screening (zo nodig)	
Informeert patiënt over: <ul style="list-style-type: none">• opnamedatum• OK-datum• verwachte datum PA-uitslag	Secretaresse polikliniek	

Chirurgie | Operatie (prostatectomie/lymfeklierdissectie)

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
Patiënt meldt zich voor opname. Ontvangst op afdeling (anamnese + wegwijs volgens standaard procedures) en informeert patiënt 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 Bereid patiënt preoperatief voor.	Verpleegkundige Zaalarts	

Operatie volgens richtlijn. Na OK naaste/familie informeren over verloop volgens afspraak.	Uroloog	
Patiënt gaat na operatie naar recovery of IC of terug naar verpleegafdeling: <ul style="list-style-type: none"> • postoperatieve observaties • schakel zo nodig begeleiding in voor patiënt bij ademhalingsoefeningen • schakel zo nodig maatschappelijk werk, diëtist in • schakel zo nodig pijnteam in • informeer patiënt over voortgang behandeling tijdens opname • controleer voedingsinname en gewichtsverloop en verwijs zo nodig door 	Uroloog Verpleegkundige Fysiotherapeut (zo nodig) Maatschappelijk werker (zo nodig) Diëtist (zo nodig) Pijnteam (zo nodig)	
Voer voorlopig uitslaggesprek wanneer PA-uitslag tijdens opname bekend is.	Uroloog Patholoog	Voor het PA-verslag worden de protocollen van Palga gevolgd zie www.palga.nl .
Breng patiënt op de hoogte van ontslagdatum. Bespreek met patiënt de ontslagvoorwaarden. Beoordeel thuissituatie en schakel zo nodig thuiszorg in. Beoordeel behoefte paramedische begeleiding en schakel deze begeleiding zo nodig in.	Verpleegkundige	
Patiënt gaat met ontslag: <ul style="list-style-type: none"> • maak vervolgspraak voor controle en zo nodig PA-uitslag • geef leefregels mee voor thuis betreffende operatie • informeer over bereikbaarheid casemanager of andere zorgverleners 	Verpleegkundige Zaalarts / Uroloog	Leefregels: <ul style="list-style-type: none"> • wondverzorging, • hechtingen verwijderen, • wat te doen bij complicaties • recepten voor eventuele medicatie <p>Specifieke aandacht heeft de aanwezigheid van postoperatieve pijn, plasklachten, katheterzorg, incontinentie, erectiele disfunctie en seksueel functioneren.</p>
Overdracht Stuur brief zo spoedig mogelijk naar huisarts over ontslag (kan in combinatie met brief uitslaggesprek en datum met score van laatste Lastmeter). Zorg voor indicatie en overdracht thuiszorg voor eventueel inschakelen thuiszorg (reguliere zorgverlening /specialistische	Uroloog Verpleegkundige	

verpleegkundige zorg / huishoudelijke hulp. Zorg zo nodig voor indicatie en overdracht fysiotherapeut of andere paramedische begeleiding.		
--	--	--

Chirurgie | Postoperatief mdo

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
<p>Bespreek patiënt postoperatief in eerst volgende mdo nadat PA-uitslag bekend is.</p> <p>Afhankelijk van tumorsoort en/organisatie: bespreek tijdens mdo patiënt met expert/consulent uit referentiecentrum.</p> <p>Bespreek en documenteer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • uitslagen alle onderzoeken • PA • doel behandeling: curatief/palliatief • behandeladvies • trialmogelijkheden • voedingstoestand (zo nodig) <p>Stuur het verslag van mdo uiterlijk binnen twee werkdagen naar de huisarts.</p>	<p>Leden mdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Internist-oncoloog • Uroloog • Radioloog • Verpleegkundige • Casemanager • Patholoog • Radiotherapeut-oncoloog 	<p>Mdo vindt wekelijks plaats met vaste deelnemers, volgens een vaste procedure van aanmelding, bespreking en verslaglegging.</p> <p>Overweeg om huisarts uit te nodigen of voor en/of na het mdo telefonisch te spreken.</p> <p>Spreek af wie hoofdbehandelaar en casemanager worden indien dit verandert na het mdo.</p> <p>Indien palliatieve behandeling: ga na of behandeling ziektegericht is of dat overlijden binnen 1 jaar verwacht wordt (Surprise question, Zorgmodule palliatieve zorg)</p> <p>Zie ook Mdo Kwaliteitscriteria (IKNL, 2016).</p>

Chirurgie | Uitslaggesprek PA en vervolg behandelplan

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
<p>Patiënt en naaste komen voor uitslaggesprek.</p> <p>Bespreek PA-uitslag en zo nodig verdere behandeling en behandellocatie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • geen (na)behandeling • radiotherapie 	<p>Uroloog Verpleegkundige</p>	<p>Indien advies verandert naar aanleiding van het mdo, bespreek dit met patiënt.</p> <p>Gedeelde besluitvorming (zie voor definitie 'Diagnostiek: eerste bezoek polikliniek')</p>

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
<ul style="list-style-type: none"> • chemotherapie • combinatie van therapieën • palliatief beleid 		Geef mondelinge en schriftelijke informatie afgestemd op behoefte patiënt.
<p>Overdracht Lever bij doorverwijzen naar referentiecentrum voor verdere behandeling radiotherapie/systeemtherapie, 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 • ziektegeschiedenis • medicatie • comorbiditeit • voedingstoestand • fysieke en psychosociale klachten • behandelwensen van de patiënt <p>Informeer patiënt over hoofdbehandelaar en casemanager/contactpersoon en bereikbaarheid.</p>	Uroloog Verpleegkundige Radiotherapeut-oncoloog Internist-oncoloog	Maak duidelijke afspraken voor overdracht van uroloog naar andere behandelaar. Zorg voor overdracht laatste Lastmeter met datum en score.
Stuur huisarts en medebehandelaars zo spoedig mogelijk een brief met laatste uitslagen en gekozen behandelplan.	Uroloog Verpleegkundige	

Radiotherapie | Voorbereiding

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
Patiënt en naaste bezoeken radiotherapeutisch centrum voor intake. Bespreek: <ul style="list-style-type: none"> • diagnose • lichamelijk onderzoek • behandelplan radiotherapie (uitwendige bestraling/brachytherapie) • doel, procedure en effecten van de behandeling 	Radiotherapeut-oncoloog Verpleegkundige Physician assistant Anesthesist Dietist (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

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
(bijwerkingen) Maak afspraken over wie hoofdbehandelaar en casemanager zijn en over hun bereikbaarheid. Bespreek dit met patiënt.		<ul style="list-style-type: none"> verslagen en materiaal beeldvormend onderzoek.
Echografie van prostaat met inbreng van goudmarkers (zo nodig), eventueel aanvullend MRI.	Radiotherapeut-oncoloog Physician assistant	
Voorlichting geven over praktische gang van zaken.	Medewerker radiotherapie	
Patiënt bezoekt radiotherapeutisch laborant: <ul style="list-style-type: none"> teken bestralingsgebied af plan (bereken) de bestralingen 	Radiotherapeutisch laborant	Patiënt weet bij welke bijwerkingen/ complicaties hij/zij zich bij welke specialist moet melden.
Maak vervolgspraken.	Secretaresse radiotherapie	
Overdracht Bericht huisarts en overige behandelaren zo spoedig mogelijk over start behandeling.	Radiotherapeut-oncoloog Physician assistant	

