
Format transmuraal zorgpad ovariumcarcinoom

Tumorsoort Ovariumcarcinoom
Ziekenhuis Naam ziekenhuis

**Eigenaar
zorgpad** Naam eigenaar

Versienummer 4.0
Datum Mei 2016

Introductie

Voor u ligt het format transmuraal zorgpad ovariumcarcinoom. 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-, prostaat-, ovarium-, perihilar 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. Ze 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 of zorgketen kan het format zelf aanpassen op basis van de lokale werkwijze en afspraken. In het format zorgpad zijn 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, Levenmetkanker, 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. 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 via een adviseur oncologische zorg.

Belangrijkste wijzigingen versie 4.0 (2016) ten opzichte van versie 3.0 (2015):

- Geactualiseerde normen opgenomen (IGZ 2016, SONCOS 2016, Nederlandse Vereniging voor Heelkunde 2015, richtlijn Oncologische revalidatie (2011, in revisie) en richtlijn Detecteren behoefte psychosociale zorg (2010, in revisie)
- Koppeling met Zorgpad palliatieve zorg (IKNL, 2016)
- Verwijzing naar Mdo Kwaliteitscriteria (IKNL, 2016) en Koersboek Oncologische netwerkvorming (IKNL, Levenmetkanker, NFU, NHG, NVZ en SONCOS, 2015)

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:	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.

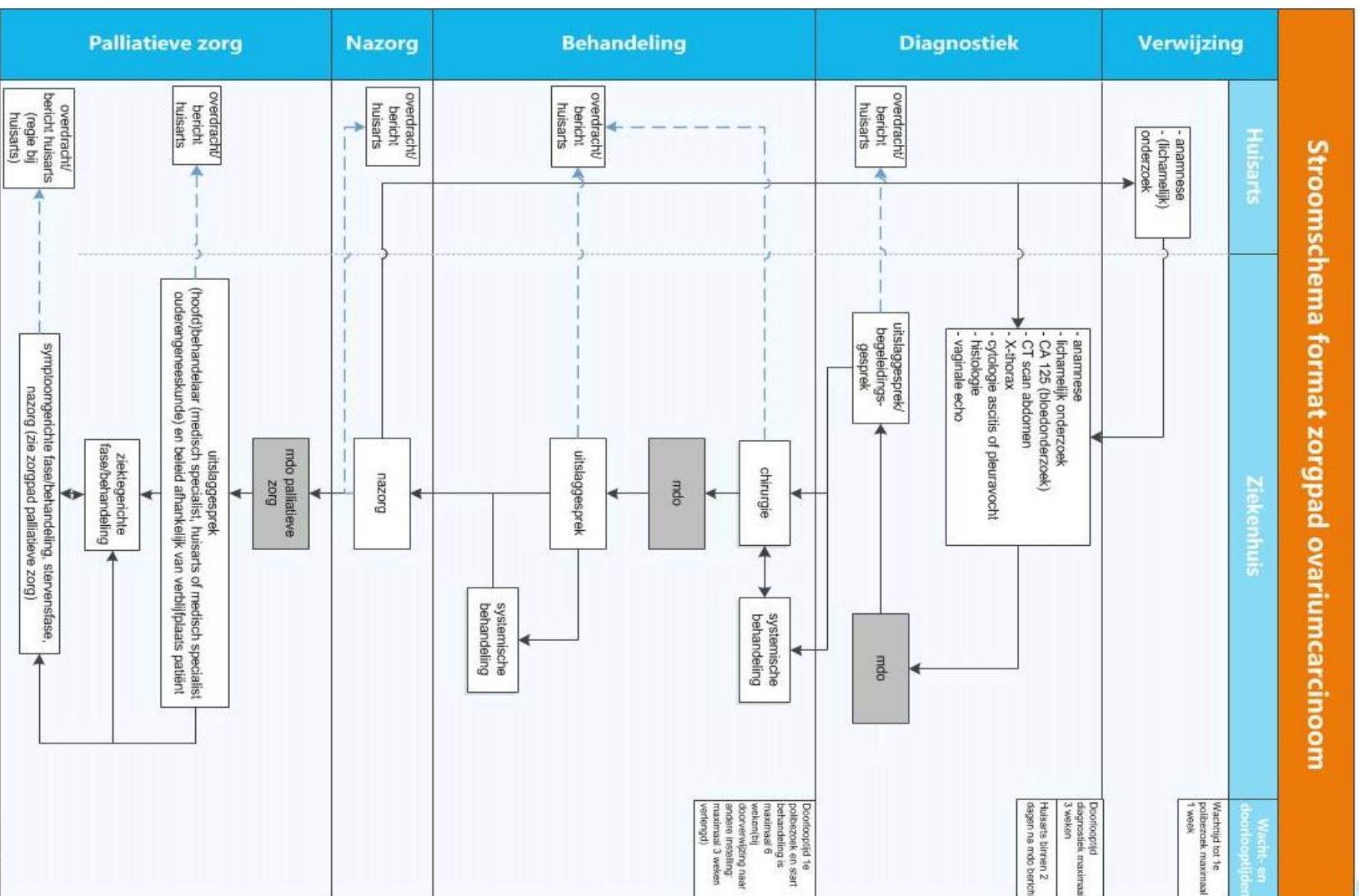
Het is de gebruiker te allen tijde verboden om de door IKNL ontwikkelde formats Zorgpaden (of delen daarvan) voor commerciële doeleinden te gebruiken. IKNL heeft bij de samenstelling van haar formats Zorgpaden de uiterste zorg betracht. Mochten er desondanks fouten of onvolkomenheden voorkomen in deze uitgaven, dan aanvaardt zij- noch anderen die bij de totstandkoming betrokken zijn geweest- enige aansprakelijkheid hiervoor.

