
Tumorsoort Longcarcinoom
Ziekenhuis Naam ziekenhuis

**Eigenaar
zorgpad** Naam eigenaar

Versienummer 5.0
Datum Mei 2017

Introductie

Voor u ligt het format zorgpad Longcarcinoom. 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: prostaat-, ovarium-, perihilair cholangio-, colorectaal carcinoom, melanoom en borstkanker. En een niet-tumorspecifiek 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 er ook een format zorgpad palliatieve zorg beschikbaar. In dit format zorgpad longcarcinoom is een samenvatting opgenomen van het zorgpad palliatieve zorg. De formats geven een globaal zorgpad weer en zijn niet specifiek beschreven vanuit een organisatie. De organisatie of zorgketen kan het format zelf aanpassen op basis van 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, Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisatie (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, vast contactpersoon en centrale zorgverlener bedoeld. Tenslotte kan waar 'hij' staat genoemd 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 format zorgpad longcarcinoom versie 5.0 ten opzichte van versie 4.0:

- Geactualiseerde normen opgenomen van 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

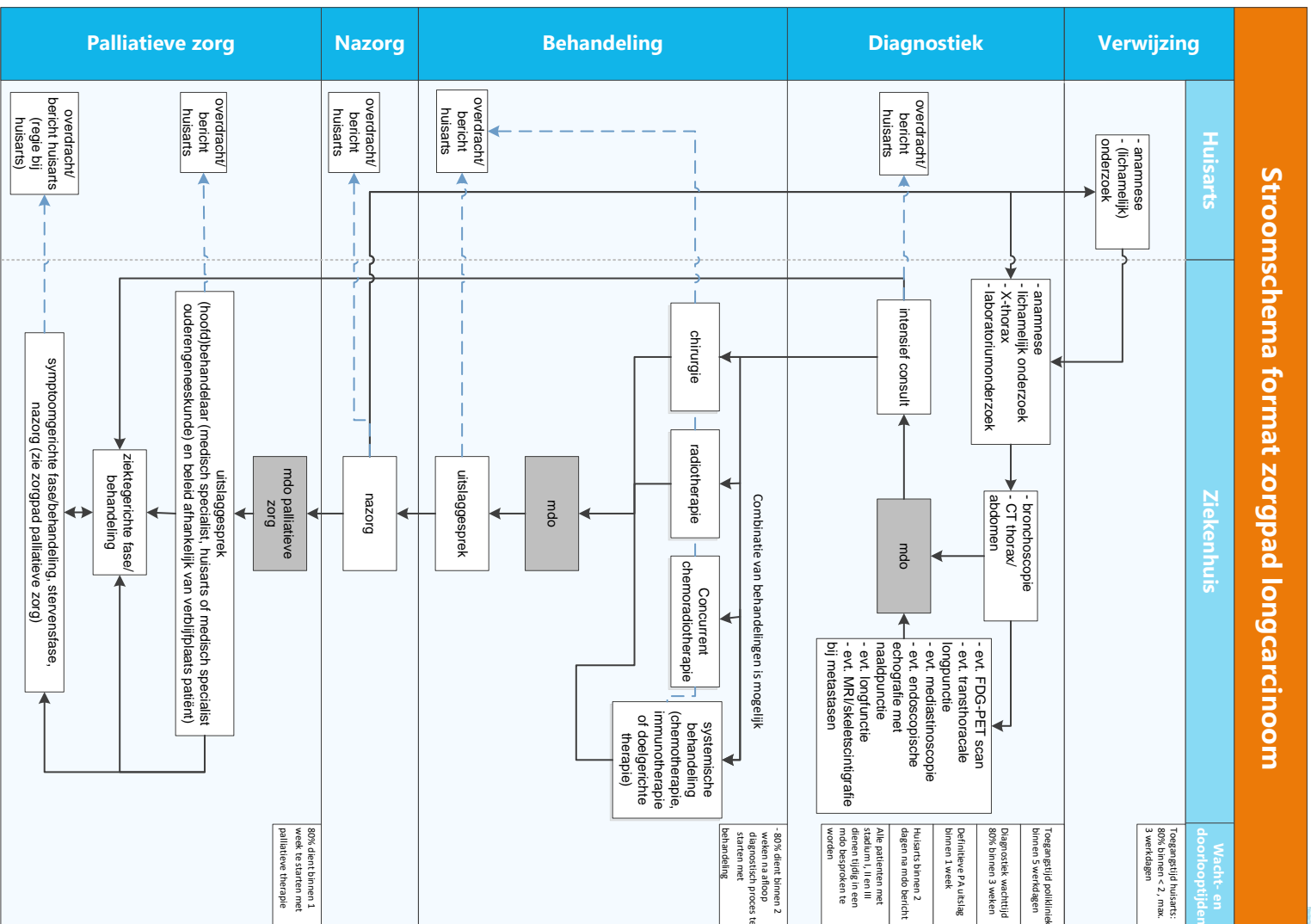
IKNL is eigenaar van alle intellectuele eigendomsrechten op de door haar opgestelde formats voor Zorgpaden, inclusief het daarop vermelde logo van IKNL. Het staat gebruiker vrij om de inhoud van de door IKNL gepubliceerde formats Zorgpaden als uitgangspunt te gebruiken in situaties die vragen om maatwerk. 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 longcarcinoom	1
Inhoudsopgave	3
Stroomschema.....	4
Verwijzing	5
Diagnostiek.....	7
Aanvullend onderzoek.....	8
Aanvullend mediastinoscopie (chirurgische stadiering)	9
Vaststellen diagnose en opstellen behandeladvies mdo.....	10
Intensief consult met patiënt.....	10
Behandeling.....	13
Eerste bezoek polikliniek.....	13
Chirurgie Preoperatieve fase.....	14
Chirurgie Operatie.....	15
Chirurgie Postoperatief mdo.....	16
Chirurgie Uitslaggesprek PA en vervolg behandelplan	17
Radiotherapie Voorbereiding.....	18
Radiotherapie Behandeling	19
Systeemtherapie Voorbereiding	20
Systeemtherapie Behandeling.....	20
Nazorg	23
Palliatieve Zorg	25
Bijlage 1 Evaluatie transmuraal zorgpad longcarcinoom	28
Bijlage 2 Gebruikte documenten en normen.....	35

Stroomschema



Verwijzing

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
<p>Patiënt bezoekt huisarts.</p> <p>Bespreek met patiënt de onderzoeken worden uitgevoerd. 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 onderzoeksuitkomsten, 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 longcarcinoom 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 longarts 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>

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
Verwijzing door collega medisch specialist bij verdenking longcarcinoom.	Collega medisch specialist	
Patiënt krijgt afspraak mee voor 1e polikliniek bezoek.	Secretaresse polikliniek	

Diagnostiek

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
Patiënt bezoekt polikliniek. Informeer patiënt over de onderzoeken en de keuzemogelijkheden en voer uit: <ul style="list-style-type: none"> • anamnese • lichamelijk onderzoek • X-thorax (indien niet uitgevoerd door huisarts) • laboratorium onderzoek • geriatrische screening bij patiënt 70 jaar en ouder Screen op (risico) ondervoeding en andere voeding gerelateerde klachten	Longarts Verpleegkundige Laborant Radioloog Hoofdbehandelaar is Longarts Casemanager is ...	Voor stadiëring van patiënten met NSCLC hebben bepalingen van hemoglobine, calcium, albumine, natrium, lactaatdehydrogenase en alkalisch fosfatase geen waarde; wel hebben ze enige prognostische waarde. G8 is meest geaccepteerd screeningsinstrument voor geriatrische screening (Bellera, 2012)* Bij multidisciplinaire behandeling is de longarts de regievoerder in de zorgketen (IGZ, 2017) Casemanager: deze zorgverlener is een vast anker voor de patiënt gedurende het gehele traject van diagnostiek en behandeling (SONCOS 2017)
Bespreek uitslag met patiënt, en of aanvullend onderzoek nodig is en of patiënt dit wil. Informeer patiënt over hoofdbehandelaar en casemanager/contactpersoon en bereikbaarheid.	Longarts	Gedeelde besluitvorming (Shared Decision Making) <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. • Expliciet nagaan welke waarden en voorkeuren de patiënt heeft ten aanzien van de mogelijke opties, zodat patiënt een bij hen passende beslissing kan nemen. • 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	

* 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.