Radiotherapie | Behandeling

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
Poliklinische bestraling	Radiotherapeut-oncoloog Radiotherapeutisch laborant Anesthesist Physician assistant	Aandachtspunten tijdens radiotherapie: <ul style="list-style-type: none"> voorlichting op gebied van bijwerkingen roken en voeding Leefregels bij brachytherapie, waaronder: <ul style="list-style-type: none"> urine zeven in verband met zaadjes eerste maand geslachtsgemeenschap met een condoom verkleuring van sperma tot 6 weken niet fietsen en rectaal onderzoek
Na iedere serie radiotherapie evalueer de te verwachten effecten en lasten van de behandeling en bespreek zo nodig de mogelijkheden voor verdere opties of palliatieve zorg.	Radiotherapeut-oncoloog	
Signaleer de gevolgen van kanker(behandeling) en de behoefte	Verpleegkundige	Neem de Lastmeter aan het begin en einde van de behandeling

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
<p>aan zorg met behulp van de Lastmeter: laat Lastmeter invullen en bespreek deze met patiënt. Verleen basale psychosociale zorg en verwijst zo nodig en desgewenst naar gespecialiseerd zorgverlener.</p> <p>Screen op (het risico op) ondervoeding en andere voedingsgerelateerde klachten.</p>	Psychosociale en paramedische zorgverleners (zo nodig)	af en/of om de 3 maanden het een langdurige behandeling betreft. ³ Voor monitoring kan ook de EORTC QLQ-C30 worden gebruikt, Zie voor verwijsmogelijkheden de specifieke punten bij 'Behandeling, eerste bezoek polikliniek'
<p>Overdracht Bericht resultaat behandeling zo spoedig mogelijk naar huisarts en overige behandelaren. Breng huisarts op de hoogte via brief of telefonisch.</p>	Radiotherapeut-oncoloog Verpleegkundige	

Systemtherapie (Hormoontherapie) | Voorbereiding en behandeling

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
<p>Patiënt en naaste bezoeken polikliniek voor voorlichtingsgesprek en ontvangen schriftelijke informatie. Bespreek:</p> <ul style="list-style-type: none"> aard, doel, duur, bijwerkingen, samenstelling kuur, startdatum, bloedonderzoek, evaluatie na behandeling en bijzonderheden bereikbaarheid binnen en buiten kantooruren <p>Maak afspraken over wie hoofdbehandelaar en casemanager zijn en over hun bereikbaarheid. Bespreek dit met de patiënt.</p>	Uroloog Verpleegkundige	<p>Bloedonderzoek</p> <p>Geef schriftelijke informatie:</p> <ul style="list-style-type: none"> behandelwijzer + kuur bij haarverlies + folder haarwerk leveranciers folder 'Voeding bij kanker'
Therapie controle met patiënt en naaste.	Uroloog	
<p>Overdracht Informeert huisarts zo spoedig mogelijk over de voorgenomen</p>	Internist-oncoloog Verpleegkundige	Informatie over de kuur en bijwerkingen en verwijzing naar website Samenstellen Informatie over Bijwerkingen (SIB),

³ Uit richtlijn Detecteren behoefte psychosociale zorg.

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
kuur.		www.sibopmaat.nl.

Systemtherapie (Hormoontherapie) | Vervolggesprek en eventueel vervolg behandelplan

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
<p>Patiënt en naaste komen voor uitslag gesprek.</p> <p>Bespreek de uitslag en het vervolg van de behandeling:</p> <ul style="list-style-type: none"> • radiotherapie • systemische therapie • palliatief beleid <p>Evalueer na iedere kuur de te verwachten effecten en lasten van de behandeling en bespreek zo nodig de mogelijkheden voor palliatieve zorg. Bespreek de lange en korte termijn gevolgen van ziekte/behandeling.</p> <p>Signaleer de gevolgen van kanker(behandeling) en de behoefte aan zorg met behulp van de Lastmeter: laat Lastmeter invullen en bespreek deze met patiënt. Verleen basale psychosociale zorg en verwijz zo nodig en desgewenst naar gespecialiseerd zorgverlener.</p>	<p>Uroloog</p> <p>Verpleegkundige</p> <p>Psychosociale en paramedische zorgverleners (zo nodig)</p>	<p>Maak duidelijke afspraken voor overdracht van uroloog naar andere behandelaar.</p> <p>Stel samen met de patiënt een individueel nazorgplan op en bespreek dit.</p> <p>Voor monitoring kan ook de EORTC QLQ-30 worden gebruikt.</p>
<p>Overdracht</p> <p>Informeer huisarts zo spoedig mogelijk over de voorgenomen kuur.</p>	<p>Uroloog</p> <p>Verpleegkundige</p>	<p>Informatie over de kuur en bijwerkingen en verwijzing naar website Samenstellen Informatie over Bijwerkingen (SIB), www.sibopmaat.nl.</p>

Systemtherapie (Chemotherapie) | Voorbereiding

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
Patiënt en naaste bezoeken polikliniek voor	Internist-oncoloog	Bloedonderzoek

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
<p>voorlichtingsgesprek en ontvangen schriftelijke informatie.</p> <p>Bespreek:</p> <ul style="list-style-type: none"> aard, doel, duur, bijwerkingen, samenstelling kuur, startdatum, bloedonderzoek, evaluatie na behandeling en bijzonderheden bereikbaarheid binnen en buiten kantooruren <p>Maak afspraken over wie hoofdbehandelaar en casemanager zijn en over hun bereikbaarheid. Bespreek dit met de patiënt.</p>	<p>Uroloog</p> <p>Verpleegkundige</p>	<p>Geef schriftelijke informatie:</p> <ul style="list-style-type: none"> behandelwijzer + kuur bij haarverlies + folder haarwerk leveranciers folder 'Voeding bij kanker'
<p>Overdracht</p> <p>Informeert huisarts en overige behandelaren zo spoedig mogelijk over het resultaat van de behandeling.</p> <p>Houd huisarts op de hoogte via brief of telefonisch.</p>	<p>Internist-oncoloog</p> <p>Verpleegkundige</p>	<p>Informatie over de kuur en bijwerkingen en verwijzing naar website Samenstellen Informatie over Bijwerkingen (SIB), www.sibopmaat.nl.</p>

Systemtherapie (Chemotherapie) | Behandeling

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
<p>Patiënt bezoekt polikliniek voor controle tijdens kuren:</p> <ul style="list-style-type: none"> Geef systeemtherapie volgens protocol. Voer controles uit volgens protocol. Houd contact met patiënt voor continuïteit in begeleiding. Screen psychosociale en paramedische zorgbehoeften met hulp van de Lastmeter: laat Lastmeter invullen en bespreek deze met patiënt. Verleen basale psychosociale zorg en verwijs zo nodig en desgewenst naar gespecialiseerd zorgverlener. Screen op (het risico op) ondervoeding en andere voedingsgerelateerde klachten. Aanspreekpunt zijn bij vragen/problemen. 	<p>Internist-oncoloog</p> <p>Verpleegkundige</p> <p>Psychosociale en paramedische zorgverleners (zo nodig)</p>	<p>Bloedonderzoek vooraf aan de kuur</p> <p>Controle tijdens chemotherapie wordt individueel bepaald volgens de geldende richtlijn.</p> <p>Zo nodig respons meting chemotherapie door:</p> <ul style="list-style-type: none"> lichamelijk onderzoek PSA (PET-)CT-scan of MRI <p>Neem de Lastmeter aan het begin en einde van de behandeling af en/of om de 3 maanden het een langdurige behandeling betreft.⁴</p> <p>Zie voor verwijsmogelijkheden de specifieke punten bij 'Behandeling, eerste bezoek polikliniek'</p>

⁴ Uit richtlijn Detecteren behoefte psychosociale zorg.