Inhoudsopgave

Format transmuraal zorgpad ovariumcarcinoom	1
Inhoudsopgave	3
Stoomschema.....	5
Verwijzing	7
Diagnostiek.....	9
Eerste polikliniek bezoek.....	9
Aanvullend onderzoek	11

Vaststellen diagnose en opstellen behandeladvies MDO	11
Uitslaggesprek	12
Behandeling	14
Eerste polikliniek bezoek	14
Chirurgie Preoperatieve fase	15
Chirurgie Operatie	16
Chirurgie Postoperatief MDO	18
Chirurgie Uitslaggesprek PA en vervolg behandelplan	19
Neo- (adjuvante) Systeemtherapie (chemotherapie, immunotherapie en/of hormoontherapie) Voorbereiding	20
Neo- (adjuvante) Systeemtherapie Behandeling	21
Nazorg	22
Palliatieve zorg	24
Gemetastaseerde ziekte	24
BIJLAGE 1 Evaluatie transmuraal zorgpad ovariumcarcinoom	27
BIJLAGE 2 Gebruikte documenten en normen	32

Stoomschema



Verwijzing

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
<p>Patiënte bezoekt huisarts.</p> <p>Bespreek met patiënt de onderzoeken om een diagnose te kunnen stellen.</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 onderzoekuitslagen, indien van toepassing de reden van doorverwijzing en de te verwachten procedure en vervolgonderzoeken.</p> <p>Verwijs naar gynaecoloog bij verdenking ovariumcarcinoom.</p> <p>Coach patiënt in het keuzeproces voor verdere diagnostiek.</p>	<p>Huisarts</p>	<p>De klachten op verdenking van ovariumcarcinoom zijn meestal aspecifiek:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bloedverlies • vage gastro-intestinale klachten • ruimte-innemend proces in het kleine bekken • palpabele massa in de bovenbuik • ascites en/of pleuravocht • (toegenomen) prolaps van uterus en/of vagina ten gevolge van een ruimte-innemend proces • vergrote supraclaviculaire lymfklier <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>

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
<p>Overdracht Verwijs door naar gynaecoloog en lever de volgende gegevens aan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • reden van verwijzing • anamnese, uitslagen lichamelijk onderzoek, ander 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 behandelaars in het ziekenhuis.</p>

Diagnostiek

Eerste polikliniek bezoek

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
<p>Patiënt bezoekt polikliniek gynaecologie. Informeer patiënt over onderzoeken en keuzemogelijkheden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • anamnese • lichamelijk onderzoek • bloedonderzoek (CA 125) optioneel CEA (afhankelijk van preoperatieve bevindingen) • abdominale of transvaginale echografie • X-thorax / CT Thorax • CT-scan abdomen • screen op (risico op) ondervoeding, andere voedinggerelateerde klachten • geriatrische screening bij patiënt 70 jaar of ouder <p>Maak afspraken over wie hoofdbehandelaar en casemanager zijn en over hun bereikbaarheid. Bespreek dit met patiënt.</p>	<p>Gynaecoloog Verpleegkundige Geriater/geriatisch verpleegkundige Klinisch geneticus (zo nodig)</p> <p>Hoofdbehandelaar is: ... Casemanager is: ...</p>	<p>G8 is meest geaccepteerd screeningsinstrument voor geriatrische screening.</p> <p>De diagnose ovariumcarcinoom kan alleen door histologisch onderzoek worden gesteld.</p> <p>Het stadium wordt veelal chirurgisch vastgesteld, met uitzondering van stadium IV waarbij een CT-scan meestal de aanvullende informatie over de extraperitoneale metastasen geeft.</p> <p>5-15% van de ovariumcarcinomen wordt veroorzaakt door een erfelijke aanleg.</p>
<p>Bespreek met patiënt de uitslagen, 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>Gynaecoloog</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. • Expliciet nagaan welke waarden en

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
		voorkeuren de patiënt heeft ten aanzien van de mogelijke opties, zodat patiënt een bij hen passende beslissing kan nemen. <ul style="list-style-type: none"> • Patiënt krijgt en neemt voldoende tijd voor besluitvorming. Indien gewenst ontvangt patiënt hierbij ondersteuning. (Zorgstandaard Kanker, 2014).
Maak vervolgspraken en geef voorlichting over de geplande onderzoeken die niet op dezelfde dag plaatsvinden.	Secretaresse polikliniek	
<p>Overdracht Verwijs, indien nodig, patiënt door naar referentiecentrum en geef de resultaten door van: anamnese, lichamelijk, diagnostisch, beeldvormend en laboratorium onderzoek en uitslag screening ondervoeding. Verwijs alle nieuwe patiënten met een epitheliaal ovariumcarcinoom, tubacarcinoom of primair extra-ovarieel carcinoom, ongeacht histologisch type, leeftijd van voorkomen en familieanamnese naar een klinisch geneticus (dit geldt nadrukkelijk niet voor borderline ovariumtumoren).</p> <p>Maak afspraken over contactpersoon/hoofdbehandelaar patiënt indien dit wijzigt en bespreek dit met de patiënt.</p>	Gynaecoloog Patholoog Radioloog afhankelijk van de onderzoeken Klinisch geneticus	Aanvullende diagnostiek kan plaatsvinden in een centrumziekenhuis (referentiecentrum). Het verrichten van vriescoupe-onderzoek heeft alléén zin indien hierdoor het beleid tijdens de operatie wordt beïnvloed. Bij een vriescoupe is het vaak moeilijk om het tumortype of de infiltratie vast te stellen. Het verschil tussen een graad 1 tumor en een borderline tumor, en tussen een niet-epitheliale tumor en een slecht gedifferentieerde epitheliale tumor is vaak moeilijk vast te stellen. Aanbeveling om bij jonge vrouwen in de fertiele levensfase dit soort belangrijke beslissingen op basis van de definitieve pathologische diagnose te nemen.
Houdt contact met patiënt gedurende diagnostisch traject, ondersteun en interveenieer bij eventuele onverwachte gebeurtenissen.	Huisarts	

Aanvullend onderzoek

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
Patiënt bezoekt polikliniek radiologie voor: <ul style="list-style-type: none"> • X-thorax • CT- thorax • CT-scan abdomen Meld patiënt aan voor mdo A, B en/of C.	Radioloog Radiodiagnostisch laborant	
Plan vervolgspraak in voor uitslagen van de onderzoeken en de diagnose.	Secretaresse polikliniek	Attendeer patiënt voor bezoek uitslaggesprek op wenselijkheid van aanwezigheid van naaste.

