

# Format (regionaal) transmuraal zorgpad colorectaal carcinoom

---

## Tumorsoort

Ziekenhuis **Naam ziekenhuis**

---

Eigenaar Naam eigenaar  
zorgpad

---

Versienummer 5.0

Datum Mei 2017

## Introductie

Voor u ligt het zorgpad colorectaal carcinoom. 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](http://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 dit jaar 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 ook normen en indicatoren opgenomen (bijlage 2). De normen/indicatoren zijn beschreven vanuit actueel geldende tumorspecifieke richtlijnen. Daarnaast zijn niet-tumorspecifieke richtlijnen normen of indicatoren verwerkt vanuit andere gremia zoals IGZ, SONCOS, NFK, Koersboek Oncologische netwerkvorming, NHG standpunt oncologie en Zorgstandaard Kanker.

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

## Belangrijkste wijzigingen versie 5.0 ten opzichte van versie 4.0:

- Geactualiseerde normen opgenomen (IGZ 2017, SONCOS 2017, conceptrichtlijn Medisch specialistische revalidatie bij oncologie (2017, in revisie) en richtlijn Detecteren behoefte psychosociale zorg (2017)
- Module colorectaalcarcinoom: De oudere patiënt.

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.*

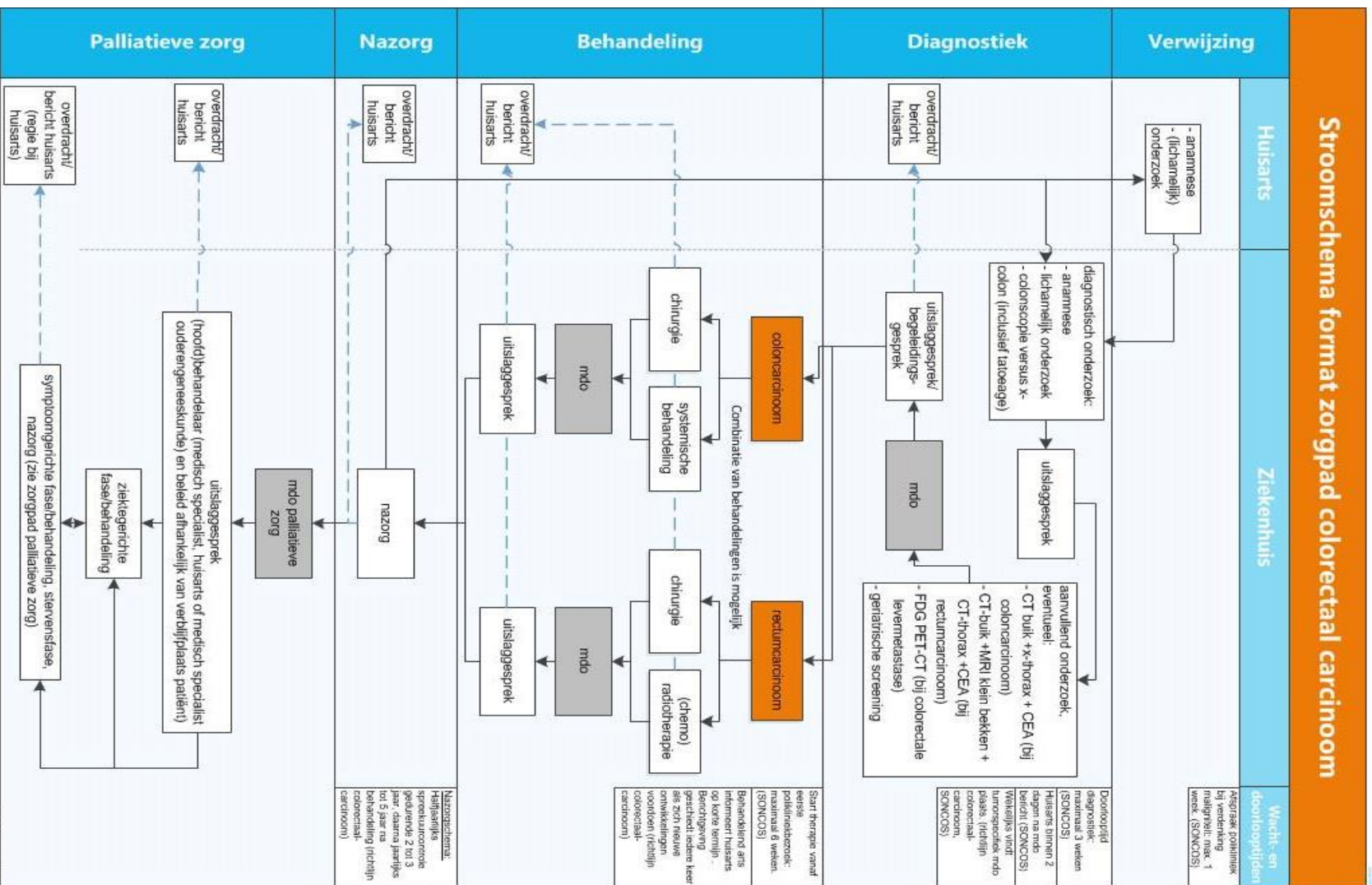
*Het is de gebruiker te allen tijde verboden om de door IKNL ontwikkelde formats Zorgpaden (of delen daarvan) voor commerciële doeleinden te gebruiken. IKNL heeft bij de samenstelling van haar formats Zorgpaden de uiterste zorg betracht. Mochten er desondanks fouten of onvolkomenheden voorkomen in deze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