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
Overdracht Informeer huisarts en overige behandelaren zo spoedig mogelijk over de voortgang van de behandeling.	Internist-oncoloog Verpleegkundige	

Systemtherapie (Chemotherapie) | Vervolggesprek en eventueel vervolg behandelplan

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
Patiënt bezoekt polikliniek voor vervolggesprek. Bespreek uitslag en eventueel vervolg van de behandeling: Palliatief beleid (markeren van de palliatieve fase), zie ook P palliatieve zorg). Bespreek de korte en langer termijn gevolgen van de ziekte en behandeling.	Internist-oncoloog Verpleegkundige	
Overdracht Informeer huisarts en overige behandelaren zo spoedig mogelijk over het resultaat van de behandeling. Houd huisarts op de hoogte gehouden via brief of telefonisch.	Internist-oncoloog Verpleegkundige	

Nazorg

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
<p>Patiënt bezoekt polikliniek voor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tijdig opsporen van nieuwe kankermanifestaties • tijdig signaleren van gevolgen van kanker(behandeling) en de behoefte aan zorg. <p>Nazorggesprek met patiënt over:</p> <ul style="list-style-type: none"> • doel van de nazorg, mogelijkheden en onmogelijkheden, inhoud, frequentie diagnostiek voor detectie nieuwe kankermanifestaties conform richtlijn (nacontroleschema) symptomen bij recidief/uitbreiding ziekte en gevolgen van kanker en behandeling • belang van lichaamsbeweging en gezonde leefstijl • mogelijkheden voor zelfzorgmanagement • mogelijkheden re-integratie naar werk <p>Maak afspraken over wie hoofdbehandelaar en casemanager zijn en over hun bereikbaarheid. Bespreek dit met patiënt.</p> <p>Leg de besproken punten, in afstemming met de patiënt vast in het Individueel nazorgplan voor de patiënt.</p>	<p>Uroloog Verpleegkundige</p> <p>Hoofdbehandelaar is... Casemanager is...</p>	<p>Nacontroleschema volgens richtlijn</p> <p>Nazorggesprek (al dan niet gekoppeld aan nacontroleschema):</p> <ul style="list-style-type: none"> • bij de afronding van de (primaire) kankerbehandeling • bij heroverweging van de nazorg, bijvoorbeeld één jaar na afronding van de behandeling; • als veranderingen optreden in de medische en/of psychosociale situatie van de patiënt. <p>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>Signaleer gevolgen van kanker(behandeling) en de behoefte aan zorg metbehulp van de Lastmeter: laat Lastmeter invullen en bespreek deze met patiënt. Verleen basale psychosociale zorg en verwijz zo nodig en desgewenst naar gespecialiseerd zorgverlener.</p> <p>Screen op (het risico) op ondervoeding en andere</p>	<p>Verpleegkundige Psychosociale en paramedische zorgverleners (zo nodig) Bedrijfsarts (zo nodig) Huisarts</p>	<p>Neem de Lastmeter bij elk controlebezoek af (niet vaker dan om de 3 maanden):</p> <ul style="list-style-type: none"> • overgang van behandeling naar controleperiode • overgang van controleperiode naar beëindiging van contact met ziekenhuis • optreden van recidief en/of metastasen • overgang van curatieve naar palliatieve behandeling⁵

⁵ Uit richtlijn Detecteren behoefte psychosociale zorg.

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
<p>voedingsgerelateerde klachten.</p> <p>Leg de besproken punten, in afstemming met de patiënt vast in het Individueel nazorgplan voor de patiënt.</p>		<p>Voor monitoring kan ook de EORTC QLQ-30 worden gebruikt. Zie voor verwijsmogelijkheden specifieke punten bij 'Behandeling, eerste bezoek polikliniek'.</p>
<p>Overdracht</p> <p>Bericht huisarts middels brief over controleschema, (verwacht) beloop, hoofdbehandelaar en contactpersoon.</p> <p>Maak afspraken over zorgvragen waarvoor patiënt zich kan melden bij de huisarts en voor welke zorgvragen patiënt zich kan melden in het ziekenhuis.</p>	<p>Uroloog Verpleegkundige</p>	<p>Stuur huisarts eventueel een kopie van het nazorgplan toe. Bij verandering in beloop en beleid: terugkoppeling naar de huisarts.</p> <p>Spreek af wie contactpersoon is voor de huisarts en communiceer dit met de huisarts.</p>

Palliatieve zorg

Gemetastaseerde ziekte

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>Maak afspraken over wie hoofdbehandelaar en casemanager zijn en over hun bereikbaarheid. Bespreek dit met patiënt.</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 bijwerkingen behandeling • doel van palliatieve zorg <p>Besluit samen met patiënt welke behandeling wordt gekozen, eventueel tijdens een tweede consult na bedenktijd.</p> <p>Stel samen met patiënt een individueel palliatieve zorgplan op, dat gaandeweg wordt geëvalueerd en bijgesteld.</p> <p>Screen bij stabiele ziekte en een levensverwachting van jaren op het risico op ondervoeding.</p> <p>Signaleer de gevolgen van kanker(behandeling) en de behoefte aan zorg met behulp van invullen Lastmeter: en bespreek deze met patiënt.</p> <p>Verleen basale psychosociale zorg en verwijs zo nodig.</p>	<p>Medisch specialist (internist oncoloog, chirurg-oncoloog, Radiotherapeut-oncoloog)</p> <p>Anesthesioloog Apotheker Neuroloog Huisarts Verpleegkundige Verzorgende Maatschappelijk werker Geestelijk verzorger Psycholoog Psychiater Fysiotherapeut Ergotherapeut Diëtist Specialist ouderengeneeskunde Pijnarts Consulent palliatieve zorg</p> <p>Vrijwilliger/mantelzorger</p> <p>Hoofdbehandelaar is... Casemanager is...</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>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>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>Neem de Lastmeter om de drie maanden af en in ieder geval bij de overgang van curatieve naar palliatieve behandeling.</p> <p>Zie voor verwijsmogelijkheden specifieke punten bij 'Behandeling, eerste bezoek polikliniek'.</p> <p>Voor monitoring kan ook de EORTC QLQ-30 worden gebruikt.</p>