Vaststellen diagnose en opstellen behandeladvies mdo

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

Uitslaggesprek

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
Geef uitslag van de verschillende aanvullende onderzoeken aan patiënt en diens naaste.	Gynaecoloog Verpleegkundige	Een verpleegkundige is bij voorkeur aanwezig bij het gesprek, bijvoorbeeld degene die ook het begeleidingsgesprek uitvoert.
<p>Diagnose kanker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bespreek de verschillende therapeutische behandelopties, (stadiërings)onderzoeken, behandellocaties en vervolgmogelijkheden zoals besproken in mdo. • Bespreek de risico's van de behandelopties en consequenties voor vruchtbaarheid. • Bespreek mogelijkheid van participatie in trials. • 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 kan zien als patiënt afziet van behandeling. • Advanced Care Planning (ACP). 		<p>Het begeleidingsgesprek bevat 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 consult t.b.v. zorgvuldige afweging behandelopties'.</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. Overweeg 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 • signalering (Lastmeter) en mogelijkheden voor psychosociale en paramedische hulpverlening tijdens het zorgtraject 	Verpleegkundige	<p>Vang patiënt, partner en/of andere naasten op.</p> <p>Informeert patiënt over relevante patiëntenverenigingen (Stichting Olijf) en websites.</p> <p>Informeert patiënt over Nederlandse Kanker Registratie (folder Registreren van kanker).</p>

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
<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 patiënt <p>Informeer patiënt over hoofdbehandelaar, casemanager en bereikbaarheid.</p>	Gynaecoloog	
Maak afspraken voor verwijzing gekozen behandeling.	Secretaresse polikliniek	
Informeer huisarts over diagnose en gekozen behandeltraject. Bij ontslagtraject tevens huisarts informeren over het bieden van begeleidingsgesprek patiënt.	Gynaecoloog	Spreek communicatiemomenten af tussen ziekenhuis en huisarts.

Behandeling

Eerste polikliniek bezoek

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>Gynaecoloog Verpleegkundige</p> <p>Hoofdbehandelaar is... Casemanager is...</p>	<p>De behandeling bij het lage stadium ovariumcarcinoom een complete chirurgische (her)stadiëring. Wanneer dit niet uitvoerbaar is, is het advies adjuvante chemotherapie. Bij hoog stadium ovariumcarcinoom bestaat de behandeling uit de combinatie van chirurgie en chemotherapie. Primaire debulking gevolgd door chemotherapie is momenteel de standaard behandeling.</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 voedinggerelateerde klachten tijdens de behandeling (opname, dagbehandeling, bezoek aan radiotherapeutisch instituut) en zo nodig doorverwijzen.</p> <p>Screen psychosociale en paramedische zorgbehoeften 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>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>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.

¹ Uit concept module richtlijn Detecteren behoefte psychosociale zorg, kan afwijken van definitieve versie.

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
<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 lichaamsbeweging en gezonde voeding • participatie en re-integratie in maatschappij en werk 		<ul style="list-style-type: none"> • Problematiek op verscheidene vlakken (meervoudig), maar niet met elkaar samenhangend, naar meerdere naast elkaar bestaande monodisciplinaire behandelaars. • Complexe, meervoudige en samenhangende problematiek, waarbij een interdisciplinair onderling afgestemd behandelplan noodzakelijk wordt geacht naar een revalidatiearts. De revalidatiearts bepaalt dan aan de hand van doorlopen van de revalidatiegeneeskundige diagnostiek of interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie is aangewezen of dat terugverwijzing plaatsvindt met een behandeladvies.² <p>Voor verwijsmogelijkheden: zie Verwijsgids kanker www.verwijsgidskanker.nl (vana1-7-2016).</p>

Chirurgie | Preoperatieve fase

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
<p>Patiënt bezoekt polikliniek chirurgie.</p> <p>Bespreek:</p> <ul style="list-style-type: none"> • indicatie operatie • complicaties • het geven van toestemming voor operatie <p>Indien nodig bespreken behoefte aan thuiszorg.</p>	<p>Gynaecoloog Verpleegkundige</p>	

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

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
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)	
Informeer patiënt over: <ul style="list-style-type: none"> • opnamedatum • operatiedatum • verwachte datum PA-uitslag Meld patiënt aan voor postoperatief mdo A, B en/of C.	Secretaresse polikliniek	

Chirurgie | Operatie

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
Patiënt meldt zich voor opname. Ontvangst op afdeling (anamnese + wegwijs volgens standaard procedures) en informeer patiënt over: <ul style="list-style-type: none"> • procedures rond operatie, waaronder medische en verpleegtechnische handelingen • operatie: stagering/debulking • mogelijke complicaties • tijdstip bespreken resultaat van de behandeling • contact naaste/familie over verloop operatie Bereid patiënt preoperatief voor.	Verpleegkundige Zaalarts	
Operatie volgens richtlijn voor de stadiëringsoperatie.	Gynaecoloog-oncoloog	Stadiëring/primaire debulking volgens richtlijn, verschil zit in laag en hoog stadium.

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
Na operatie naaste/familie informeren over verloop volgens afspraak.	Gynaecoloog met aandachtgebied oncologie (GOA) Anesthesioloog Patholoog	Gynaecoloog-oncoloog participeert in stagering of debulkingoperatie Gastro-intestinaal chirurg is aanwezig/beschikbaar. Bij recidief ovariumcarcinoom kan een hernieuwde debulkingchirurgie voorafgaande aan chemotherapie overwogen te worden. Behandeling vindt plaats in gynaecologisch oncologisch centrum.
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. 	Verpleegkundige Fysiotherapeut (zo nodig) Maatschappelijk werker (zo nodig) Diëtist (zo nodig) Pijnteam (zo nodig)	
Voer voorlopig uitslaggesprek wanneer PA-uitslag tijdens opname bekend is.	Gynaecoloog-oncoloog/GOA	
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	

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
Patiënt gaat met ontslag. Bespreek: <ul style="list-style-type: none"> • vervolgspraak voor controle en uitslaggesprek • leefregels voor thuis betreffende operatie • bereikbaarheid casemanager of andere zorgverleners 	Verpleegkundige Zaalarts/Gynaecoloog- oncoloog	Leefregels: <ul style="list-style-type: none"> • wondverzorging, • hechtingen verwijderen, • wat te doen bij complicaties • recepten voor eventuele medicatie
Overdracht <ul style="list-style-type: none"> • 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 verpleegkundige zorg / huishoudelijke hulp). • Zorg zo nodig voor indicatie en overdracht fysiotherapeut of andere paramedische begeleiding. 	Gynaecoloog Verpleegkundige	

Chirurgie | Postoperatief mdo

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
Bespreek patiënt postoperatief in eerst volgende mdo A, B en/of C nadat PA-uitslag bekend is. Bespreek en documenteer: <ul style="list-style-type: none"> • uitslagen alle onderzoeken • PA • differentiatie graad van de tumor en de mate van volledigheid van de stadiëring/diameter van de laesie na primaire debulking • doel behandeling: curatief/palliatief • behandeladvies 	Gynaecoloog-oncoloog GOA Internist-oncoloog Radioloog Radiotherapeut-oncoloog Patholoog Casemanager Gastro-intestinaal chirurg (zo nodig)	Mdo vindt wekelijks plaats met vaste deelnemers, volgens een vaste procedure van aanmelding, bespreking en verslaglegging. Aanwezig bij mdo gynaecoloog-oncoloog (expert/consulent) uit referentiecentrum. Overweeg om huisarts uit te nodigen of voor en/of na het mdo telefonisch te spreken. Spreek af wie hoofdbehandelaar en casemanager worden indien dit verandert na het mdo.