Verwijs, indien nodig, patiënt door naar referentiecentrum en geef de resultaten door van: anamnese, lichamelijk, diagnostisch en laboratorium onderzoek en uitslag screening ondervoeding.	Longarts	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 stadiëringsonderzoeken: <ul style="list-style-type: none"> • PET scan • eventueel trans thoracale longpunctie • eventueel endoscopische echografie met punctie • eventueel longfunctie • eventueel MRI/skeletscintigrafie bij verdenking botmetastasen • eventueel punctie pleuravocht • eventueel punctie lymfeklier of metastase in andere organen Meld patiënt aan voor het mdo.	Longarts Nucleair Geneeskundige Radioloog Radiodiagnostisch laborant Chirurg-oncoloog (long- of thorax chirurg)	

Aanvullend Moleculaire analyse (Pathologie)

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
Patiënt bezoekt polikliniek m.b.t. pathologie voor: <ul style="list-style-type: none"> • immunohistochemie onderzoek van de lymfeklier waaronder p40/p63, TTF-1 • onderzoek van het tumorweefsel • eventueel aanvullende predictieve analyses (HER2, BRAF, RET en ROS1) 	Patholoog	Bij de subtypering van NSCLC in biopten is immunohistochemisch onderzoek en een slijmkleuring geïndiceerd. (richtlijn NSCLC revisie 2015) EGFR-mutaties bepaald in bloed of tumor zijn de predictieve

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
		<p>biomarkers van keuze voor een behandelingsadvies met EGFR-TKI. (richtlijn NSCLC revisie 2015)</p> <p>ALK-positiviteit is de predictieve biomarker van keuze voor een behandelingsadvies met ALK-remmers bij gemetastaseerd longcarcinoom. (richtlijn NSCLC revisie 2015)</p> <p>Bij alle NSCLC waarbij een adenocarcinoom component niet uitgesloten is, dient de ALK status bepaald te worden. (richtlijn NSCLC revisie 2015)</p> <p>patiënten met pulmonaal adenocarcinoom die geen EGFR-, KRAS- of ALK-herschikking hebben, aanvullende predictieve analyses (HER2, BRAF, RET en ROS1) uitgevoerd dienen te worden. (richtlijn NSCLC revisie 2015)</p>

Aanvullend Mediastinoscopie (chirurgische stadiering)

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
Patiënt bezoekt polikliniek. Geef uitleg waarom een mediastinoscopie noodzakelijk is.	Longarts	
Geef patiënt afspraak mee voor chirurg. Plan vervolgspraak in voor uitslagen van onderzoeken en de diagnose.	Secretaresse polikliniek	Attendeer patiënt voor bezoek op wenselijkheid van aanwezigheid naaste bij uitslaggesprek.
Geef patiënt afspraak mee voor preoperatieve screening en opname voor mediastinoscopie.	Opname bureau	

Vaststellen diagnose en opstellen behandeladvies mdo

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
<p>Afhankelijk van tumorsoort en/organisatie: bespreek tijdens het mdo de 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 mogelijkheden voor participatie in een wetenschappelijke klinische studie <p>Stuur het verslag van MDO uiterlijk binnen twee werkdagen naar de huisarts.</p>	<p>Leden mdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> longarts (long- en /of thorax) chirurg radiotherapeut-oncoloog radioloog patholoog nucleair geneeskundige casemanager en/of oncologieverpleegkundige/verpleegkundig specialist oncologie, evt. andere verpleegkundige 	<p>MDO vindt wekelijks plaats volgens een vaste procedure van aanmelding, bespreking en verslaglegging</p> <p>Longarts is de regievoerder in de zorgketen (IGZ, 2017)</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. Bij multidisciplinaire behandeling is de longarts de regievoerder in de zorgketen (IGZ, 2017)</p> <p>De NVALT app (voor iPhone en iPad) geeft inzicht in lopende onderzoeksprojecten en klinische studies.</p> <p>Indien palliatieve behandeling: ga na of behandeling ziektegericht is of dat overlijden binnen één jaar verwacht wordt (Surprise question, Zorgmodule palliatieve zorg).</p> <p>Zie ook MDO Kwaliteitscriteria (IKNL, 2016).</p>

Intensief consult met patiënt

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
<p>Geef uitslag van de verschillende aanvullende onderzoeken aan patiënt en diens naaste.</p> <p>Diagnose kanker:</p> <ul style="list-style-type: none"> Bespreek de verschillende therapeutische behandelopties, 	<p>Longarts</p> <p>Verpleegkundige</p>	<p>Een verpleegkundige is bij voorkeur aanwezig bij het gesprek, bijvoorbeeld degene die ook het begeleidingsgesprek uitvoert.</p> <p>Dit gesprek bevat veelal meer dan het bespreken van uitslagen en behandelopties. De term 'intensief consult' wordt om die reden ook gebruikt en sluit aan bij de DBC code 'Intensief</p>

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
<p>(stadiërings)onderzoeken, behandellocaties en vervolgmogelijkheden zoals besproken in mdo.</p> <ul style="list-style-type: none"> Bespreek de risico's van de behandelopties (keuzehulp bij stadium I). Bespreek mogelijkheid van deelname aan wetenschappelijk onderzoek (vooral bij mutaties) Kom in overleg met patiënt tot keuze behandelbeleid. Bespreek eventuele wens van patiënt voor een second opinion. <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>consult t.b.v. zorgvuldige afweging behandelopties' die in de praktijk nog 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>Keuzehulp bij stadium I (NCLC) voor het maken van een keuze van één van beide behandelingen: chirurgie ofwel stereotactische bestraling (http://www.keuzehulp-longkanker.nl/)</p> <p>Informed consent: vraag patiënt toestemming voor behandelkeuze.</p> <p>Overweeg inzetten consult palliatief team indien patiënt niet in 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 	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 (voor trials).</p> <p>Informeer patiënt over Nederlandse Kanker Registratie (folder Registreren van kanker).</p>

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
zorgtraject		
<p>Overdracht Lever bij doorverwijzen naar referentiecentrum voor behandeling de volgende gegevens aan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • reden verwijzing • gevonden mutatie(s) • voorgestelde behandeling • uitslagen van lichamelijk, beeldvormend en aanvullend onderzoek • voorkomen kanker in familie • ziektegeschiedenis • medicatie • co-morbiditeit • eventueel uitslag geriatrische screening • voedingstoestand • fysieke en psychosociale klachten • behandelwensen patiënt <p>Informeert patiënt over hoofdbehandelaar, casemanager en bereikbaarheid.</p>	Longarts	
Informeert huisarts over diagnose en gekozen behandeltraject. Bij ontslagtraject tevens huisarts informeren over het bieden van begeleidingsgesprek patiënt.	Longarts	Spreek communicatiemomenten af tussen ziekenhuis en huisarts.
Maak afspraken over verwijzing rond gekozen behandeling.	Secretaresse polikliniek	