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
<p>Markeringsfase* ziekte-en symptoomgericht palliatieve zorg Door behandelteam, hoofdbehandelaar of tijdens een mdo wordt de surprise question negatief beantwoord.</p> <p>Voer gesprek met patiënt en naaste, liefst in aanwezigheid van verpleegkundige die vervolg kan geven aan het gesprek.</p> <ul style="list-style-type: none"> • evalueren huidige behandeling • uitslagen van onderzoek • voor- en nadelen van doorgaan met ziektegerichte behandeling • wat voor de patiënt van betekenis is in de tijd die hem nog rest • doel van palliatieve zorg • afspraken wel/niet doen bij complicaties en acute verslechtering (ACP) <p>Besluit samen met patiënt of behandeling wordt voortgezet, eventueel tijdens een tweede consult na bedenktijd.</p> <p>Informeel en raadpleeg zo nodig andere disciplines, bijvoorbeeld: consulent palliatieve zorg, huisarts, pijnarts, diëtist, revalidatiearts, geestelijk verzorger.</p> <p>Stervensfase Bereid patiënt en naasten (tijdig) voor op de terminale fase en de mogelijkheden in de terminale fase. Schakel huisarts en thuiszorg (palliatief team) tijdig in o.a. rondom levenseinde. Inventariseer de belasting van mantelzorger en adviseer zo nodig inzet thuiszorg of van vrijwilligers palliatief terminale zorg (VPTZ).</p>	<p>Medisch specialist (internist oncoloog, chirurg-oncoloog, Radiotherapeut-oncoloog)</p> <p>Anesthesioloog Apotheker Neuroloog Huisarts Verpleegkundige Verzorgende Maatschappelijk werker Geestelijk verzorger Psycholoog Psychiater Fysiotherapeut Ergotherapeut Diëtist Specialist ouderengeneeskunde Pijnarts Consulent palliatieve zorg</p> <p>Vrijwilliger/mantelzorger</p> <p>Hoofdbehandelaar is... Casemanager is</p> <p>Huisarts</p>	<p>Markeer palliatieve fase aan de hand van surprise question: "Zal het mij verbazen als deze patiënt binnen 1 jaar is overleden"? Gebruik hierbij eventueel instrumenten om te markeren (SPECT of RADPAC).</p> <p>*Hier begint het zorgpad palliatieve zorg</p> <p>Gespreksonderwerpen voor Advance Care Planning uit het zorgpad Palliatieve zorg bespreek en leg vast</p> <ul style="list-style-type: none"> • levensverwachting • voorkeursplek van overlijden • beslissingen rondom al dan niet medisch handelen (zgn. "code-beleid") bij heroïek • reanimatie • beademing • IC – plaatsing • wensen en (on)mogelijkheden ten aanzien van donatie • medische behandelingen in het algemeen • wilsverklaring einde levensbeslissingen • wensen, verwachtingen en prioriteiten van de patiënt <p>Markering stervensfase: De situatie is zodanig dat sprake is van toenemende ziektelast, verminderde mobiliteit en conditie, verminderde voedsel- en vochtintake. Overlijden binnen twee weken verwacht</p> <p>Instrumenten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zorgpad Stervensfase

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
<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>Nazorgfase Nodig na enkele weken na overlijden patiënt de nabestaande uit 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 verwijst naar maatschappelijk werk.</p>	<p>Behandelend specialist Verpleegkundige</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Checklist Palliatieve sedatie. • Patiëntenfolder Palliatieve sedatie. <p>Huisarts is proactief in bieden van nazorg aan nabestaanden</p>

BIJLAGE 1 Evaluatie transmuraal zorgpad prostaatcarcinoom

Om het effect van een zorgpad te meten is het nodig het zorgpad periodiek te evalueren. In onderstaand schema staat een aantal voorbeelden om te evalueren op het gebied van wacht- en doorlooptijden, patiëntenbegeleiding en kwaliteit van zorg. Naast de voorbeelden in het overzicht is weergegeven welke registratie-items nodig zijn en hoe zorginstellingen deze kunnen verkrijgen. Bijvoorbeeld uit eigen of andere registraties zoals de Nederlandse Kankerregistratie (NKR)/NVU. Zorginstellingen kunnen uit onderstaand overzicht een keuze maken, afhankelijk van waarop ze de zorg willen verbeteren. Ook is het mogelijk op andere items een zorgpad te evalueren. Dit kan zijn op basis van specifieke verbeterpunten naar aanleiding van gesignaleerde knelpunten, recente ontwikkelingen of de ambitie van de zorginstelling. Een evaluatie bestaat uit een voor- en een nameting.

Voor de start van een evaluatie is het belangrijk om eerst te beslissen welke punten te evalueren. Daarna kunnen de gekozen punten verder uitgewerkt worden, specifiek afgestemd op de organisatie van de zorg en/of de werkwijze binnen de instelling. Met verdere uitwerking wordt onder andere bedoeld:

- spreek af wat je wilt evalueren. Bijvoorbeeld bij een mdo; welke stadia worden besproken, welke disciplines moeten ten minste aanwezig zijn, of wordt de besluitvorming vastgelegd in het dossier
- bepaalde begrippen zijn te breed/algemeen om te evalueren. Bij begrippen als 'complicaties', 'palliatieve therapie' of 'diagnose ongeneeslijk ziek' is het van belang om vooraf met elkaar een definitie hierover vast te stellen. Indien gewenst kan ook naar uitkomstindicatoren gekeken worden zoals mortaliteit na 1 of 2 jaar, behandelresultaat na operatie en kwaliteit van leven
- voor informatie over het aantal nieuwe patiënten en/of het aantal patiënten voor nazorg is een telling per week gebruikelijk
- bepaal de grootte van de steekproef (n=20 is voldoende voor een evaluatieproject)

Uit onderstaande voorbeelden kan een keus gemaakt worden:

	Categorie	Teller	Noemer	Registratie-items en -bron
Incidentie prostaatcarcinoom: aantal patiënten met een nieuw gediagnosticeerd prostaatcarcinoom op jaarbasis				Aantal nieuwe patiënten met prostaatcarcinoom op jaarbasis (NKR)
Verwijzing en diagnostiek	Categorie	Teller	Noemer	Registratie-items en -bron
% patiënten dat bij verdenking op maligniteit binnen 1 week een afspraak heeft op de polikliniek (SONCOS)	Wacht- en doorlooptijden	Aantal patiënten dat binnen 1 week een afspraak heeft op de polikliniek	Aantal patiënten met (verdenking op) nieuw gediagnosticeerd prostaatcarcinoom	<ul style="list-style-type: none"> • datum contact ziekenhuis voor maken afspraak (ziekenhuis) • datum eerste afspraak polikliniek (ziekenhuis) • aantal nieuwe patiënten met prostaatcarcinoom (NKR)

	Categorie	Teller	Noemer	Registratie-items en -bron
				<ul style="list-style-type: none"> aantal patiënten dat polikliniek heeft bezocht met verdenking prostaatacarcinoom en geen prostaatacarcinoom bleek te hebben (ziekenhuis)
% patiënten waarbij binnen 10 dagen na de diagnostische onderzoeken de PA-uitslag is besproken (NVU)	Wacht- en doorlooptijden	Aantal patiënten waarbij binnen 10 dagen na de diagnostische onderzoeken de PA-uitslag is besproken	Aantal patiënten met een nieuw gediagnostiseerd prostaatacarcinoom	<ul style="list-style-type: none"> data diagnostische onderzoeken datum bespreking uitslag PA aantal nieuwe patiënten met prostaatacarcinoom (NKR)
% patiënten waarbij behandelend arts binnen 2 werkdagen na ontslag de huisarts informeert (Prostaatkankerstichting)	Wacht- en doorlooptijden Informatie huisarts	Aantal patiënten waarbij behandelend arts binnen 5 werkdagen na ontslag de huisarts informeert	Aantal patiënten met een nieuw gediagnostiseerd prostaatacarcinoom	<ul style="list-style-type: none"> datum ontslag (NKR) datum brief/e-mail/telefoon huisarts (ziekenhuis) aantal nieuwe patiënten met prostaatacarcinoom (NKR)
% patiënten dat een gesprek met de verpleegkundige* in diagnostische fase heeft gehad	Patiëntenbegeleiding	Aantal patiënten dat een gesprek met de verpleegkundige* in diagnostische fase heeft gehad	Aantal patiënten met een nieuw gediagnosticeerd prostaatacarcinoom	<ul style="list-style-type: none"> patiënten die een gesprek met de verpleegkundige* in diagnostische fase heeft gehad (ziekenhuis) aantal nieuwe patiënten (NKR)
% patiënten dat na diagnose informatie over prostaatacarcinoom meekrijgt over aanspreekpunt, hoofdbehandelaar, hoe en wanneer contact op te nemen met het ziekenhuis (Prostaatkankerstichting/SONCOS)	Informatie patiënt	Aantal patiënten dat na diagnose prostaatacarcinoom informatie meekrijgt over aanspreekpunt, hoofdbehandelaar, hoe en wanneer contact op te nemen met het ziekenhuis	Aantal patiënten met een nieuw gediagnosticeerd prostaatacarcinoom	<ul style="list-style-type: none"> registratie aantal patiënten dat na diagnose informatie over prostaatacarcinoom meekrijgt over aanspreekpunt, hoofdbehandelaar, hoe en wanneer contact op te nemen met het ziekenhuis (ziekenhuis) aantal nieuwe patiënten (NKR)
% patiënten met prostaatacarcinoom dat in aanmerking komt voor chirurgische behandeling en voorafgaand aan de operatie in het	Kwaliteit zorgverlening	Aantal patiënten met prostaatacarcinoom dat in aanmerking komt voor chirurgische behandeling	Aantal patiënten met een nieuw gediagnosticeerd prostaatacarcinoom	<ul style="list-style-type: none"> datum mdo (voorafgaand aan operatie) van aantal patiënten met prostaatacarcinoom dat in aanmerking komt voor chirurgie (ziekenhuis) aantal nieuwe patiënten (NKR)