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
<ul style="list-style-type: none"> • trialmogelijkheden • voedingstoestand (zo nodig) <p>Stuur het verslag van mdo uiterlijk binnen twee werkdagen naar de huisarts.</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 zoals in mdo is besproken:</p> <ul style="list-style-type: none"> • geen (na)behandeling • chemotherapie • combinatie behandeling • palliatief beleid 	<p>Gynaecoloog Verpleegkundige</p>	<p>Bij lage stadium ovariumcarcinoom (niet complete (her)stadiëring) is het advies vgl. richtlijn adjuvante chemotherapie.</p> <p>Hoog stadium ovariumcarcinoom bestaat altijd uit de combinatie van chirurgie en chemotherapie. Indien de primaire debulking niet tot een optimaal resultaat heeft geleid, is na drie chemokuren met goede respons een interval debulking te overwegen.</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 en/of 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 	<p>Gynaecoloog Verpleegkundige</p>	<p>Maak duidelijke afspraken voor overdracht naar gynaecoloog-oncoloog/internist-oncoloog.</p> <p>Zorg voor overdracht laatste Lastmeter met datum en score.</p>

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
<ul style="list-style-type: none"> • ziektegeschiedenis • medicatie • comorbiditeit • voedingstoestand • fysieke en psychosociale klachten • behandelwensen patiënt Informeer patiënt over hoofdbehandelaar en casemanager en bereikbaarheid.		
Stuur huisarts en medebehandelaars zo spoedig mogelijk een brief met laatste uitslagen en gekozen behandelplan.	Gynaecoloog Verpleegkundige	

Neo- (adjuvante) Systeemtherapie (chemotherapie, immunotherapie en/of hormoontherapie) | Voorbereiding

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
Patiënt en naaste bezoeken polikliniek voor voorlichtingsgesprek en ontvangen schriftelijke informatie. Bespreek: aard, doel, soort en samenstelling kuur, duur, startdatum, bloedonderzoek, evaluatie na behandeling bereikbaarheid binnen en buiten kantooruren Maak afspraken over wie hoofdbehandelaar en casemanager zijn en over hun bereikbaarheid. Bespreek dit met de patiënt.	Internist-oncoloog Verpleegkundige	Bij laag stadium en een niet complete stadiëring (NCS) volgt adjuvante chemotherapie. Bij hoog stadium soort chemotherapie afhankelijk van FIGO stadium, zie richtlijn. Patiënt krijgt afspraak mee voor eerste kuur. Geef schriftelijke informatie: behandelwijzer + kuur Folder 'Voeding bij kanker' (KWF) Bij haarverlies folder haarwerk leveranciers pruiken Folder van patiëntenvereniging Olijf
Overdracht Informeer huisarts zo spoedig mogelijk over de voorgenomen kuur.	Internist-oncoloog	Informatie over de kuur en bijwerkingen en verwijzing naar website Samenstellen Informatie over Bijwerkingen (SIB), www.sibopmaat.nl .

Neo- (adjuvante) Systeemtherapie | 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. • 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 voedinggerelateerde klachten. • Houd contact met patiënt voor continuïteit in begeleiding. • Aanspreekpunt zijn bij vragen/problemen. 	<p>Internist-oncoloog Verpleegkundige Psychosociale en paramedische zorgverleners (zo nodig)</p>	<p>Bloedonderzoek vooraf kuur. Controle tijdens kuur is individueel bepaald conform richtlijn.</p> <p>Registreer de gegevens van patiënten met IP chemotherapie behandeling om een beeld te krijgen van de complicaties.</p> <p>Aanbevolen behandeling bij patiënten met vergevorderd stadium: drie kuren neoadjuvante platinum bevattende chemotherapie gevolgd door (chirurgie) interval debulking vervolgens weer minstens drie kuren platinum bevattende chemotherapie.</p> <p>Neem de Lastmeter aan het begin en einde van de behandeling af en/of om de drie maanden bij een langdurige behandeling.³</p> <p>Zie voor verwijsmogelijkheden de specifieke punten bij 'Behandeling, eerste bezoek polikliniek'.</p>
<p>Overdracht Informeel huisarts en gynaecoloog (behandelend arts na de chemotherapie) zo spoedig mogelijk over het resultaat van de behandeling en screenings resultaten (w.o. Lastmeter score). Bij einde chemokuur is gynaecoloog is de hoofdbehandelaar. Houd huisarts op de hoogte gehouden via brief of telefonisch.</p>	<p>Internist-oncoloog Gynaecoloog</p>	<p>Zie richtlijn bij behandeling hoog stadium combinatie primaire debulking (chirurgie) – chemotherapie – interval debulking (chirurgie).</p>

³ Uit concept module richtlijn Detecteren behoefte psychosociale zorg, kan afwijken van definitieve versie.

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 psychosociale en fysieke zorgbehoefte <p>Voer 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 (late) gevolgen van de behandeling en hoe daar mee om te gaan • belang van lichaamsbeweging en gezonde leefstijl • mogelijkheden voor zelfzorgmanagement • mogelijkheden re-integratie naar werk • wijs op lotgenotencontact en patiëntenvereniging 'Olijf' <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 een individueel nazorgplan voor de patiënt.</p>	<p>Gynaecoloog Verpleegkundige</p> <p>Hoofdbehandelaar is... Casemanager is...</p>	<p>Nacontroleschema volgens richtlijn, aanbevolen om het CA125 alleen te bepalen bij klachten of een klinische verdenking op een recidief.</p> <p>Inzet nazorgplan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bij ontslag ziekenhuis • bij de afronding van de (primaire) kankerbehandeling bij heroverweging van de nazorg één jaar na afronding van de behandeling • als wijzigingen optreden in de medische en/of psychosociale situatie van de patiënt of andere momenten van heroverweging van nazorg. <p>Verken één jaar na afronding van de primaire behandeling de resterende gevolgen van de behandeling en behoefte aan nazorg, sluit het nazorgtraject zo mogelijk af.</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>Screen psychosociale en paramedische zorgbehoeften met behulp van de Lastmeter: laat Lastmeter invullen en bespreek deze met de patiënt. Verleen basale psychosociale zorg en verwijs zo nodig en desgewenst naar gespecialiseerd zorgverlener</p>	<p>Verpleegkundige Psychosociale en paramedische zorgverleners (zo nodig) Bedrijfsarts (zo nodig)</p>	<p>Neem de Lastmeter af bij elk controlebezoek (niet vaker dan 1x per 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
Screen op (risico) op ondervoeding en andere voedinggerelateerde klachten.		<ul style="list-style-type: none"> • optreden van recidief en/of metastasen • overgang van curatieve naar palliatieve behandeling⁴ <p>Zie voor verwijsmogelijkheden specifieke punten bij 'Behandeling eerste bezoek polikliniek'.</p>
<p>Overdracht Bericht huisarts middels brief over controleschema, (verwacht) beloop, individueel nazorgplan, 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>	Gynaecoloog Verpleegkundige Huisarts	<p>Stuur huisarts een kopie van het nazorgplan toe. Bij verandering in beloop en beleid: terugkoppeling naar de huisarts.</p> <p>Spreek af wie de contactpersoon is voor de huisarts en communiceer dit met de huisarts.</p>

⁴ Uit concept module richtlijn Detecteren behoefte psychosociale zorg, kan afwijken van definitieve versie.