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>Longarts</p> <p>Verpleegkundige</p> <p>Hoofdbehandelaar is Longarts</p> <p>Casemanager is...</p>	<p>Bij de behandeling van bepaalde carcinomen is een combinatie van therapieën mogelijk. 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 het (risico op) ondervoeding en andere voedinggerelateerde klachten tijdens de behandeling (opname, dagbehandeling, bezoek aan radiotherapeutisch instituut) en zo nodig doorverwijzen.</p> <p>Signaleer regelmatig de gevolgen van de 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.</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</p> <p>Psychosociale en paramedische zorgverleners (zo nodig)</p> <p>Diëtiste (zo nodig)</p>	<p>Lastmeter bij start en het einde van de behandeling gebruiken, niet vaker dan elke drie maanden met als laatste keer het gesprek waar de primaire behandeling wordt afgesloten.¹ Voor monitoring kan ook de EORTC QLQ-C30 worden gebruikt. Verwijs bij:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Functioneringsproblemen op één specifiek vlak (bv. lichamelijk, cognitief emotioneel of sociaal en/of m.b.t. rolfunctioneren) naar monodisciplinaire behandeling. • Functioneringsproblemen op verscheidene vlakken (meervoudig) of bij verhoogd risico hierop, naar meerdere naast elkaar bestaande monodisciplinaire behandelaars, de medisch specialist/oncoloog coördineert. <p>Bij complexe en onderling samenhangende problematiek, is interdisciplinaire behandeling nodig waarbij onderlinge</p>

¹ Uit richtlijn Detecteren behoefte psychosociale zorg.

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
lichaamsbeweging en gezonde voeding <ul style="list-style-type: none"> participatie en re-integratie in maatschappij en werk 		afstemming van het behandelplan noodzakelijk is, verwijs naar interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie. Bij zeer uitgebreide of ernstige functiestoornissen met blijvende beperkingen, waarbij een langdurig herstelproces of onvolledig herstel wordt verwacht, verwijzing naar (poli)klinische medische specialistische revalidatiezorg. ² Voor verwijsmogelijkheden: zie Verwijsgids kanker

Chirurgie | Preoperatieve fase

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
Patiënt bezoekt polikliniek chirurgie. Bespreek: <ul style="list-style-type: none"> indicatie operatie mogelijke complicaties uitleg preoperatieve voorbereiding medicatie voor en tijdens opname eventueel behoefte aan thuiszorg. 	Long/thoraxchirurg Verpleegkundige	Check of medicatie aangepast moet worden voor/tijdens opname en handel hiernaar.
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.	Anesthesist Assistent preoperatieve screening (zo nodig)	
Informeer patiënt over: <ul style="list-style-type: none"> opnamedatum OK-datum verwachte datum PA-uitslag Meld patiënt aan voor postoperatief mdo. 	Secretaresse polikliniek	

² Uit concept richtlijn Medische specialistische revalidatie bij oncologie (kan afwijken van de definitieve versie).

Chirurgie | Operatie

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
<p>Patiënt meldt zich voor opname.</p> <p>Ontvangst patiënt op afdeling (anamnese + wegwijs volgens standaard procedures)</p> <p>Bereid patiënt preoperatief voor.</p>	<p>Verpleegkundige</p> <p>Zaalarts</p>	<p>Informeert de patiënt over:</p> <ul style="list-style-type: none"> • procedures rond operatie, waaronder medische en verpleegtechnische handelingen • mogelijke complicaties • tijdstip resultaat van de operatie • contact naaste/familie over verloop operatie
<p>Operatie volgens richtlijn</p> <p>Informeert na OK naasten/familie over verloop volgens afspraak.</p>	<p>Long/thoraxchirurg</p>	
<p>Patiënt gaat naar de recoveryafdeling, de ICU of terug naar verpleegafdeling:</p> <ul style="list-style-type: none"> • uitvoeren postoperatieve observaties volgens procedure • informeer patiënt over voortgang behandeling tijdens opname. 	<p>Long/thoraxchirurg</p> <p>Verpleegkundige</p> <p>Fysiotherapeut (zo nodig)</p> <p>Maatschappelijk werker (zo nodig)</p> <p>Pijnteam (zo nodig)</p> <p>Diëtist (zo nodig)</p>	<p>Naar aanleiding van observaties zo nodig paramedische zorgverleners inschakelen en/of pijnteam raadplegen..</p>
<p>Voer voorlopig uitslaggesprek wanneer PA-uitslag tijdens opname bekend is.</p>	<p>Long/thoraxchirurg</p>	
<p>Breng patiënt op de hoogte van ontslagdatum.</p> <p>Bespreek met patiënt de ontslagvoorwaarden (volgens de in het ziekenhuis geldende procedures).</p> <p>Beoordeel thuissituatie en schakel zo nodig thuiszorg in.</p> <p>Beoordeel behoefte paramedische begeleiding en schakel deze zo nodig in.</p>	<p>Verpleegkundige</p>	<p>Zelfmanagement</p>
<p>Patiënt gaat met ontslag. Bespreek:</p> <ul style="list-style-type: none"> • vervolgspraak voor controle en zo nodig PA-uitslag • leefregels voor thuis betreffende operatie • bereikbaarheid casemanager of andere zorgverleners 	<p>Long/thoraxchirurg</p> <p>Verpleegkundige</p> <p>Zaalarts</p>	<p>Leefregels:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wondverzorging • hechtingen verwijderen • wat te doen bij complicaties • het herstarten van antistolling recepten voor medicatie

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
		Bereikbaarheid casemanager met name bij overdracht wanneer het operatieziekenhuis niet gelijk is aan het diagnoseziekenhuis.
Overdracht <ul style="list-style-type: none"> • Stuur brief zo spoedig mogelijk naar huisarts over ontslag • Zorg voor indicatie en overdracht thuiszorg voor eventueel inschakelen thuiszorg (reguliere zorgverlening/specialistische verpleegkundige zorg/huishoudelijke hulp. • Zorg zo nodig voor indicatie en overdracht fysiotherapeut of andere paramedische begeleiding. 	Long/thoraxchirurg Verpleegkundige	Combineer in brief naar huisarts over uitslaggesprek samen met datum met score van de laatste Lastmeter.

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"> • longarts • (long- en /of thorax) chirurg • radiotherapeut-oncoloog • radioloog • patholoog • nucleair geneeskundige • casemanager en/of oncologieverpleegkundige/verpleegkundig specialist oncologie, evt andere verpleegkundige 	<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. Bij multidisciplinaire behandeling is de longarts de regievoerder in de zorgketen (IGZ, 2017)</p> <p>Indien palliatieve behandeling: ga na of behandeling ziektegericht is of dat overlijden binnen één 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 • chemotherapie • combinatie van therapieën • palliatief beleid 	<p>long/thorax chirurg 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> <p>Geef mondelinge en schriftelijke informatie afgestemd op behoefte patiënt.</p>
<p>Overdracht</p> <p>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 patiënt <p>Informeer patiënt over hoofdbehandelaar en casemanager en bereikbaarheid.</p>	<p>Long- en /of thorax chirurg Verpleegkundige</p>	<p>Maak duidelijke afspraken voor overdracht naar andere behandelaar.</p> <p>Zorg voor overdracht laatste Lastmeter met datum en score.</p>
<p>Stuur huisarts en medebehandelaars zo spoedig mogelijk een brief met laatste uitslagen en gekozen behandelplan.</p>	<p>Thorax chirurg</p>	