# Inhoudsopgave

Format transmuraal zorgpad colorectaal carcinoom.....	1
Inhoudsopgave .....	3
Stroomschema.....	5
Verwijzing .....	6
Diagnostiek.....	8
Eerste polikliniek bezoek.....	8
Aanvullend onderzoek.....	9
Vaststellen diagnose en opstellen behandeladvies mdo.....	10
Uitslaggesprek .....	11
Behandeling.....	13
Eerste bezoek polikliniek.....	13
Chirurgie   Preoperatieve fase (hieraan kan neo-adjuvante chemoradiotherapie aan voorafgaan voor behandeling bij rectumcarcinoom vanaf pagina 19) .....	14
Chirurgie   Primaire behandeling bij coloncarcinoom: poliepectomie, laparoscopische chirurgie, obstructief carcinoom en Primaire behandeling bij rectumcarcinoom: totale mesorectale excisie, rectumsparende behandeling .....	15
Chirurgie   Postoperatief mdo.....	17
Chirurgie   Uitslaggesprek PA en vervolg behandelplan .....	18
Radiotherapie   Voorbereiding   Primaire behandeling bij rectumcarcinoom: neo-adjuvante chemoradiotherapie .....	19
Radiotherapie   Behandeling   Primaire behandeling bij rectumcarcinoom: neo-adjuvante chemoradiotherapie .....	20
Systeemtherapie (chemotherapie, immunotherapie en/of hormoontherapie)   Voorbereiding  Primaire behandeling bij rectumcarcinoom: neo-adjuvante chemoradiotherapie en primaire behandeling bij coloncarcinoom: adjuvante chemotherapie.....	21
(Neo-)(adjuvante) Systeemtherapie   Behandeling   Primaire behandeling bij rectumcarcinoom: neo-adjuvante chemoradiotherapie en primaire behandeling bij coloncarcinoom: adjuvante chemotherapie .....	22
Nazorg .....	23
Palliatieve Zorg.....	25

Gemetastaseerde ziekte .....	25
BIJLAGE 1 Gebruikte documenten en normen.....	28

# Stroomschema



## Verwijzing

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
<p>Patiënt bezoekt huisarts.</p> <p>Bespreek met patiënt de uit te voeren onderzoeken. Voer diagnostisch onderzoek uit:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• anamnese en lichamelijk onderzoek</li> <li>• laboratorium-, beeldvormend en eventueel aanvullend onderzoek</li> </ul> <p>Screen op (risico op) ondervoeding.</p> <p>Bespreek met patiënt de onderzoeksuitlagen, indien van toepassing de reden van doorverwijzing en de te verwachten procedure en vervolgonderzoeken.</p> <p>Coach patiënt in het keuzeproces voor verdere diagnostiek.</p>	<p>Huisarts</p>	<p>Adviseer patiënt bij vermoeden carcinoom om naaste mee te nemen naar polikliniek.</p> <p>Houd bij keuze voor ziekenhuis rekening met beschikbare diagnostiek, wachttijden en voorkeur patiënt. Ondersteun desgewenst de patiënt bij keuze voor (de plaats van) behandeling</p>
<p><b>Overdracht</b></p> <p>Verwijs bij verdenking colon/rectumcarcinoom door naar gastro-enteroloog, MDL-arts of internist en lever de volgende gegevens aan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• reden van verwijzing</li> <li>• anamnese, uitslagen lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek</li> <li>• voorkomen kanker in familie</li> <li>• ziektegeschiedenis</li> <li>• medicatie</li> <li>• comorbiditeit</li> <li>• voedingstoestand</li> </ul>	<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
<ul style="list-style-type: none"> <li>• fysieke en psychosociale klachten</li> <li>• behandelwensen van de patiënt</li> </ul>		
Verwijzing via Bevolkingsonderzoek, volgens richtlijn colonoscopie surveillance.	MDL-arts/internist-oncoloog	