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 het risico op ondervoeding.</p> <p>Screen psychosociale en paramedische zorgbehoeften met behulp van de Lastmeter: laat Lastmeter invullen en bespreek deze met patiënt. Verleen basale psychosociale zorg en verwijz zo nodig.</p>	<p>Gynaecoloog/gynaecoloog-oncoloog (internist-oncoloog, Radiotherapeut-oncoloog)</p> <p>Huisarts Verpleegkundige Verzorgende Maatschappelijk werker Geestelijk verzorger Psycholoog 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. Zie voor verwijsmogelijkheden specifieke punten bij 'Behandeling, eerste bezoek polikliniek'.</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: consulent palliatieve zorg, huisarts, pijnarts, diëtist, revalidatiearts, geestelijk verzorger.</p> <p>Stervensfase</p> <p>Bereid patiënt en naasten (tijdig) voor op de terminale fase en de mogelijkheden in de terminale fase.</p> <p>Schakel huisarts en thuiszorg (palliatief team) tijdig in o.a. rondom levenseinde.</p>	<p>Gynaecoloog (internist oncoloog, gastro-intestinaal chirurg, Radiotherapeut-oncoloog)</p> <p>Huisarts Verpleegkundige Verzorgende Maatschappelijk werker Geestelijk verzorger Psycholoog Fysiotherapeut Ergotherapeut Diëtist Specialist ouderengeneeskunde Pijnarts Consulent palliatieve zorg</p> <p>Vrijwilliger/mantelzorger</p> <p>Hoofdbehandelaar is... Casemanager is</p> <p>Huisarts Behandelend specialist (gynaecoloog) Verpleegkundige</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 (ACP) 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:</p> <p>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>Inventariseer de belasting van mantelzorg en adviseer zo nodig inzet thuiszorg of van vrijwilligers palliatief terminale zorg (VPTZ).</p> <p>Als het overlijden verwacht wordt binnen 2 à 3 dagen: bespreek dit met patiënt en naaste en ga over op Zorgpad Stervensfase.</p> <p>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>		<ul style="list-style-type: none"> • Checklist Palliatieve sedatie • Patiënten folder Palliatieve sedatie <p>Huisarts is proactief in bieden van nazorg aan nabestaanden</p>

BIJLAGE 1 Evaluatie transmuraal zorgpad ovariumcarcinoom

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 bij een mdo; welke stadia worden besproken, welke disciplines moeten ten minste aanwezig zijn, wordt de besluitvorming/behandeladvies vastgelegd in het dossier, binnen welke termijn wordt de huisarts geïnformeerd
- 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 ovariumcarcinoom: aantal patiënten met een nieuw gediagnosticeerd ovariumcarcinoom op jaarbasis				Aantal nieuwe patiënten met ovariumcarcinoom 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	Wacht- en doorlooptijden	Aantal patiënten dat binnen 1 week een afspraak heeft op de polikliniek	Aantal patiënten met (verdenking op) nieuw	<ul style="list-style-type: none"> • datum contact ziekenhuis voor maken afspraak (ziekenhuis)

	Categorie	Teller	Noemer	Registratie-items en -bron
(SONCOS), binnen 5 werkdagen (Leven met kanker, OLIJF)			gediagnosticeerd ovariumcarcinoom	<ul style="list-style-type: none"> • datum eerste afspraak polikliniek (ziekenhuis) • aantal nieuwe patiënten met ovariumcarcinoom (NKR) • aantal patiënten dat polikliniek heeft bezocht met verdenking ovariumcarcinoom (ziekenhuis)
% patiënten waarbij binnen 5 dagen na de diagnostische onderzoeken de PA-uitslag is besproken (OLIJF, Leven met kanker)	Wacht- en doorlooptijden	Aantal patiënten waarbij binnen 5 dagen na de diagnostische onderzoeken de PA-uitslag is besproken	Aantal patiënten met een nieuw gediagnosticeerd ovariumcarcinoom	<ul style="list-style-type: none"> • data diagnostische onderzoeken (ziekenhuis) • datum uitslag PA (ziekenhuis) • aantal nieuwe patiënten met ovariumcarcinoom (NKR)
% patiënten waarbij behandelend arts binnen 5 werkdagen na ontslag de huisarts informeert (OLIJF)	Wacht- en doorlooptijden Informatie huisarts	Aantal patiënten waarbij behandelend arts binnen 5 werkdagen na ontslag de huisarts informeert	Aantal patiënten met een nieuw gediagnosticeerd ovariumcarcinoom	<ul style="list-style-type: none"> • datum ontslag (NKR) • datum brief/e-mail/telefoon huisarts (ziekenhuis) • aantal nieuwe patiënten met ovariumcarcinoom (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 ovariumcarcinoom	<ul style="list-style-type: none"> • aantal patiënten dat een gesprek met de verpleegkundige* in diagnostische fase heeft gehad (ziekenhuis) • aantal nieuwe patiënten (NKR)
% patiënten dat na diagnose informatie over ovarium meekrijgt over aanspreekpunt, hoofdbehandelaar, hoe en wanneer contact op te nemen met het ziekenhuis (SONCOS)	Informatie patiënt	Aantal patiënten dat na diagnose ovariumcarcinoom informatie meekrijgt over aanspreekpunt, hoofdbehandelaar, hoe en	Aantal patiënten met een nieuw gediagnosticeerd ovariumcarcinoom	<ul style="list-style-type: none"> • registratie aantal patiënten dat na diagnose informatie over ovariumcarcinoom meekrijgt over aanspreekpunt, hoofdbehandelaar, hoe en wanneer contact op te nemen met het ziekenhuis (ziekenhuis) • aantal nieuwe patiënten (NKR)