	Categorie	Teller	Noemer	Registratie-items en -bron
mdo besproken wordt (<i>SONCOS</i>).		en voorafgaand aan de operatie in mdo besproken wordt		
Behandeling	Categorie	Teller	Noemer	Registratie-items en -bron
% patiënten dat binnen 6 weken vanaf eerste polikliniekbezoek start met behandeling (<i>SONCOS</i>)	Wacht- en doorlooptijden	Aantal patiënten dat binnen 6 weken vanaf eerste polikliniekbezoek start met behandeling	Aantal patiënten met nieuw gediagnosticeerd prostaatcarcinoom.	<ul style="list-style-type: none"> • datum eerste polikliniekbezoek • datum start behandeling (NKR) • aantal nieuwe patiënten (NKR)
% patiënten waarbij vanaf het moment van besluit van de behandeling, de tumor binnen 12 weken wordt behandeld (<i>NVU</i>)	Wacht- en doorlooptijden	Aantal patiënten waarbij vanaf het moment van besluit van de behandeling, de tumor binnen 12 weken wordt behandeld	Aantal patiënten met een nieuw gediagnosticeerd prostaatcarcinoom	<ul style="list-style-type: none"> • datum besluit behandeling • datum start behandeling (NKR) • datum einde behandeling (NKR) • aantal nieuwe patiënten met prostaatcarcinoom (NKR)
% patiënten met prostaatcarcinoom dat in aanmerking komt voor chirurgische behandeling en na de operatie in het mdo besproken wordt (<i>SONCOS</i>)	Kwaliteit zorgverlening	Aantal patiënten met prostaatcarcinoom dat in aanmerking komt voor chirurgische behandeling en na de operatie in het mdo besproken wordt.	Aantal patiënten met een nieuw gediagnosticeerd prostaatcarcinoom	<ul style="list-style-type: none"> • datum mdo (na de operatie) van aantal patiënten met prostaatcarcinoom dat in aanmerking komt voor chirurgie (ziekenhuis) • aantal nieuwe patiënten met prostaatcarcinoom (NKR)
Gemiddelde opnameduur bij prostatectomie	Wacht- en doorlooptijden	Totale opnameduur bij prostatectomie	Aantal patiënten dat prostatectomie heeft ondergaan	<ul style="list-style-type: none"> • datum prostatectomie (NKR) • ontslagdatum prostatectomie (NKR) • aantal patiënten prostatectomie heeft ondergaan (NKR- initiële behandeling)

Aantal radicale prostatectomieën per jaar (NVU en SONCOS)	Kwaliteit van zorgverlening			Aantal radicale prostatectomieën per jaar (NKR)
% patiënten met prostaatacarcinoom dat binnen 24 uur na opname gescreend is op ondervoeding (IGZ)	Kwaliteit van zorgverlening	Aantal patiënten met prostaatacarcinoom dat binnen 24 uur na opname gescreend is op ondervoeding	Aantal opgenomen patiënten met prostaatacarcinoom	<ul style="list-style-type: none"> • datum screening ondervoeding na opname (ziekenhuis) • datum opname patiënt met prostaatacarcinoom (ziekenhuis) • aantal nieuwe patiënten met prostaatacarcinoom (NKR)
% patiënten dat een gesprek met oncologieverpleegkundige* in de behandelfase heeft gehad	Patiëntenbegeleiding	Aantal patiënten dat een gesprek met oncologieverpleegkundige* in de behandelfase heeft gehad	Aantal patiënten met een nieuw gediagnosticeerd prostaatacarcinoom	<ul style="list-style-type: none"> • aantal patiënten dat een gesprek met de verpleegkundige* in de behandelfase heeft gehad (ziekenhuis) • aantal nieuwe patiënten met prostaatacarcinoom (NKR)
Nazorg	Categorie	Teller	Noemer	Registratie-items en -bron
Aantal complicaties na chirurgie, radiotherapie en/of systeemtherapie binnen 30 dagen	Kwaliteit zorgverlening	Aantal patiënten met een complicatie binnen 30 dagen	Totaal aantal patiënten dat behandeling heeft ondergaan	Aantal complicaties na chirurgie, radiotherapie en/of systeemtherapie binnen 30 dagen (mogelijk complicatieregistratie NVU)
Percentage patiënten met een prostaatacarcinoom bij wie binnen dertig dagen na radicale prostatectomie één of meerdere chirurgische complicaties (meer dan één dag IC verblijf, bloedtransfusie, opnameduur ≥ zeven postoperatieve dagen) zijn opgetreden.	Kwaliteit zorgverlening	Aantal patiënten met een of meer chirurgische complicaties	Totaal aantal patiënten dat een radicale prostatectomie heeft ondergaan	Aantal patiënten met een prostaatacarcinoom bij wie binnen dertig dagen na radicale prostatectomie één of meerdere chirurgische complicaties (meer dan één dag IC verblijf, bloedtransfusie, opnameduur ≥ zeven postoperatieve dagen) zijn opgetreden (ziekenhuis).
30 dagen mortaliteit	Kwaliteit zorgverlening			30 dagen mortaliteit (NKR – na prostatectomie)

Palliatieve zorg	Categorie	Teller	Noemer	Registratie-items en -bron
% patiënten dat binnen een week na indicatie start met palliatieve therapie	Wacht- en doorlooptijden	Totale wachttijd tot palliatieve therapie	Aantal patiënten dat palliatieve therapie heeft ondergaan	<ul style="list-style-type: none"> • datum indicatie ongeneeslijk ziek (ziekenhuis) • datum start palliatieve therapie (NKR-alleen initieel gegeven) • aantal patiënten dat palliatieve therapie heeft ondergaan (NKR - alleen initieel)
% patiënten dat palliatieve chemotherapie heeft gehad binnen 30 dagen voor overlijden	Kwaliteit zorgverlening	Aantal patiënten met palliatieve chemotherapie binnen 30 dagen voor overlijden	Aantal patiënten met palliatieve chemotherapie	<ul style="list-style-type: none"> • datum palliatieve chemotherapie (NKR - alleen als initiële behandeling) • datum overlijden (NKR) • aantal patiënten met palliatieve chemotherapie (ziekenhuis)

*Verpleegkundige: hiermee wordt ook verpleegkundig specialist of gespecialiseerd verpleegkundige bedoeld.