Radiotherapie | Voorbereiding

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
<p>Patiënt en naaste bezoeken radiotherapeutisch centrum voor intake</p> <ul style="list-style-type: none"> • bespreken diagnose • lichamelijk onderzoek • eventueel maken CT scan • bespreken behandelplan radiotherapie • uitleg doel, procedure en effecten van de behandeling (bijwerkingen) <p>Maak afspraken over wie hoofdbehandelaar en casemanager zijn en over hun bereikbaarheid. Bespreek dit met patiënt.</p>	<p>Radiotherapeut-oncoloog Physician assistant Verpleegkundige Diëtist (zo nodig)</p>	<p>Afspraken zijn vastgelegd over doorverwijzing en samenwerking met radiotherapeutisch centrum en verwijzende organisatie.</p> <p>Bij multidisciplinaire behandeling is de longarts de regievoerder in de zorgketen (IGZ, 2017)</p> <p>Gegevens die nodig zijn voor aanmelding bij het radiotherapeutisch centrum zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> • correspondentie verwijzend specialist • PA verslagen • verslagen en materiaal beeldvormend onderzoek <p>Houdt rekening met verhoogd risico op oesofagitis bij gelijktijdige radiotherapie en chemotherapie. Verwijs zo nodig naar diëtist.</p> <p>Informeert longarts over percentage V35 oesophagus op basis van het Dosis Volume Histogram.</p>
Geef voorlichting over praktische gang van zaken.	Medewerker radiotherapie	
<p>Patiënt bezoekt radiotherapeutisch laborant:</p> <ul style="list-style-type: none"> • teken bestralingsgebied af • plan (bereken) de bestralingen • maak zo nodig masker 	Radiotherapeutisch laborant	Patiënt weet bij welke bijwerkingen/ complicaties hij/zij zich bij welke specialist moet melden.
Maak vervolgspraken.	Secretaresse radiotherapie	
<p>Overdracht</p> <p>Bericht huisarts en overige behandelaren zo spoedig mogelijk over start behandeling.</p>	Radiotherapeut-oncoloog	

Radiotherapie | Behandeling

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
Poliklinische bestraling	Radiotherapeut-oncologisch laborant	Aandachtspunten tijdens radiotherapie: <ul style="list-style-type: none"> • voorlichting op gebied van bijwerkingen • roken en voeding • huidverzorging
Therapiecontrole, evalueer na iedere serie radiotherapie de te verwachten effecten en lasten van de behandeling en bespreek zo nodig de mogelijkheden voor verdere opties of palliatieve zorg.	Radiotherapeut-oncoloog/ Physician assistant	
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. Screen op (het risico) op ondervoeding en andere voeding gerelateerde klachten.	Verpleegkundige Psychosociale en paramedische zorgverleners (zo nodig)	Neem de Lastmeter aan het begin en einde van de behandeling af en/of om de drie maanden als het een langdurige behandeling betreft. ³ Voor monitoring kan ook de EORTC QLQ-C30 worden gebruikt. Voor verwijzsmogelijkheden: zie Verwijsgids kanker
Overdracht Bericht resultaat behandeling zo spoedig mogelijk naar huisarts en overige behandelaren. Breng huisarts op de hoogte via brief of telefonisch.	Radiotherapeut-oncoloog Verpleegkundige	Overdracht zowel naar huisarts als naar hoofdbehandelaar (longarts). Bij multidisciplinaire behandeling is de longarts de regievoerder in de zorgketen (IGZ, 2017)

³ Uit richtlijn Detecteren behoefte psychosociale zorg.

Systemtherapie (chemotherapie, immunotherapie of doelgerichte therapie) | Voorbereiding

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
<p>Patiënt en naaste bezoeken polikliniek of centrum voor immunotherapie/doelgerichte therapie (longarts) voor 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>Longarts Verpleegkundige</p>	<p>Schriftelijke informatie:</p> <ul style="list-style-type: none"> behandelwijzer + kuur bij haarverlies + folder haarwerk leveranciers folder 'Voeding bij kanker' <p>Bij multidisciplinaire behandeling is de longarts de regievoerder in de zorgketen (IGZ, 2017)</p> <p>NVALT heeft een zestal centra en een aantal referentieziekenhuizen aangewezen voor behandeling van immunotherapie (zie: https://www.nvalt.nl/oncologie) en in een voorgenomen en voorlopig besluit van het bestuur een vijftal centra aangewezen voor de behandeling van doelgerichte therapie (zie https://www.nvalt.nl/oncologie)</p>
<p>Overdracht</p> <p>Informeer huisarts zo spoedig mogelijk over de voorgenomen kuur.</p>	<p>Longarts Verpleegkundige</p>	<p>Informatie over de kuur en bijwerkingen en verwijzing naar website Samenstellen Informatie over Bijwerkingen (SIB), www.sibopmaat.nl.</p>

Systemtherapie (chemotherapie, immunotherapie of doelgerichte therapie) | 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. Aanspreekpunt zijn bij vragen/problemen. 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 verwijs zo nodig en 	<p>Longarts Verpleegkundige Psychosociale en paramedische zorgverleners (zo nodig)</p>	<p>Bloedonderzoek voorafgaande aan de kuur</p> <p>Controle tijdens systeemtherapie wordt individueel bepaald</p> <p>Respons meting systeemtherapie door</p> <ul style="list-style-type: none"> lichamelijk onderzoek X- thorax CT thorax PET-CT scan CTC-score

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
<p>desgewenst naar gespecialiseerd zorgverlener.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Screen op (het risico) op ondervoeding en andere voeding gerelateerde klachten en verwijs zo nodig. 		<ul style="list-style-type: none"> • RECIST-respons meting <p>Neem de Lastmeter aan het begin en einde van de behandeling af en/of om de drie maanden als het een langdurige behandeling betreft.⁴</p> <p>Voor monitoring kan ook de EORTC QLQ-C30 worden gebruikt. Voor verwijsmogelijkheden: zie Verwijsgids kanker</p>
<p>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.</p>	Longarts Verpleegkundige	

Concurrent chemoradiotherapie | Voorbereiding

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
<p>Patiënt en naaste bezoeken zowel polikliniek (longarts) voor voorlichtingsgesprek over chemotherapie als radiotherapeutisch centrum voor intake. Zie verder Radiotherapie Voorbereiding en Systeemtherapie Voorbereiding</p> <p>Maak afspraken over wie hoofdbehandelaar en casemanager zijn en over hun bereikbaarheid. Bespreek dit met patiënt.</p>	Longarts Radiotherapeut-oncoloog Physician assistant Verpleegkundige Diëtist (zo nodig)	Bij multidisciplinaire behandeling is de longarts de regievoerder in de zorgketen (IGZ, 2017)
<p>Overdracht Bericht huisarts en overige behandelaren zo spoedig mogelijk over start chemoradiotherapie.</p>	Longarts iom radiotherapeut-oncoloog Verpleegkundige	

⁴ Uit richtlijn Detecteren behoefte psychosociale zorg.

Concurrent chemoradiotherapie | Behandeling

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
Patiënt bezoekt de dagbehandeling voor dagelijkse chemoradiotherapie behandelingen. Zie Radiotherapie Behandeling en Systeemtherapie Behandeling	Longarts Verpleegkundige Radiotherapeut-oncologisch laborant Psychosociale en paramedische zorgverleners (zo nodig)	Bloedonderzoek voorafgaande aan de kuur
Therapiecontrole voor radiotherapie: zie Radiotherapie Behandeling en therapiecontrole tijdens chemotherapie: zie Systeemtherapie Behandeling.	Longarts Radiotherapeut-oncoloog/ Physician assistant	Neem de Lastmeter aan het begin en einde van de behandeling af en/of om de drie maanden als het een langdurige behandeling betreft. ⁵ Voor monitoring kan ook de EORTC QLQ-C30 worden gebruikt. Voor verwijsmogelijkheden: zie Verwijsgids kanker
Overdracht Informeel huisarts en overige behandelaren zo spoedig mogelijk over het resultaat van de behandeling. Houd huisarts op de hoogte gehouden via brief of telefonisch.	Longarts iom radiotherapeut-oncoloog	

⁵ Uit richtlijn Detecteren behoefte psychosociale zorg.