	Categorie	Teller	Noemer	Registratie-items en -bron
		wanneer contact op te nemen met het ziekenhuis		
% patiënten met ovariumcarcinoom dat in aanmerking komt voor chirurgische behandeling en voorafgaand aan de operatie in het mdo besproken wordt (SONCOS).	Kwaliteit zorgverlening	Aantal patiënten met ovariumcarcinoom dat in aanmerking komt voor chirurgische behandeling en voorafgaand aan de operatie in mdo besproken wordt	Aantal patiënten met een nieuw gediagnosticeerd ovariumcarcinoom	<ul style="list-style-type: none"> • datum mdo (voorafgaand aan operatie) van patiënten met ovariumcarcinoom dat in aanmerking komt voor chirurgie (ziekenhuis) • aantal nieuwe patiënten (NKR)
Behandeling	Categorie	Teller	Noemer	Registratie-items en -bron
% patiënten dat binnen 6 weken vanaf eerste polikliniekbezoek start met behandeling (SONCOS)	Wacht- en doorlooptijden	Aantal patiënten dat binnen 6 weken vanaf eerste polikliniekbezoek start met behandeling	Aantal patiënten met nieuw gediagnosticeerd ovariumcarcinoom.	<ul style="list-style-type: none"> • datum eerste polikliniekbezoek (ziekenhuis) • datum start behandeling (NKR) • aantal nieuwe patiënten (NKR)
% patiënten met ovariumcarcinoom dat in aanmerking komt voor chirurgische behandeling en na de operatie in het mdo besproken wordt (SONCOS)	Kwaliteit zorgverlening	Aantal patiënten met ovariumcarcinoom dat in aanmerking komt voor chirurgische behandeling en na de operatie in het mdo besproken wordt	Aantal patiënten met een nieuw gediagnosticeerd ovarium	<ul style="list-style-type: none"> • datum mdo (na de operatie) van patiënten met ovariumcarcinoom dat in aanmerking komt voor chirurgie (ziekenhuis) • aantal nieuwe patiënten met ovariumcarcinoom (NKR)
Gemiddelde opnameduur bij chirurgie (<i>Zorginstituut Nederland</i>)	Wacht- en doorlooptijden	Totale opnameduur bij chirurgie	Aantal patiënten dat chirurgie heeft ondergaan	<ul style="list-style-type: none"> • opnameduur chirurgie (NKR) • ontslagdatum chirurgie (ziekenhuis) • aantal patiënten dat chirurgie heeft ondergaan (NKR - initiële behandeling)

	Categorie	Teller	Noemer	Registratie-items en -bron
% patiënten met ovariumcarcinoom met ondervoeding waarbij binnen 48 uur na opname een voedingsbehandelplan is ingezet (IGZ).	Kwaliteit van zorgverlening	Aantal patiënten met ovariumcarcinoom met ondervoeding waarbij binnen 48 uur na opname een voedingsbehandelplan is ingezet	Aantal opgenomen patiënten met ovariumcarcinoom	<ul style="list-style-type: none"> • datum start voedingsbehandelplan (ziekenhuis) • datum opname patiënt met ovariumcarcinoom (ziekenhuis) • aantal nieuwe patiënten met ovariumcarcinoom (NKR)
% patiënten dat een gesprek met oncologie verpleegkundige* in de behandelfase heeft gehad	Patiëntenbegeleiding	Aantal patiënten dat een gesprek met oncologieverpleegkundige* in de behandelfase heeft gehad	Aantal patiënten met een nieuw gediagnosticeerd ovariumcarcinoom	<ul style="list-style-type: none"> • patiënten dat een gesprek met de verpleegkundige* in de behandelfase heeft gehad (ziekenhuis) • aantal nieuwe patiënten met ovariumcarcinoom (NKR)
Nazorg	Categorie	Teller	Noemer	Registratie-items en -bron
Aantal complicaties binnen 30 dagen na chirurgie of systeemtherapie	Kwaliteit zorgverlening	Aantal patiënten met een complicatie binnen 30 dagen	Totaal aantal patiënten dat behandeling heeft ondergaan	Aantal complicaties binnen 30 dagen na chirurgie en/of systeemtherapie (ziekenhuis)
Aantal heropnames binnen 30 dagen na chirurgie	Kwaliteit zorgverlening	Aantal patiënten met een heropname na een operatie	Totaal aantal patiënten dat een operatie heeft ondergaan	Aantal heropnames binnen 30 dagen na chirurgie (ziekenhuis)
30 dagen mortaliteit	Kwaliteit zorgverlening			30 dagen mortaliteit (NKR – na excisie)
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)

	Categorie	Teller	Noemer	Registratie-items en -bron
				<ul style="list-style-type: none"> • aantal patiënten dat palliatieve therapie heeft ondergaan (NKR - alleen initieel)
% patiënten dat palliatieve systeemtherapie heeft gehad binnen 30 dagen voor overlijden	Kwaliteit zorgverlening	Aantal patiënten met palliatieve systeemtherapie 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 systeemtherapie (ziekenhuis)

*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 Erfelijk en familiair ovariumcarcinoom, 2015 (www.oncoline.nl)
- Handreiking slecht-nieuwsgesprek, 2012 (www.oncoline.nl)
- Richtlijn Algemene voedings- en dieetbehandeling, 2012 (www.oncoline.nl)
- Richtlijn Epitheliaal ovariumcarcinoom, 2012 (www.oncoline.nl)
- Richtlijn Ondervoeding, 2012 (www.oncoline.nl)
- Richtlijn Herstel na kanker, 2011 (www.oncoline.nl)
- Richtlijn Oncologische revalidatie, 2011 (www.oncoline.nl)⁵
- Richtlijn Detecteren behoefte psychosociale zorg, 2010 (www.oncoline.nl)⁶
- Blaudruk Kanker en werk 1.0, NVAB, Coronel Instituut, CBO, Levenmetkanker, 2009 (www.oncoline.nl)

Overige documenten (te vinden op websites van de verenigingen)

- Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen, IGZ 2016 (www.igz.nl)
- Mdo Kwaliteitscriteria (IKNL, 2016) (www.iknl.nl)
- Multidisciplinaire Normering Oncologische zorg in Nederland: SONCOS normeringsrapport 4, 2016 (www.soncos.org)
- Koersboek Oncologische netwerkvorming, IKNL, Levenmetkanker, NFU, NHG, NVZ en SONCOS, 2015 (<http://koersboek-oncologische-netwerkvorming.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, Levenmetkanker, IKNL, KWF Kankerbestrijding 2014 (www.levenmetkanker.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)

⁵ In revisie, conceptversie 2016 gebruikt

⁶ In revisie, conceptversie 2016 gebruikt

2. Normen en indicatoren

Van bovenstaande gebruikte documenten is 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.
- Voor alle patiënten is een casemanager beschikbaar of een ander persoon, die goed bereikbaar moet zijn voor patiënten en in staat is om deze in contact te brengen met de relevante zorgverlener.
- Steeds moet duidelijk zijn aan de patiënt en vastgelegd in het patiëntendossier wie de hoofdbehandelaar is.
- 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 geïnccludeerd.