# Diagnostiek

## Eerste polikliniek bezoek

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
<p>Patiënt bezoekt polikliniek.            Informeer patiënt over onderzoeken en de keuzemogelijkheden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• anamnese</li> <li>• lichamelijk onderzoek</li> <li>• diagnostisch onderzoek (beeldvormend, weefsel- en erfelijkheidsonderzoek)</li> <li>• laboratoriumonderzoek</li> <li>• geriatrische screening bij patiënt 70 jaar of ouder</li> <li>• screen op (risico op) ondervoeding en andere voedinggerelateerde klachten</li> </ul> <p>Maak afspraken over wie hoofdbehandelaar en casemanager zijn en over hun bereikbaarheid. Bespreek dit met patiënt.</p>	<p>Medisch specialist            Verpleegkundige</p> <p>Geriatr/geriatriesch verpleegkundige (zo nodig)            Klinisch geneticus (zo nodig)</p> <p><b>Hoofdbehandelaar is...</b>  <b>Casemanager is...</b></p>	<p>G8 meest geaccepteerd screeningsinstrument voor geriatrische screening (Bellera, 2012)*</p> <p>Casemanagerschap: deze zorgverlener is een vast anker voor de patient gedurende het gehele traject van diagnostiek en behandeling (SONCOS 2017).</p>
<p>Bespreek uitslagen met patiënt, of aanvullend onderzoek nodig is en vraag of patiënt dit wil.</p> <p>Bespreek eventuele uitslag geriatrische screening en mogelijke gevolgen voor de behandeling.</p>		<p>MDL-arts of gastro-enteroloog</p> <p>Gedeelde besluitvorming (shared decision making):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patiënt krijgt op het individu afgestemde informatie over opties en uitkomsten (inclusief de optie van niet behandelen).</li> <li>• Mogelijke voor- en nadelen van de opties bespreken, waarbij de patiënt ook geïnformeerd kan worden over specifieke kansen en risico's.</li> <li>• Expliciet nagaan welke waarden en voorkeuren de patiënt heeft ten aanzien van de mogelijke opties, zodat patiënt een bij hen passende beslissing kan nemen.</li> </ul>

\* 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.



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

### Aanvullend onderzoek

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
Patiënt bezoekt polikliniek voor aanvullend onderzoek: <ul style="list-style-type: none"> <li>CT buik + CEA (bij coloncarcinoom)</li> <li>CT buik + MRI klein bekken + CT-thorax + CEA (bij rectumcarcinoom)</li> <li>FDG PET-CT (bij colorectale levermetastase)</li> </ul> Patiënt bezoekt polikliniek voor aanvullende stadiëringsonderzoeken. Patiënt bezoekt polikliniek voor aanvullende diagnostiek levermetastasen. Patiënt bezoekt polikliniek voor aanvullende diagnostiek extrahepatisch. Meld patiënt aan voor het mdo.	MDL-arts of gastro-enteroloog/internist-oncoloog Verpleegkundige Radioloog/radiodiagnostisch laborant	Mdo vindt plaats nadat de uitslagen van de stadiëringsonderzoeken en de geriatrische evaluatie bekend zijn.

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
Plan vervolgspraak in voor uitslagen van onderzoeken en de diagnose.	Secretaresse polikliniek	Attendeer patiënt voor bezoek op wenselijkheid van aanwezigheid naaste bij uitslaggesprek.