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 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(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>Longarts 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>Bij multidisciplinaire behandeling is de longarts de regievoerder in de zorgketen (IGZ, 2017)</p> <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 de gevolgen van de kanker(behandeling) en de behoefte aan zorg met behulp van de Lastmeter: laat Lastmeter invullen en bespreek deze met patiënt.</p> <p>Verleen basale psychosociale zorg en verwijst zo nodig en desgewenst naar gespecialiseerd zorgverlener.</p>	<p>Verpleegkundige Psychosociale en paramedische zorgverleners (zo nodig) Bedrijfsarts (zo nodig)</p>	<p>Neem de Lastmeter bij elk controlebezoek af (niet vaker dan om de drie maanden):</p> <ul style="list-style-type: none"> • overgang van behandeling naar controleperiode • overgang van controleperiode naar beëindiging van contact met ziekenhuis

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
<p>Screen op (risico) op ondervoeding en andere Voedinggerelateerde klachten.</p> <p>Leg de besproken punten, in afstemming met de patiënt vast in het Individueel nazorgplan voor de patiënt.</p>	<p>Huisarts Diëtiste (zo nodig)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • optreden van recidief en/of metastasen • overgang van curatieve naar palliatieve behandeling⁶ <p>Voor monitoring kan ook de EORTC QLQ-C30 worden gebruikt.</p> <p>Zie voor verwijsmogelijkheden: Verwijsgids Kanker</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>Longarts Verpleegkundige</p>	<p>Stuur huisarts eventueel een kopie van het nazorgplan toe.</p> <p>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>

⁶ Uit richtlijn Detecteren behoefte psychosociale zorg.

Palliatieve Zorg

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 het risico op ondervoeding.</p> <p>Signaleer de gevolgen van de kanker(behandeling) en de behoefte aan zorg met behulp van de Lastmeter: laat Lastmeter invullen en bespreek deze met patiënt.</p> <p>Verleen basale psychosociale zorg en verwijst zo nodig en desgewenst naar gespecialiseerd zorgverlener.</p>	<p>Longarts Radiotherapeut-oncoloog 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. Bij multidisciplinaire behandeling is de longarts de regievoerder in de zorgketen (IGZ, 2017) Overdracht regelen bij afwezigheid behandelende (huis)arts (avond-weekenddienst-vakantie).</p> <p>Zelfmanagement(ondersteuning), afstemmen 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: ziekenhuis opname indien de patiënt dit wenst en behandeling zinvol is.</p> <p>Zorg voor de naaste(n) vormt een integraal onderdeel.</p> <p>Lastmeter gebruiken om de drie maanden af en in ieder geval bij de overgang van curatieve naar palliatieve behandeling. Voor verwijsmogelijkheden: zie Verwijsgids kanker</p>

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
<p>Markeringsfase* ziekte-en symptoomgericht palliatieve zorg</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • consulent palliatieve zorg, • huisarts, • pijnarts, • diëtist, • revalidatiearts, • geestelijk verzorger. 	<p>Longarts Radiotherapeut-oncoloog Anesthesioloog Apotheker Neuroloog Huisarts Verpleegkundige</p> <p>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>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 (SPICT 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

Bijlage 1 Evaluatie transmuraal zorgpad longcarcinoom

Om het effect van een zorgpad te meten is het nodig het zorgpad periodiek te evalueren. In onderstaand schema staan 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)/DICA/DLRA. 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 tijdens of in 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)

	Categorie	Teller	Noemer	Registratie-items en -bron
Aantal patiënten met een nieuw gediagnosticeerd longcarcinoom op jaarbasis				Aantal nieuwe patiënten op jaarbasis (NKR) (geen recidieven)

Verwijzing en diagnostiek	Categorie	Teller	Noemer	Registratie-items en -bron
% patiënten met differentiaal diagnose longcarcinoom dat binnen 5 dagen een afspraak heeft op de polikliniek (<i>richtlijn NSCLC</i>)	Wacht- en doorlooptijden	Aantal patiënten dat binnen 5 dagen een afspraak heeft op de polikliniek	Aantal patiënten met (verdenking op) nieuw gediagnosticeerd longcarcinoom	<ul style="list-style-type: none"> • datum contact ziekenhuis voor maken afspraak (ziekenhuis) • datum eerste afspraak polikliniek (ziekenhuis) • aantal nieuwe patiënten (NKR) • aantal patiënten dat polikliniek heeft bezocht met verdenking longcarcinoom en geen longcarcinoom bleek te hebben (ziekenhuis)
<p>% patiënten dat binnen 1 week na weefselafname de diagnose meegedeeld krijgt tenzij speciale bewerkingen dit verhinderen (<i>richtlijn NSCLC</i>)</p> <p>% patiënten dat binnen 28 dagen de diagnose meegedeeld krijgt (besproken in mdo,</p>	Wacht- en doorlooptijden	<p>Aantal patiënten dat binnen 5 dagen na weefselafname de diagnose meegedeeld krijgt</p> <p>Aantal patiënten dat binnen 28 dagen diagnose meegedeeld krijgt en besproken is in mdo</p>	<p>Aantal patiënten met een nieuw gediagnosticeerd longcarcinoom (histologische bevestigd, zonder speciale weefsel afname)</p> <p>Aantal patiënten met een nieuw gediagnosticeerd longcarcinoom (met speciale weefselafname)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • datum 1e weefselafname (NKR) • datum polibezoek voor uitslag (ziekenhuis) • aantal nieuw gediagnosticeerde patiënten (histologisch bevestigd met en zonder speciale weefselafname) patiënten (NKR) • datum mdo (ziekenhuis)

zonder mediastinoscopie) (richtlijn NCSLC)				
Gemiddeld aantal polikliniekbezoeken voorafgaand aan start behandeling	Wacht- en doorlooptijden	Aantal polibezoeken voorafgaand aan behandeling	Aantal patiënten met een nieuw gediagnosticeerd longcarcinoom	<ul style="list-style-type: none"> • datum polikliniek bezoeken (ziekenhuis) • aantal nieuwe patiënten (NKR)
% patiënten besproken in preoperatief mdo (richtlijn NCSLC en Zorginstituut Nederland)	Kwaliteit zorgverlening	Aantal patiënten besproken in preoperatief mdo	Aantal patiënten met een nieuw gediagnosticeerd longcarcinoom	Registratie preoperatief mdo (ziekenhuis)
% patiënten dat een gesprek met de (oncologie)verpleegkundige in diagnostische fase heeft gehad	Patiëntenbegeleiding	Aantal patiënten dat in diagnostische fase gesprek met oncologieverpleegkundige heeft gehad	Aantal patiënten met een nieuw gediagnosticeerd longcarcinoom	Registratie gesprek of polibezzoek oncologieverpleegkundige (ziekenhuis)
% patiënten dat na de diagnose (of tijdens behandeling/nazorg) Lastmeter of ander signaleringsinstrument naar psychische klachten heeft ingevuld (richtlijn detecteren behoefte psychosociale zorg)	Kwaliteit zorgverlening	Aantal patiënten dat na diagnose en voorafgaand aan behandeling lastmeter o.i.d. heeft ingevuld	Aantal patiënten met een nieuw gediagnosticeerd longcarcinoom	Registratie afname screeningsinstrument (ziekenhuis)