Zie eventueel ook indicatoren die vereist zijn voor het Zorginstituut Nederland of tijdelijke kwaliteitsregistraties zoals ProZIB.

BIJLAGE 2 Gebruikte documenten en normen

1. Gebruikte documenten (*richtlijnen te vinden op www.richtlijnen database.nl en/of www.oncoline.nl*)

- Richtlijn prostaatacarcinoom, 2016 (www.oncoline.nl)
- Handreiking slecht-nieuwsgesprek, 2012 (www.oncoline.nl)
- Richtlijn Algemene voedings- en dieetbehandeling, 2012 (www.oncoline.nl)
- Richtlijn Herstel na kanker, 2011 (www.oncoline.nl)
- Richtlijn Ondervoeding, 2012 (www.oncoline.nl)
- Conceptrichtlijn Medisch specialistische revalidatie bij oncologie, 2017 / in revisie (www.oncoline.nl)
- Richtlijn Detecteren behoefte psychosociale zorg, 2017 (www.oncoline.nl)
- Blauwdruk Kanker en werk 1.0, NVAB, Coronel Instituut, CBO, NFK, 2009 (www.oncoline.nl)

Overige documenten (*te vinden op websites van de verenigingen*)

- Basisset Kwaliteitsindicatoren Oncologie, IGZ 2017 (www.igz.nl)
- Mdo Kwaliteitscriteria (IKNL, 2016) (www.iknl.nl)
- Multidisciplinaire Normering Oncologische zorg in Nederland: SONCOS normeringsrapport 5, 2017 (www.soncos.org)
- Koersboek Oncologische netwerkvorming, IKNL, NFK, NFU, NHG, NVZ en SONCOS, 2015 (<http://koersboek-oncologische-netwerkvorming.nl/>)
- Kwaliteitsindicatoren prostaatacarcinoom, Zorginstituut Nederland, 2015 (www.zorginzicht.nl)
- Kwaliteitsnormen Prostaatacarcinoom, Nederlandse Vereniging voor Urologie, april 2015
- Normering Chirurgische behandelingen 5.0: Nederlandse Vereniging voor Heelkunde, 2015 (www.heelkunde.nl)
- NHG-Standpunt Oncologische zorg in de huisartsenpraktijk, NHG 2014 (www.nhg.org)
- Zorgstandaard Kanker, NFK, IKNL, KWF Kankerbestrijding 2014 (www.nfk.nl)
- Zorgmodule Zelfmanagement 1.0, CBO 2014 (www.zorginstituutnederland.nl)
- Kernpunten en kwaliteitscriteria voor goede prostaatkankerzorg in Nederland. Visie Minimale voorwaarden voor de prostaatkankerzorg, Prostaatkankerstichting.nl, November 2013 en NFK, 2012 (www.kanker.nl)
- Zorgmodule Palliatieve Zorg 1.0, CBO 2013 (www.zorginstituutnederland.nl)
- Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) ondervoeding, 2010 (www.stuurgroepondervoeding.nl)

2. Normen en indicatoren

Van bovenstaande gebruikte documenten zijn de meest relevante normen/indicatoren opgenomen die voor dit zorgpad gelden.

Voor het gehele zorgpad geldt structurele registratie van de kwaliteitsindicatoren van Zorginstituut Nederland.

Voor het gehele zorgpad gelden de volgende algemene eisen vanuit het SONCOS normeringsrapport 4, 2016

- Van alle besproken patiënten wordt het afgesproken beleid vastgelegd in het patiëntendossier. Het verslag van de multidisciplinaire bespreking wordt binnen twee werkdagen aan de huisarts toegezonden.
- Steeds moet duidelijk zijn aan de patiënt en vastgelegd in het patiëntendossier wie de hoofdbehandelaar is.
- Naast de hoofdbehandelaar heeft de patiënt toegang tot één vaste, ondersteunende zorgverlener, zoals een verpleegkundig specialist, gespecialiseerd verpleegkundige of een andere zorgverlener die de hierna te noemen rol kan vervullen:
 - Deze zorgverlener maakt onderdeel uit van een team, waarin men elkaar onderling kan vervangen en dat onderdeel uitmaakt van het multidisciplinair team voor diagnostiek en behandeling.
 - Deze zorgverlener overziet het hele multidisciplinaire en transmurale traject van diagnostiek, behandeling en nazorg.
 - Deze zorgverlener is inhoudelijk gespecialiseerd (middels officiële specialisatie of als aandachtsgebied) op de betreffende aandoening.
 - Deze zorgverlener kent de patiënt in zijn hele context.
 - Deze zorgverlener functioneert als vast aanspreekpunt voor de patiënt. Dit betekent dat:
 - Deze zorgverlener een vast anker is voor de patiënt gedurende het hele traject van diagnostiek en behandeling.
 - En dat deze zorgverlener toegang heeft tot het dossier van de patiënt en telefonisch of per e-mail laagdrempelig en snel bereikbaar is voor vragen van de patiënt en naasten.
- 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.
- 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' (versie 3.0 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 Kwaliteitsnormen Prostaatcarcinoom van de Nederlandse Vereniging voor Urologie, 2015:

Ziekenhuis- c.q. specialistenvolume

- Er is een verschuiving naar minimaal invasieve en robot chirurgie ingezet waarbij het belang van specialisatie van behandelaar en behandelteam duidelijk is.
- Jaarlijks dienen minstens 20 radicale prostatectomie ingrepen per locatie per jaar te worden uitgevoerd.

Specialisatie van instituten en personen betrokken bij diagnostiek en behandeling

- De uroloog is de zorgcoördinator in de diagnosefase en schakelt de röntgenafdelingen en laboratoria voor pathologie en klinische chemie in.
- Er dient een vast team te zijn voor het uitvoeren van radicale prostatectomieën.

Toetsingscriteria voor goede oncologische zorg

- De huidige database voor radicale prostatectomie, opgezet voor wetenschappelijke doeleinden, wordt aangepast tot een minimale dataset met een aantal verplichte items die kunnen worden geregistreerd.
- Vanaf 2013: Verplichte deelname aan de landelijke registratie prostatectomie van de NVU.
- Vanaf 2014: Alle patiënten die een radicale prostatectomie ondergaan dienen binnen 3 maanden na de operatie ingevoerd te worden in de landelijke registratie van de NVU.

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).

ZORGMODULE PALLIATIEVE ZORG | 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 zijn 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.

2.1 Normen en indicatoren per fase

VERWIJZING

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 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.