### Vaststellen diagnose en opstellen behandeladvies mdo

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
<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"> <li>• uitslagen alle onderzoeken</li> <li>• PA</li> <li>• doel behandeling: curatief/palliatief</li> <li>• behandeladvies</li> <li>• trialmogelijkheden</li> </ul> <p>Stuur het verslag van het mdo binnen twee dagen naar de huisarts.</p>	<p>Leden mdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• MDL-arts</li> <li>• Gastro-enteroloog/Internist-oncoloog</li> <li>• Chirurg-oncoloog</li> <li>• Radioloog</li> <li>• Verpleegkundige</li> <li>• Casemanager</li> <li>• Patholoog</li> <li>• Radiotherapeut-oncoloog</li> <li>• Geriater/ specialist ouderengeneeskunde</li> <li>• Geriatisch verpleegkundige (zo nodig)</li> <li>• Diëtist (zo nodig)</li> </ul>	<p>Mdo vindt wekelijks plaats volgens een vaste procedure van aanmelding, bespreking en verslaglegging.</p> <p>Overweeg om huisarts uit te nodigen of voor en/of na het mdo telefonisch te spreken.</p> <p>Spreek af wie hoofdbehandelaar en casemanager worden indien dit verandert na het mdo.</p> <p>Indien palliatieve behandeling: ga na of behandeling ziektegericht is of dat overlijden binnen 1 jaar verwacht wordt (Surprise question, Zorgmodule palliatieve zorg)</p> <p>Zie ook Mdo Kwaliteitscriteria (IKNL, 2016).</p>

## Uitslaggesprek

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

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
<ul style="list-style-type: none"> <li>• voorlichtingsmateriaal</li> <li>• contactpersoon/casemanager en bereikbaarheid</li> <li>• toelichting over signalering (Lastmeter) en mogelijkheden voor psychosociale en paramedische zorg tijdens het zorgtraject</li> </ul> <p>Bij vragen of problemen over voeding, verwijzen naar diëtist.</p>	<p>Diëtist</p>	<p>websites, waaronder <a href="http://www.kanker.nl">www.kanker.nl</a> en <a href="http://www.kanker.nl/kankeronderzoek">www.kanker.nl/kankeronderzoek</a>.</p> <p>Informeert patiënt over Nederlandse Kanker Registratie (folder Registreren van kanker).</p>
<p><b>Overdracht</b></p> <p>Lever bij doorverwijzen naar referentiecentrum voor behandeling, de volgende gegevens aan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• reden verwijzing</li> <li>• voorgestelde behandeling</li> <li>• uitslagen van lichamelijk, beeldvormend en aanvullend onderzoek</li> <li>• voorkomen kanker in familie</li> <li>• ziektegeschiedenis</li> <li>• medicatie</li> <li>• comorbiditeit</li> <li>• eventueel uitslag geriatrische screening</li> <li>• voedingstoestand</li> <li>• fysieke en psychosociale klachten</li> <li>• behandelwensen van de patiënt</li> </ul> <p>Informeert patiënt over hoofdbehandelaar en casemanager en bereikbaarheid.</p>	<p>MDL-arts of gastro-enteroloog/internist-oncoloog</p>	
<p>Maak afspraken voor verwijzing gekozen behandeling.</p>	<p>Secretaresse polikliniek</p>	<p>Ouder dan 70: maak afspraken voor de gekozen interventies.</p>
<p>Informeert huisarts ver diagnose en gekozen behandeltraject. Bij ontslagtraject tevens huisarts informeren over het bieden van begeleidingsgesprek patiënt.</p>	<p>MDL-arts of gastro-enteroloog/internist-oncoloog</p>	<p>Spreek communicatiemomenten af tussen ziekenhuis en huisarts.</p>

# 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>MDL-arts of gastro-enteroloog/internist-oncoloog Chirurg-oncoloog Radiotherapeut-oncoloog Verpleegkundige</p> <p><b>Hoofdbehandelaar is...</b> <b>Casemanager is...</b></p>	<p>Bij de behandeling van bepaalde carcinomen is een combinatie van therapieën mogelijk.</p> <p>Aandachtspunt bij een combinatietherapie is regie en overdracht tussen betrokken medische disciplines tussen de behandelingen.</p> <p>Leg alle afspraken vast, deze zijn toegankelijk voor de patiënt.</p> <p>Invloed op de therapie: gebruik van complementaire of alternatieve therapieën en/of voedings-, vitamine- en mineraalsupplementen door patiënt.</p>
<p>Screen regelmatig op (risico op) ondervoeding en andere voedingsgerelateerde klachten tijdens de behandeling (opname, dagbehandeling, bezoek aan radiotherapeutisch instituut) en zo nodig doorverwijzen.</p> <p>Signaleer regelmatig de gevolgen van kanker(behandeling) en de behoefte aan zorg met behulp van de Lastmeter: laat Lastmeter invullen en bespreek deze met patiënt. Verleen basale psychosociale zorg en verwijs zo nodig en desgewenst naar gespecialiseerd zorgverlener. Voor monitoring kan ook de EORTC QLQ-C30 worden gebruikt.</p> <p>Bespreek, adviseer c.q. desgewenst begeleid</p>	<p>Verpleegkundige Stomaverpleegkundige 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.<sup>1</sup></p> <p>Verwijzingen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Functioneringsproblemen op één specifiek vlak (b.v. lichamelijk, cognitief emotioneel of sociaal en/of m.b.t. rolfunctioneren): verwijs naar monodisciplinaire behandeling.</li> <li>• Functioneringsproblemen op verscheidene vlakken (meervoudig) of bij een verhoogd risico hierop.             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Blijkt er sprake van complexe en van onderlinge samenhangende problemen en is interdisciplinaire behandeling nodig, waarbij onderlinge afstemming van het behandelplan</li> </ul> </li> </ul>