<p>Gemiddeld aantal werkdagen/uren voordat de verwijzer op de hoogte gesteld is van de (voorlopige) diagnose van de patiënt. (Informeren huisarts/verwijzer kan ook een evaluatie-item zijn in de behandelingsfase, nazorg en palliatieve fase)</p>	<p>Wacht- en doorlooptijden Informatie huisarts</p>	<p>Totaal aantal werkdagen voordat de verwijzer op de hoogte gesteld is van de diagnose van de patiënt</p>	<p>Aantal patiënten met een nieuw gediagnosticeerd longcarcinoom</p>	<ul style="list-style-type: none"> • contactdatum verwijzer per telefoon, mail of brief (ziekenhuis) • aantal nieuwe patiënten (NKR)
<p>% patiënten dat na diagnose longcarcinoom informatie meekrijgt over aanspreekpunt, hoofdbehandelaar, hoe en wanneer contact op te nemen met het ziekenhuis (Longkanker Nederland/NFK/SON COS)</p>	<p>Informatie patiënt</p>	<p>Aantal patiënten dat na diagnose longcarcinoom informatie meekrijgt over aanspreekpunt, hoofdbehandelaar, hoe en wanneer contact op te nemen met het ziekenhuis.</p>	<p>Aantal patiënten met een nieuw gediagnosticeerd longcarcinoom</p>	<ul style="list-style-type: none"> • registratie patiënten dat na diagnose longcarcinoom informatie meekrijgt over aanspreekpunt, hoofdbehandelaar, hoe en wanneer contact op te nemen met het ziekenhuis (ziekenhuis) • aantal nieuwe patiënten (NKR)

Behandeling	Categorie	Teller	Noemer	Registratie-items en -bron
% geopereerde patiënten met een niet-kleincellig longcarcinoom dat postoperatief in een mdo wordt besproken <i>(Zorginstituut Nederland).</i>	Kwaliteit zorgverlening	Aantal geopereerde patiënten met niet-kleincellig longcarcinoom dat postoperatief in een mdo is besproken.	Totaal aantal patiënten dat een operatie heeft ondergaan	Registratie postoperatief mdo (ziekenhuis)
Gemiddelde opnameduur bij chirurgie	Wacht- en doorlooptijden	Totale opnameduur bij chirurgie in dagen	Aantal patiënten dat chirurgie heeft ondergaan	<ul style="list-style-type: none"> • opnamedatum (ziekenhuis) • operatie (NKR) • ontslagdatum chirurgie • aantal patiënten dat chirurgie heeft ondergaan (NKR-initiële behandeling)
% patiënten dat een gesprek met oncologieverpleegkundige* in de behandelfase heeft gehad	Patiëntenbegeleiding	Aantal patiënten dat een gesprek met (oncologie)verpleegkundige* in de behandelfase heeft gehad	Aantal patiënten met een nieuw gediagnosticeerd longcarcinoom	<ul style="list-style-type: none"> • aantal patiënten dat een gesprek met de oncologieverpleegkundige* in de behandelfase heeft gehad (ziekenhuis) • aantal nieuwe patiënten (NKR)

Nazorg	Categorie	Teller	Noemer	Registratie-items en -bron
% 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	<ul style="list-style-type: none"> aantal complicaties na chirurgie, radiotherapie en/of systeemtherapie binnen 30 dagen (DLCA) DLCA-R / DLCA-L / DLCA-S
Aantal heropnames of re-interventies na chirurgie binnen 30 dagen	Kwaliteit zorgverlening	Aantal patiënten met een heropname of re-interventie na een operatie	Totaal aantal patiënten dat een operatie heeft ondergaan	Aantal heropnames of re-interventies na chirurgie binnen 30 dagen (DLCA-S)
30 dagen mortaliteit* (komt voor longcarcinoom, te weinig voor)	Kwaliteit zorgverlening			30 dagen mortaliteit (NKR – DLCA-L NB. een jaar vertraging)

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 hebben 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 hebben ondergaan (NKR- alleen initieel)
% patiënten dat palliatieve chemotherapie heeft gehad binnen 30 dagen voor overlijden	Kwaliteit zorgverlening	Aantal patiënten dat palliatieve chemotherapie heeft gehad 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)

Uit onderstaande voorbeelden kan een keus gemaakt worden:

*Verpleegkundige: hiermee wordt ook verpleegkundig specialist of gespecialiseerd verpleegkundige bedoeld.
Zie eventueel ook andere indicatoren die vereist zijn voor het Zorginstituut Nederland.

Bijlage 2 Gebruikte documenten en normen

1. Gebruikte documenten

- Richtlijn Niet-kleincellig longcarcinoom, versie 2.3, 2015 (www.oncoline.nl.)
- Richtlijn Kleincellig longcarcinoom, versie 1.0, 2011 (www.oncoline.nl)
- Handreiking slecht-nieuwsgesprek, 2012 (www.oncoline.nl)
- Richtlijn Algemene voedings- en dieetbehandeling 2012 (www.oncoline.nl)
- Richtlijn Long - voeding en dieet, versie 2.0, 2012 (www.oncoline.nl)
- Richtlijn Ondervoeding, versie 1.0, 2012 (www.oncoline.nl)
- Richtlijn Herstel na kanker, versie 1.0, 2011 (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

- Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen, 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 longcarcinoom, 2015, Zorginstituut Nederland (www.zorginzicht.nl)
- 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)
- 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 is een selectie is gemaakt van de meest relevante normen/indicatoren die voor dit zorgpad gelden.

Voor het gehele zorgpad gelden de volgende algemene eisen vanuit het SONCOS normeringsrapport 5, 2017:

- 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 multidisciplinaire 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.
- Indien een oncologische patiënt wordt opgenomen op een klinische afdeling die niet is ingericht voor oncologische zorg (bijvoorbeeld spoedeisende hulp), is consultatie van ter zake deskundige hulpverleners beschikbaar.
- 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.

Voor het gehele zorgpad gelden de algemene voorwaarden voor chirurgische zorg uit Normering Chirurgische behandelingen 5.0, 2015:

- Er wordt deelgenomen aan een complicatieregistratie.
- Er wordt deelgenomen aan landelijke door de NVvH gesteunde registratieprojecten, zoals die van DICA en de traumaregistratie.
- Er zijn afspraken met een referentiecentrum voor overleg en/of verwijzing.
- Collega's zijn aanspreekbaar en spreken elkaar aan op (on)professioneel gedrag.

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 geldt structurele registratie van de kwaliteitsindicatoren van Zorginstituut Nederland.

2.1 Normen en indicatoren per fase

VERWIJZING

RICHTLIJN NIET-KLEINCELLIG LONGCARCINOOM | Toegangstijd huisarts: 80% binnen < 2 werkdagen, maximaal 3 werkdagen.

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

- In de periode voorafgaand aan de behandeling: bij bezoek aan de huisarts, zie Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak 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.