DIAGNOSTIEK

RICHTLIJN PROSTAATCARCINOOM |

- Bij iedere patiënt dient de familie anamnese te worden afgenomen. Als er op basis van de familie anamnese aanwijzingen zijn voor erfelijk prostaatcarcinoom dan wordt periodiek onderzoek verricht volgens de adviezen van de Stichting Opsporing Erfelijke Tumoren.
- Patiënten met prostaatcarcinoom moeten voor het vastleggen van het behandelplan standaard in een multidisciplinair overleg (MDO) besproken worden, waarbij over het algemeen een uroloog, een radiotherapeut en een medisch-oncoloog aanwezig zijn. Bij voorkeur kunnen ook andere specialisten uitgenodigd worden (bv patholoog, radioloog etc). De gemaakte afspraken worden vastgelegd in het dossier.
- Ook op het moment van het vaststellen van CPRC situatie moet een patiënt opnieuw multidisciplinair worden besproken in MDO om het optimale behandelplan te formuleren en vast te leggen.
- Afsproken wordt wie als hoofdbehandelaar / contactpersoon voor de patiënt fungeert. Dit kan per fase van het zorgproces verschillen. Leg ook deze afspraken vast in het dossier. Een medisch specialist is hoofd behandelaar.
- De huisarts moet geïnformeerd worden over de diagnose en behandeling van patiënt.
- De patiënt wordt geïnformeerd over alle behandelopties waarvoor de patiënt in aanmerking komt (ook als deze niet in het eigen ziekenhuis beschikbaar zijn) en de eigen resultaten met de mogelijke gevolgen daarvan op de kwaliteit van leven.

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.
- 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.

- 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. In uitzonderingsgevallen en situaties waarbij er medisch inhoudelijke redenen zijn, kan gemotiveerd van deze termijnen worden afgeweken.
- Voorafgaand aan de behandeling vindt een gestructureerd multidisciplinair overleg plaats over het behandelvoorstel.
- Er is tenminste één radioloog met aantoonbaar specifieke expertise in prostaatkarcinoom.
- 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.
- Van alle besproken patiënten wordt het afgesproken beleid vastgelegd in het patiëntendossier. Het verslag van de multidisciplinaire bespreking wordt binnen twee werkdagen aan de huisarts toegezonden.

NVU | Ten aanzien van de diagnostiek, behandeling en follow up heeft de uroloog de Nederlandse richtlijn voor de behandeling van prostaatkanker tot zijn beschikking. Indien de uroloog afwijkt van de meest recente richtlijn prostaatkarcinoom (www.richtlijnen database.nl): 1) motiveert hij/zij dat naar de patiënt en 2) noteert hij/ zij het afwijkende beleid en de bijbehorende motivatie in het dossier van de patiënt.

Prostaatbipten worden uitgevoerd om de diagnose prostaatkanker te stellen.

- Alvorens prostaatbipten worden verricht is in ieder geval serum PSA bepaald, rectaal toucher verricht en een inschatting van het prostaatvolume gemaakt. Hiermee kan in combinatie met persoonlijke kenmerken een risico-inschatting gemaakt worden om al dan niet te besluiten tot prostaatbipten.
- Alvorens PSA wordt bepaald is de patiënt geïnformeerd over de voor- en nadelen van de consequenties van deze bepaling.
- De risico-inschatting om al dan niet te besluiten tot prostaatbipten dient gemaakt worden in samenspraak met de patiënt.
- De indicatie voor het nemen van bipten of het afzien daarvan wordt gedocumenteerd.
- De PA-uitslag wordt binnen 10 werkdagen met de patiënt besproken.

RICHTLIJN ONDERVOEDING | zie bij 'verwijzing'.

IGZ | Elke patiënt gediagnosticeerd met kanker met complexe zorgvraag moet kunnen rekenen op een duidelijk aanspreekpunt of casemanager in de keten voor de oncologische zorg. Dit aanspreekpunt is in iedere periode van de zorg in het zorgpad/patiëntendossier traceerbaar. Voor de patiënt is duidelijk wie het aanspreekpunt is en hoe contact kan worden gelegd.

BEHANDELING

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.
- Indien in een zorginstelling radicale prostatectomien worden verricht dienen ten minste 20 van deze ingrepen per jaar te worden verricht, gemiddeld over een periode van drie jaar.
- Er wordt deelgenomen aan de registratie prostatectomie van de NVU.
- 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 medisch inhoudelijke redenen zijn, kan gemotiveerd van deze termijnen worden afgeweken.
- Voor betreffende aandoeningen worden behandelprotocollen gevolgd die actueel (d.w.z. maximaal 3 jaar oud) zijn.
- Een informatievoorziening (bijvoorbeeld via website) voor patiënten waarin de voorzieningen en behandelmogelijkheden van de betreffende zorginstelling voor de geboden oncologische zorg worden aangegeven.
- Het verdient grote voorkeur dat patiënten waarbij de diagnose maligniteit is gesteld voor start van een behandeling daarvoor gezien worden door een oncologieverpleegkundige voor nadere informatie en begeleiding.
- Bij het wekelijkse mdo dienen in elk geval de volgende specialisten vertegenwoordigd te zijn: uroloog, internist-oncoloog, radioloog, nucleair geneeskundige, radiotherapeut-oncoloog, patholoog, casemanager en/of oncologieverpleegkundige en/of verpleegkundig specialist oncologie en eventueel andere verpleegkundigen. Er dient de mogelijkheid te zijn tot wekelijkse consultatie van een vertegenwoordiger van het referentiecentrum bij dit overleg.
- In geval van primair chirurgische behandeling worden patiënten ook postoperatief besproken ten behoeve van het vervolgbeleid. Er zijn omstandigheden waarbij hiervan kan worden afgeweken.
- Indien chemo-radiotherapie al dan niet voorafgaande aan een operatieve ingreep geïndiceerd is, heeft het voorkeur deze behandeling in één instelling te laten plaatsvinden, zeker als dit niet sequentieel, maar concurrent gegeven wordt. 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.
- Bestralingsbehandeling, inclusief brachytherapie, wordt gesteld en uitgevoerd door een radiotherapeut-oncoloog volgens de kwaliteitseisen NVRO zijn vastgelegd.
- Alle oncologische systeemtherapieën (cytostatica, endocriene therapie, immunotherapie, biologicals) worden voorgeschreven door medisch specialisten met aantoonbare bekwaamheid in de toepassing van de betreffende therapie inclusief complicaties. Bij systeemtherapieën dient gewerkt te worden middels een behandelprotocol, wat is vastgesteld in een multidisciplinair team, waarvan tenminste de internist-oncoloog onderdeel is. Hiervan zijn de behandelprotocollen van de longoncologie uitgezonderd, gezien de specifieke deskundigheid van de longartsen op dit terrein.
- Op het moment dat er sprake is van castratieresistent gemetastaseerd prostaatcarcinoom (d.w.z. indien de tumor niet meer reageert op LHRH-blokkerende medicatie en anti-androgenen) wordt het vervolgbeleid multidisciplinair besproken.
- In geval van gecombineerde hormonale en radiotherapie wordt afgesproken welke specialist verantwoordelijk is voor de hormonale therapie.
- Er is tenminste één internist-oncoloog met aantoonbaar specifieke expertise van de systeemtherapie van patiënten met prostaatcarcinoom.

- Indien immunotherapie met checkpoint inhibitors, bij andere tumoren dan het gemetastaseerd melanoom, toegepast gaat worden, dient bij het wekelijks multidisciplinair overleg een internist-oncoloog met aantoonbaar specifieke expertise in immunotherapie aanwezig te zijn. Daarnaast moet er in het betreffende ziekenhuis een multidisciplinair team, met onder andere MDL-arts, dermatoloog en longarts, beschikbaar zijn om bijwerkingen te kunnen behandelen.
- In een centrum waar immunotherapie gegeven wordt dienen minstens 20 patiënten per jaar hiermee behandeld te worden. Dit kunnen patiënten zijn met verschillende soorten kanker (bijvoorbeeld melanoom, longkanker of nierkanker). Daarnaast moet voldaan worden aan de minimale normen voor ieder specifiek tumortype.
- Er wordt deelgenomen aan patiëntgebonden wetenschappelijk onderzoek. Er wordt meegedaan aan minimaal 3 klinische studies waarbij per jaar totaal minimaal 15 patiënten worden geïncorporeerd over een periode van 3 jaar.
- Er is toegang tot een afdeling nucleaire geneeskunde, die beschikking heeft over PET/CT en therapie met botzoekende radiofarmaca kan geven, waarbij het “service level” is vastgelegd.