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).

2.1 Normen en indicatoren per fase

VERWIJZING

RICHTLIJN EPITHELIAAL OVARIUMCARCINOOM | Het ovariumcarcinoom geeft doorgaans pas laat in het verloop van de ziekte klachten. Daardoor heeft 70% van de vrouwen met een ovariumcarcinoom bij diagnose al een hoog stadium (stadium II b, c, III of IV).

Soms wordt een ovariumcarcinoom gevonden doordat de tumor een acute buik veroorzaakt ten gevolge van een ruptuur van een cyste of steeldraai.

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

- In de periode voorafgaand aan de behandeling: bij bezoek aan de huisarts, zie Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken (LESA) Ondervoeding 2010 en/of bij het eerste poliklinische bezoek aan de specialist;
- Tijdens de behandeling: bij opname in het ziekenhuis, bij dagbehandeling en bij bezoek aan een radiotherapeutisch instituut;
- In de periode na behandeling: bij een consult op de polikliniek en bij de huisarts, bij een intakegesprek met de thuiszorg/wijkverpleging en/of bij opname in een verpleeg- of verzorgingshuis.
- Bij de screening op (risico op) ondervoeding bij patiënten met kanker kunnen de reeds geïmplementeerde screeningsinstrumenten MUST, SNAQ (voor de diverse doelgroepen) worden gebruikt. Voor ouderen is een screeningsinstrument met aangepaste afkapwaarden voor de BMI nodig. Op dit moment wordt de MNA-SF bij oudere patiënten gebruikt. Er wordt geadviseerd patiënten met een screeningsuitslag 'ondervoeding' of 'hoog risico op ondervoeding' te verwijzen naar de diëtist.

Olijf & DES | Het is essentieel dat huisartsen de symptomen van gynaecologische kankersoorten kennen om goed onderscheid te kunnen maken tussen “pluis” en “niet pluis” en tijdig doorverwijzen. Huisartsen adviseren vrouwen om iemand mee te nemen naar het ziekenhuis en wijzen op vindplaatsen voor meer informatie over (gynaecologische) kanker.

DIAGNOSTIEK

RICHTLIJN EPITHELIAAL OVARIUMCARCINOOM |

- De diagnose ovariumcarcinoom kan alleen door histologisch onderzoek worden gesteld. De belangrijkste prognostische factor voor het ovariumcarcinoom is het FIGO stadium.
- Het stadium wordt veelal chirurgisch vastgesteld, met uitzondering van stadium IV waarbij een CT-scan meestal de aanvullende informatie over de extraperitoneale metastasen geeft. Voor de diagnose stadium IV dient genoemde lokalisatie wel cytologisch of histologisch bevestigd te worden. De stadiumindeling is onder andere noodzakelijk voor het vaststellen van de juiste behandeling en het inschatten van de prognose. Het ovariumcarcinoom metastaseert vroeg intraperitoneaal. Door deze vroege (micro)metastasering in de buikholte, kan het onderscheid tussen een vroeg stadium ovariumcarcinoom en een subklinisch stadium III alleen door een uitgebreide en consequent uitgevoerde chirurgische stadiëring worden gemaakt. Daarbij blijkt dat bij 25% van de optimaal gestadiëerde patiënten met een klinisch laag stadium ovariumcarcinoom, de tumor zich buiten de ovaria heeft uitgebreid. Om te bepalen welke patiënten met adjuvante chemotherapie behandeld moeten worden, is een optimaal uitgevoerde stadiëringsoperatie essentieel.
- Patiënte wordt voorgelicht over de aard en doel van de voorgestelde onderzoeken. Indien voorhanden wordt schriftelijk voorlichtingsmateriaal over onderzoeken en de voorgenomen behandeling meegegeven. Specifiek voor ovariumcarcinoom is een folder van KWF kankerbestrijding beschikbaar.
- Indien er verdenking bestaat op een ovariumcarcinoom moet patiënte geïnformeerd worden over de mogelijkheid van een kwaadaardige aandoening.
- De gevolgen van de behandeling, psychologische aspecten, eventuele infertiliteit evenals het bespreekbaar maken van de seksualiteit, verwerking, zullen voldoende aandacht moeten krijgen.
- Indien bij een patiënte het vermoeden op een ovariumcarcinoom bestaat dient de operatie uitgevoerd te worden door een gynaecologisch oncoloog en/ of in een gespecialiseerd ziekenhuis.

RICHTLIJN ERFELIJK EN FAMILIAIR OVARIUMCARCINOOM | Er wordt geadviseerd alle nieuwe patiënten met een epitheliaal ovariumcarcinoom, tubacarcinoom of primair extra-ovarieel carcinoom, ongeacht histologisch type, leeftijd van voorkomen en familieanamnese, te verwijzen naar een klinisch geneticus (dit geldt nadrukkelijk niet voor borderline ovariumtumoren). De werkgroep is van mening dat vrouwen met een erfelijk of familiair verhoogd risico op ovariumcarcinoom, na klinisch genetische counseling verwezen moeten worden naar een gynaecoloog met expertise op dit gebied.

SONCOS |

- De zorginstelling vormt een integraal onderdeel van het regionaal samenwerkingsverband.
- Bij het wekelijks multidisciplinaire overleg waarbij patiënten prospectief besproken worden, dienen in ieder geval de volgende specialisten vertegenwoordigd te zijn: Gynaecoloog-oncoloog, evt. gynaecoloog met aandachtsgebied gynaecologische oncologie, internist-oncoloog, radioloog, radiotherapeut-oncoloog, patholoog, casemanager.
- 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.
- 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.

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.