DIAGNOSTIEK

RICHTLIJN NIET-KLEINCELLIG LONGCARCINOOM |

- Toegangstijd polikliniek 80% binnen 5 werkdagen bij aanwijzingen voor een longtumor of afwijkende thoraxfoto.
- Diagnostiek wachttijd (CT-scan, bronchoscopie met PA, PET, PET-CT, echo-endoscopie) 80% binnen 3 weken. Indien een mediastinoscopie dient te geschieden is binnen 5 weken acceptabel.
- Patiënten met NSCLC die in aanmerking komen voor een in opzet curatieve behandeling dienen als eerste keus een gecombineerde PET-CT-scan te ondergaan.
- Een CT-scan en apart een PET-scan is tweede keus. PA-uitslag dient binnen 1 week bekend te zijn, tenzij speciale bewerkingen dit verhinderen.
- In de pathologierapportage dienen ten minste alle bevindingen te worden verslagen die conclusies toelaten met betrekking tot tumorgrootte, diagnose/histologische subtypering (WHO-classificatie), pleura in-/doorgroei, volledigheid en resecties (radicaliteit, afstanden resectievlakken), de aan- of afwezigheid van tumor in lymfeklieren (benoeming van desbetreffende stations) (IASLC Staging Manual in Thoracic Oncology, 2009).
- Wachttijd (CT-scan, bronchoscopie met PA, PET, mediastinoscopie) 80% binnen 3 weken.
- 80% van de patiënten dient het diagnostische traject binnen 3 weken te doorlopen. Indien een mediastinoscopie dient te geschieden, is binnen 5 weken acceptabel.
- Mediastinale weefselstadiëring vindt bij voorkeur plaats door middel van endo-echografie (EUS en/of EBUS).
- De EGFR mutatieanalyse dient te worden uitgevoerd bij die patiënten met een adenocarcinoom of een niet nader te definiëren niet-kleincellig longcarcinoom(NSCLC-NOS, die niet in aanmerking komen voor een in opzet curatieve therapie. Tussen de eerste diagnostische fase en het voorstel om een mediastinoscopie uit te voeren hebben vaak een of meerdere gesprekken plaats met de patiënten en zijn naaste familie. Er is dan al vaak een diagnose bekend, die dan wordt meegedeeld. Ook wordt ook al aangegeven dat er na een mediastinoscopie er verschillende behandelmodaliteiten mogelijk zijn en dat hiermee samenhangend ook de prognose kan variëren. Bij deze gesprekken is vaak tijdens en zeker erna een verpleegkundige aanwezig.
- Indien bij een verdenking op mediastinale lymfekliermetastasen met PET-CT-scan er bij endo-echografisch onderzoek (EUS/EBUS) geen N2-3 ziekte wordt aangetoond, is een cervicale mediastinoscopie of een parasternale mediastinotomie geïndiceerd.
- Mediastinoscopie dient te worden verricht bij alle patiënten met een primair longcarcinoom, bij wie geen metastasen met endo-echografie in het mediastinum en met beeldvorming buiten de thorax zijn gevonden, maar bij wie met PET-CT, CT-scan of met alleen de PET-scan aanwijzingen voor (mediastinale) lymfekliermetastasen bestaan. (op CT minstens één lymfeklier met een diameter >1 cm of op de PET-scan bij focaal verhoogde activiteit in de hilus of het mediastinum).
- Alle patiënten met een niet-kleincellig longcarcinoom, stadium I, II en III, dienen tijdens een multidisciplinair overleg besproken te worden 80% van de patiënten dient binnen 2 weken na afloop van het diagnostisch traject, indien geïndiceerd, te worden geopereerd of met (de voorbereidingen) van de radiotherapie en/of met de chemotherapie te beginnen.
- 80% van de patiënten dient binnen 2 weken na afloop van het diagnostische traject, indien geïndiceerd, te worden geopereerd of met (de voorbereidingen) van de radiotherapie en/of met de chemotherapie te beginnen.
- 80% van de patiënten, indien geïndiceerd, dient binnen 1 week te starten met de palliatieve behandeling.

RICHTLIJN KLEINCELLIG LONGCARCINOOM | Het merendeel van de patiënten met een kleincellig longcarcinoom wordt behandeld met chemotherapie.

Voor patiënten met een stadium I-II SCLC is chirurgische behandeling te overwegen. Vervolgens wordt adjuvante behandeling met chemotherapie en PCI geadviseerd, maar de bewijsvoering is beperkt.

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.
- Tenminste twee longartsen die bekwaam zijn op het gebied van diagnostiek en behandeling van longoncologie.
- Van andere specialisten en aandachtsvelden tenminste twee specialisten met aantoonbaar specifieke expertise in de aandoening waarvoor zorg wordt verleend.
- 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.
- Er is een adequaat ingerichte endoscopie afdeling waar bronchoscopie en endobronchiale echografie verricht kan worden. Er worden minimaal 100 scopieën per jaar verricht, gemiddeld over 3 jaar.
- De doorlooptijd voor diagnostiek bij mediastinale uitbreiding is maximaal vijf weken.
- 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 multidisciplinaire overleg dienen in ieder geval de volgende specialisten vertegenwoordigd te zijn: longarts, (long- en/of thorax)chirurg, radiotherapeut-oncoloog, radioloog, patholoog, nucleair geneeskundige, 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.

NVvH | Er zijn mogelijkheden voor het verrichten van een PET-scan, of er zijn afspraken met ziekenhuizen in de regio hierover.

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.

RICHTLIJN ONDERVOEDING | zie bij 'verwijzing'.

BEHANDELING

RICHTLIJN NIET-KLEINCELLIG LONGCARCINOOM |

- 80% van de patiënten dient binnen 2 weken na afloop van het diagnostische traject, indien geïndiceerd, te worden geopereerd of met (de voorbereidingen) van de radiotherapie en/of met de chemotherapie te beginnen.
- Longchirurgie dient alleen verricht te worden in een kliniek waar tenminste 20 anatomische resecties per jaar plaatsvinden. In de volgende situaties dient overleg plaats te vinden met een centrum: cT3 of cT4 of bij hoge pulmonale of cardiale morbiditeit.
- In een centrum dient minimaal ondersteuning te zijn van longartsen, radiotherapeuten, (thorax)chirurgen, klinisch pathologen, radiologen, nucleair geneeskundigen en gespecialiseerde verpleegkundigen, conform de eisen die hieraan worden gesteld door de betreffende vakgroepen. In een centrum dienen per discipline minimaal twee specialisten aanwezig te zijn om de continuïteit te waarborgen. Een centrum dient consulten aan te bieden aan behandelaars in andere ziekenhuizen.
- Operatieverslag volgens richtlijn.
- 80% van de patiënten dient binnen 2 weken na afloop van het diagnostische traject, indien geïndiceerd, te worden geopereerd of met (de voorbereidingen) van de radiotherapie en/of met de chemotherapie te beginnen.

RICHTLIJN KLEINCELLIG LONGCARCINOOM |

- Patiënten zonder ziekteprogressie en in goede algemene toestand dienen binnen 60 dagen na het beëindigen van de chemotherapie een profylactische schedelbestraling, PCI< te krijgen.
- Profylactische hersenbestraling moet aangeboden worden aan alle patiënten met een kleincellig longcarcinoom die een respons of stabiele ziekte hebben na eerstelijns chemotherapie.
- Thoracale bestraling wordt bij een gedeelte van de patiënten met een kleincellig longcarcinoom, stadium I, II of III gelijktijdig met de chemotherapie toegepast. Deze radiotherapie start binnen 30 dagen na de start van de chemotherapie en duurt niet langer dan 30 dagen.
- Indien mogelijk wordt bij een patiënt met een kleincellig longcarcinoom, stadium I, II of III, een gecombineerde behandeling van chemotherapie met radiotherapie uitgevoerd. Als dit niet mogelijk is chemotherapie de eerste keuze.

SONCOS |

- Er zijn tenminste twee longartsen, twee chirurgen, één radiotherapeut, twee radiologen/nucleair geneeskundigen en één patholoog allen met specifieke expertise in longkanker.