NVU | Ten aanzien van de diagnostiek, behandeling en follow up heeft de uroloog de Nederlandse richtlijn voor de behandeling van prostaatkanker tot zijn beschikking. Indien de uroloog afwijkt van de meest recente richtlijn prostaatcarcinoom (www.richtlijndatabase.nl): 1) motiveert hij/zij dat naar de patiënt en 2) noteert hij/ zij het afwijkende beleid en de bijbehorende motivatie in het dossier van de patiënt.

- Patiënten krijgen goede voorlichting voorafgaand aan de behandeling, zowel mondeling als schriftelijk (bv KWF folder, folder patiëntenvereniging, prostaatkankerlogboek, prostaatwijzer, ander materiaal).
- Aanvullende informatie kan door een gespecialiseerd verpleegkundige (bijv. oncologieverpleegkundige) worden gegeven.
- Aan de hand van de PA-uitslag dienen de verschillende mogelijkheden voor relevante behandelopties te worden besproken.
- Het PA-verslag voldoet aan de eisen genoemd in de richtlijn prostaatcarcinoom 2014.
- Bij operatieve behandelopties dienen de klierdissectie en het al dan niet zenuwsparend opereren te worden besproken en overwogen.
- Voorafgaand aan de behandeling vindt een gestructureerd multidisciplinair overleg plaats over het behandelvoorstel.
- Bij het mdo dienen in ieder geval de volgende specialisten vertegenwoordigd te zijn: uroloog, internist-oncoloog, radiotherapeut, casemanager en eventueel andere verpleegkundigen. De aanwezigheid van patholoog en radioloog is alleen noodzakelijk bij de bespreking van patiënten bij wie uitslagen van radiologisch en weefselonderzoek van belang zijn. De afspraken binnen dit overleg worden gedocumenteerd in het patiëntendossier. Een verslag hiervan wordt naar de huisarts gestuurd.
- Bij alle behandelingen wordt de patiënt geïnformeerd over de directe en late complicaties en de functionele resultaten zoals deze zijn waargenomen in de eigen kliniek.
- Tumoren dienen binnen 12 weken te worden behandeld vanaf het moment van het besluit van de behandeling.
- De uroloog is de zorgcoördinator in de diagnosefase en schakelt de röntgenafdelingen en laboratoria voor pathologie en klinische chemie in.
- Er dient een vast team te zijn voor het uitvoeren van radicale prostatectomieën.

RICHTLIJN DETECTEREN BEHOEFTE PSYCHOSOCIALE ZORG⁶ | 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 vervolgggesprek met de behandelend arts of verpleegkundige/verpleegkundig specialist is daarvoor geschikter. Vervolgmomenten voor signalering zijn:

- I. Tijdens de behandeling: niet vaker dan elke 3 maanden met als laatste keer het gesprek waar de primaire behandeling wordt afgesloten. Eventueel ook op ziektegerelateerde risicomomenten:
 - o bij de start en het einde van elke behandeling (chemo-, radio-, hormoon-, targeted therapie),
 - o bij de overgang van behandeling naar controleperiode,
 - o bij het optreden van een recidief en/of metastasen,
 - o bij de overgang van curatieve naar palliatieve behandeling
- II. Tijdens de controleperiode in het ziekenhuis of in de huisartsenpraktijk: bij ieder (poliklinisch) bezoek maar niet vaker dan elke 3 maanden.
- III. De laatste keer in het ziekenhuis bij de overdracht naar de eerste lijn, waarna signalering verder plaats moet vinden in de huisartsenpraktijk.

RICHTLIJN MEDISCH SPECIALISTISCHE REVALIDATIE BIJ ONCOLOGIE⁷ | De werkgroep adviseert bij signalering van klachten gebruik te maken van de Lastmeter (zie Richtlijn

detecteren behoefte psychosociale zorg) Indien nodig en desgewenst verwijst door naar:

- Functioneringsproblemen op één specifiek vlak (b.v. lichamelijk, cognitieve emotioneel of sociaal en/of m.b.t. rolfunctioneren: verwijst naar monodisciplinaire behandeling.
- Functioneringsproblemen op verscheidene vlakken (meervoudig) of bij een verhoogd risico hierop:
 - Blijkt er sprake van complexe en van onderlinge samenhangende problemen en is interdisciplinaire behandeling nodig, waarbij onderlinge afstemming van het behandelplan noodzakelijk is, verwijst naar interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie.
- Als sprake is van problematiek op verscheidene vlakken (meervoudig), maar deze is niet complex, is behandeling door naast elkaar bestaande monodisciplinaire behandelingen, gecoördineerd door een medisch specialist / oncoloog, mogelijk. Bij zeer uitgebreide of ernstige functiestoornissen, met blijvende beperkingen, waarbij eenlangdurig herstelproces of onvolledig herstel wordt verwacht, verwijst naar (poli)klinische medisch specialistische revalidatiezorg.
- Overweeg om bij alle patiënten tijdens de in opzet curatieve behandeling van kanker leefstijladvies te geven en hierbij het belang van fysieke activiteit te benadrukken.

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 eiwitname en energie-inname gehaald wordt.

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.

⁶ Uit richtlijn Detecteren behoefte psychosociale zorg.

⁷ Uit concept module richtlijn Oncologische revalidatie, kan afwijken van definitieve versie.

Zie ook bij 'verwijzing'.

BLAUWDRIJK 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.

NAZORG

RICHTLIJN PROSTAATCARCINOOM |

- Vroege peniele rehabilitatie ter bevordering van herstel van erectiele functie na behandeling van prostaatcarcinoom is gewenst.
- Er dient voorlichting te worden gegeven over gevolgen voor fertiliteit en seksueel functioneren van de verschillende behandelopties.
- De vroege en late complicaties van de verschillende behandelingen moeten duidelijk aan de patiënt uitgelegd worden.

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

NVU | Ten aanzien van de diagnostiek, behandeling en follow up heeft de uroloog de Nederlandse richtlijn voor de behandeling van prostaatkanker tot zijn beschikking. Indien de uroloog afwijkt van de meest recente richtlijn prostaatcarcinoom (www.richtlijndatabase.nl): 1) motiveert hij/zij dat naar de patiënt en 2) noteert hij/ zij het afwijkende beleid en de bijbehorende motivatie in het dossier van de patiënt.

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:

- Medisch specialistische revalidatie bij oncologie
- 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.

Informeer 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 MEDISCH SPECIALISTISCHE REVALIDATIE BIJ ONCOLOGIE | Zie bij 'behandeling'

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.

PALLIATIEVE ZORG

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, www.pallialine.nl, 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. De verpleegkundige is 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, psychiater, 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.
- Indien de wens bij een patiënt bestaat om palliatieve therapie of supportieve care in een andere (bijvoorbeeld dichterbij gelegen) zorginstelling 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 en zorgpad stervensfase www.zorgpadstervensfase.nl

RICHTLIJN MEDISCH SPECIALISTISCHE REVALIDATIE BIJ ONCOLOGIE | Zie bij 'behandeling'.

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.