Olijf |

- Patiënten ontvangen binnen 5 werkdagen, dan wel zo snel mogelijk, de uitslag van het diagnostisch onderzoek.
- Vóór de keuze van behandeling worden vrouwen geïnformeerd over eventuele effecten van de mogelijke behandelingen op de vruchtbaarheid en de mogelijkheden om na de behandeling toch een eventuele kinderwens in vervulling te laten gaan.
- Vóór de keuze van de behandeling informeert de behandelend arts de vrouw over de gevolgen die de behandeling heeft voor haar seksualiteitsbeleving en haar partnerrelatie. Ook als er geen mogelijkheden van behandeling zijn wordt dit besproken.
- Indien een vrouw mogelijk in aanmerking komt voor een experimentele behandeling, verwijst de behandelend arts naar de site "www.kankeronderzoek.info Deze site geeft betrouwbare en objectieve informatie over experimentele behandelingen waarvan de werking en de resultaten nog worden onderzocht.
- De huisarts wordt zo spoedig mogelijk geïnformeerd over de diagnose.
- Patiënten worden standaard gevraagd naar de behoefte aan gespecialiseerde psychosociale zorg.
- Een second opinion is altijd mogelijk.

RICHTLIJN ONDERVOEDING | Zie bij 'verwijzing'.

BEHANDELING

RICHTLIJN EPITHELIAAL OVARIUMCARCINOOM | In de richtlijn worden de behandelingen bij laag stadium en bij hoog stadium afzonderlijk weergegeven. Behandeling chemotherapie volgens richtlijn (informatie kuren via SIB op maat).

SONCOS |

- De gynaecoloog-oncoloog participeert in elke stagering of debulkingoperatie.
- Er is een gastro-intestinaal chirurg aanwezig/beschikbaar.
- In een zorginstelling waar patiënten met ovariumcarcinoom worden geopereerd, worden minstens 20 debulkingsoperaties per jaar verricht, gemiddeld over een periode van 3 jaar.
- Patiënten met een sterke verdenking op ovariumcarcinoom en patiënten met ovariumcarcinoom waarvoor een stadiëringsoperatie moet worden verricht, worden geopereerd in die zorginstellingen waar ook tenminste 20 debulkingsoperaties per jaar worden verricht, gemiddeld over een periode van 3 jaar. Voor deze twee patiëntengroepen gelden geen aanvullende volumennormen.
- Chirurgische behandeling van een recidief ovariumcarcinoom vindt plaats in het gynaecologisch oncologisch centrum.
- Behandeling met een PARP-remmer bij platinum gevoelig recidief ovarium-, tuba- of peritoneaal carcinoom bij BRCA-1 of BRCA-2 mutatie dragers vindt plaats in één zorginstelling in het regionale samenwerkingsverband.
- Er is beschikbaarheid van vriescoupe op locatie.
- Er is een regionaal digitaal registratiesysteem (specifieke voorwaarde bij Ovariumcarcinoom)
- 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 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 die door het betreffende NYRO Landelijk Platform 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. De internist-oncoloog is bij uitstek de specialist op het gebied van systeemtherapie.
- 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 en dermatoloog, beschikbaar zijn om complicaties adequaat te kunnen registreren en te behandelen.

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 vervolggesprek 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 ONCOLOGISCHE REVALIDATIE⁸ | 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:

- Problemen op één vlak (lichamelijk, cognitief emotioneel of sociaal en/of m.b.t. rolfunctioneren) of problemen op meerdere vlakken (meervoudig) die niet complex en samenhangend zijn naar één of meerdere zorgverlener voor monodisciplinaire behandelingen.
- Complexe, meervoudige en samenhangende problemen naar een revalidatiearts voor interdisciplinaire 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.
- Overweeg om ter beperking van vermoeidheid tijdens de in opzet curatieve behandeling van kanker fysieke training onder supervisie aan te bieden.

⁷ Uit concept module richtlijn Detecteren behoefte psychosociale zorg, kan afwijken van definitieve versie.

⁸ Uit concept module richtlijn Oncologische revalidatie, kan afwijken van definitieve versie.

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. Zie ook bij 'verwijzing'.

BLAUWDRIK 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 EPITHELIAAL OVARIUMCARCINOOM | Nazorg en na controle. De vroege gevolgen van kanker (zowel fysiek als psychosociaal) vergen een systematische aanpak. Deze bestaat uit:

- regelmatig signaleren van de vroege gevolgen van kanker met behulp van (gevalideerde) signaleringsinstrumenten, startend vanaf diagnose
- informeren van de patiënt over de mogelijke klachten en behandelingen via zelfmanagement en professionele zorg,
- behandelen van de vroege gevolgen en verwijzen op indicatie.

Heroverweging na één jaar en informatie over late gevolgen

Verken één jaar na afronding van de primaire kankerbehandeling de resterende gevolgen van (de behandeling van) kanker en de behoefte aan nazorg hierbij, en sluit het nazorgtraject zo mogelijk af. Zo nodig kan dit leiden tot een deelscenario voor nazorg of tot verwijzing. Geef bij het afsluiten van de nazorg de patiënt en zijn huisarts goede voorlichting en instructie over mogelijke late gevolgen en hoe daarmee om te gaan.

Individueel nazorgplan

Geadviseerd wordt om voor elke patiënt een individueel nazorgplan te maken dat is afgestemd op zijn restklachten en behoeften. Geadviseerd wordt om het nazorgplan van de patiënt op te nemen in elektronische databases en dossiers en te gebruiken voor interdisciplinaire overdracht, o.a. naar de huisarts.

Detectie nieuwe kankermanifestaties. Er zijn geen aanwijzingen dat CA125 routinematig dient te worden bepaald in de nazorg na eerstelijns behandeling van een epitheliaal ovariumcarcinoom. Het wordt wel aanbevolen om het CA125 te bepalen bij klachten of een klinische verdenking op een recidief of als patiënt participeert in een wetenschappelijk onderzoek.

Organisatie van nazorg.

- maak afspraken over de taakverdelingen voor de nazorg, die geboden wordt in het ziekenhuis, de eerste- of derdelijns- instellingen.
- zorg ervoor dat bij de afronding van primaire behandeling voor de nazorg een vaste contactpersoon voor iedere patiënt aangesteld wordt. Spreek dit multidisciplinair af in het team en met de huisarts.
- informeer een patiënt wie de vaste contactpersoon in de nazorg voor hem is. Leg dit vast in het nazorgplan voor de patiënt.
- zorg voor regelmatige interdisciplinaire overdracht van informatie, zeker ook naar de huisarts, bijv. via het nazorgplan van de patiënt.

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

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

- regelmatig signaleren van de vroege gevolgen van kanker met behulp van (gevalideerde) signaleringsinstrumenten
- informeren van de patiënt over de mogelijke behandelingen via zelfmanagement en professionele zorg
- behandelen van de vroege gevolgen
- verwijzen op indicatie

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

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

Detectie nieuwe manifestaties alleen bij betere overleving

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

Voor individuele professionals:

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

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 ONCOLOGISCHE REVALIDATIE | 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, 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 ONCOLOGISCHE REVALIDATIE | 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.