- 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.
- 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.
- 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 in een zorginstelling longresecties worden verricht, moeten dit tenminste 20 longresecties per jaar zijn, gedefinieerd als segmentresectie, lobectomie en pneumectomie. De resecties worden verricht door een gecertificeerd long of thoraxchirurg.
- 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.
- 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.
- Indien immunotherapie met checkpoint inhibitors bij longcarcinoom wordt toegepast, dient voor het wekelijks multidisciplinair overleg een longarts bekwaam in deze behandeling beschikbaar te zijn.
- Neo-adjuvante chemotherapie, chemoradiotherapie en stereotactische radiotherapie zijn beschikbaar, waarbij het “service level” is vastgelegd.
- Per jaar worden tenminste 50 nieuwe patiënten met longkanker behandeld per ziekenhuis.
- 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, long of nierkanker). Daarnaast moet voldaan worden aan de minimale normen voor ieder specifiek tumortype.
- Een zorginstelling die immunotherapie geeft moet aan de NVALT kwaliteitseisen voldoen en deelnemen aan de NVALT “Dure geneesmiddelen” registratie.
- Een zorginstelling die “targeted” therapie geeft voor zeldzame ziektebeelden (prevalentie <5% van adenocarcinomen of plaveiselcarcinomen) dient een aantoonbare expertise te hebben.
- De indicatie tot een bestralingsbehandeling, inclusief brachytherapie, wordt gesteld en uitgevoerd door een radiotherapeut-oncoloog volgens de kwaliteitseisen die door de NVRO zijn vastgelegd.
- Er wordt deelgenomen aan patiëntgebonden wetenschappelijk onderzoek. Er wordt meegedaan aan minimaal 3 klinische studies waarbij per jaar totaal minimaal 15 patiënten worden geïnccludeerd over een periode van 3 jaar.

-
- Zorginstellingen die longkanker behandelen, longresecties verrichten en/of behandelen met radiotherapie, nemen deel aan de landelijke registratie hiervan: de Dutch Lung Cancer Audit (DLCA-L), de Dutch Lung Surgery Audit (DLCA-S) en de Dutch Lung Radiotherapy Audit (DLCA-R).

SONCOS & NVvH | Indien in een zorgorganisatie longresecties worden verricht, moeten dit tenminste 20 longresecties per jaar zijn, gemiddeld over 3 jaar, gedefinieerd als segmentresectie, lobectomie en pneumectomie.

RICHTLIJN DETECTEREN BEHOEFTE PSYCHOSOCIALE ZORG⁷ |

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/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- en doelgerichte 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 ONCOLOGIE⁸ |

De werkgroep adviseert bij signalering van klachten gebruik te maken van de Lastmeter (zie conceptrichtlijn Detecteren behoefte psychosociale zorg). Indien nodig en desgewenst verwijs bij:

- Functioneringsproblemen op één specifiek vlak (bijvoorbeeld lichamelijk, cognitief emotioneel of sociaal en/of m.b.t. rolfunctioneren) naar: monodisciplinaire behandeling.
- Functioneringsproblemen op verscheidene vlakken (meervoudig) of bij een verhoogd risico hierop:
 - o 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 medisch specialistische revalidatie
 - o Als er sprake is van problematiek op verscheidene vlakken (meervoudig) maar deze is niet complex, is behandeling door naast elkaar bestaande monodisciplinair behandelingen mogelijk, gecoördineerd door een medisch specialist/oncoloog.
- Bij zeer uitgebreide of ernstige functiestoornissen met blijvende beperkingen waarbij een langdurig herstelproces of onvolledig herstel wordt verwacht, verwijs naar (poli)klinische medische specialistische revalidatiezorg.

⁷ Uit richtlijn Detecteren behoefte psychosociale zorg.

⁸ Uit concept richtlijn Medisch specialistische revalidatie bij oncologie Oncologische revalidatie (kan afwijken van de definitieve versie).

-
- 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 eiwitinname en energie-inname gehaald wordt. Bij multidisciplinaire behandeling is de longarts de regievoerder in de zorgketen.

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. 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.

ZORGINSTITUUT NEDERLAND |

- Percentage geopereerde patiënten met een niet kleincellig longcarcinoom dat pre-operatief in een multidisciplinair team (mdo) wordt besproken.
- Percentage geopereerde patiënten met een niet-kleincellig longcarcinoom dat postoperatief in een multidisciplinair team (mdo) wordt besproken.
- Percentage bestraalde patiënten met een primair niet-kleincellig longcarcinoom dat in een multidisciplinair team (mdo) wordt besproken.

NAZORG

RICHTLIJN NIET-KLEINCELLIG LONGCARCINOOM |

De routinematige follow-up na behandeling van een patiënt met NSCLC dient te bestaan uit een anamnese, lichamelijk onderzoek en eventueel een thoraxfoto. Follow-up door middel van beeldvorming, waarmee progressie van ziekte kan worden vastgesteld is zinvol als er een actieve tweede of derdelijns behandeling kan volgen en voor het opsporen van late bijwerkingen.

De werkgroep adviseert als follow-upfrequentie:

- Het eerste jaar: eens per 3 maanden
- Het tweede jaar: eens per 6 maanden
- Daarna: eens per jaar, gedurende minimaal 5 jaar

Oudere patiënten (boven 65 jaar) met een recidief kleincellig longcarcinoom kunnen even effectief worden behandeld als jongere patiënten zij het dat vaker ondersteuning van de beenmergfunctie nodig zal zijn.

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:

- medische 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 DETECTEREN BEHOEFTE PSYCHOSOCIALE ZORG | Zie bij 'behandeling'

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

RICHTLIJN NIET-KLEINCELLIG LONGCARCINOOM |

- Vanaf het begin en vervolgens in alle fasen van diagnostiek en behandeling dienen medisch specialist, huisarts en/of (Gespecialiseerd) verpleegkundig(e) specialist gericht te zijn op het vragen naar en behandelen van fysieke symptomen, psychosociale stressfactoren en psychische klachten te vragen, daar vroegtijdige medische en/of gedragsmatige behandelen van fysieke symptomen het psychosociaal functioneren en de kwaliteit van leven kan bevorderen.
- Voor goede psychosociale zorg dienen adequate verwijzingsmogelijkheden beschikbaar te zijn.
- Zorgverleners dienen aandacht te geven aan psychosociale problemen in het gezien en/of bij andere naasten van de patiënt.
- Een (Gespecialiseerd) verpleegkundig(e) specialist dient betrokken te worden in het zorgproces omdat hij of zij een onmisbare schakel is in de keten van behandeling en zorg en vroegtijdige signalering van somatische en psychische symptomen.
- Palliatieve therapie: 80% van de patiënten dient binnen 1 week te starten.

In de palliatieve fase wordt voor het detecteren van psychosociale zorgbehoefte de Lastmeter aanbevolen. Dit kan eens in de drie maanden plaats te vinden. Zie verder richtlijn Detecteren behoefte psychosociale zorg. Om te bepalen of oncologische revalidatie een geschikte interventie is voor de patiënt met klachten kan de Lastmeter aangevuld worden met de VAS vermoeidheidslijst en de Patiënt Specifieke Klachtenlijst. Er zijn speciale oncologische revalidatieprogramma's die gericht zijn op de ziektegerichte- en symptoomgerichte fasen van palliatie. Zie verder de conceptrichtlijn Medisch specialistische revalidatie bij oncologie Oncologische revalidatie.

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, psychiater, 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.
- 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.

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.

RICHTLIJN DETECTEREN BEHOEFTE PSYCHOSOCIALE ZORG | Zie bij 'behandeling'

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.