<sup>1</sup> Uit richtlijn Detecteren behoefte psychosociale zorg.

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
<p>(zelfmanagement) vooraf en tijdens de behandeling(en) over:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• leefregels zoals stoppen met roken, stimuleren van lichaamsbeweging en gezonde voeding</li> <li>• participatie en re-integratie in maatschappij en werk</li> </ul> <p>Geef uitleg over het plaatsen van een stoma, de verzorging daarvan en eventueel terugplaatsen van een stoma.</p> <p>Screen patiënten die 70 jaar of ouder zijn op kwetsbaarheid met een gevalideerd meetinstrument.</p>		<p>noodzakelijk is, verwijst naar interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Als sprake is van problematiek op verscheidene vlakken (meervoudig), maar deze is niet complex, is behandeling door naast elkaar bestaande monodisciplinaire behandelingen, gecoördineerd door een medisch specialist/oncoloog, mogelijk.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bij zeer uitgebreide of ernstige functiestoornissen, met blijvende beperkingen, waarbij een langdurig herstelproces of onvolledig herstel wordt verwacht, verwijst naar (poli)klinische medisch specialistische revalidatiezorg.<sup>2</sup></li> </ul> <p>Voor verwijsmogelijkheden: zie Verwijsgids kanker <a href="http://www.verwijsgidskanker.nl">www.verwijsgidskanker.nl</a>.</p>

### Chirurgie | Preoperatieve fase (hieraan kan neo-adjuvante chemoradiotherapie aan voorafgaan voor behandeling bij rectumcarcinoom vanaf pagina 19)

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
<p>Patiënt bezoekt polikliniek chirurgie. Bespreek:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• indicatie operatie</li> <li>• complicaties</li> <li>• uitleg pre-operatieve voorbereiding</li> </ul> <p>Indien nodig bespreek behoefte aan thuiszorg.</p>	<p>Chirurg-oncoloog Verpleegkundige</p>	
<p>Patiënt komt voor preoperatieve screening:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• gesprek met anesthesioloog</li> </ul>	<p>Anesthesioloog Assistent preoperatief</p>	

<sup>2</sup> Uit module concept richtlijn Oncologische revalidatie, kan afwijken van definitieve versie

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
<ul style="list-style-type: none"> <li>indien nodig preoperatieve consulten met bijvoorbeeld cardioloog, internist, geriater</li> </ul> <p>Anesthesioloog geeft goedkeuring voor de OK.</p>	screening (zo nodig)	
<p>Informeel patiënt over:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>opnamedatum</li> <li>OK-datum</li> <li>verwachte datum PA-uitslag</li> </ul> <p>Meld patiënt aan voor postoperatief mdo.</p>	Secretaresse polikliniek	
<p>Patiënt bezoekt polikliniek:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>bespreek en geef uitleg over verder verloop, bijvoorbeeld stomazorg</li> <li>geef uitleg over het plaatsen van een stoma, de verzorging daarvan en eventueel terugplaatsen van een stoma.</li> </ul>	Verpleegkundige Stomaverpleegkundige	<p>Ga na of de geriatrische evaluatie nog de actuele situatie beschrijft.</p> <p>Toepassing ERAS programma voor colorectale chirurgie leidt tot een vermindering van ligduur na open chirurgie en laparoscopische chirurgie.</p>

**Chirurgie | Primaire behandeling bij coloncarcinoom: poliepectomie, laparoscopische chirurgie, obstructief carcinoom en Primaire behandeling bij rectumcarcinoom: totale mesorectale excisie, rectumsparende behandeling**

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
<p>Patiënt meldt zich voor opname.</p> <p>Ontvang patiënt op afdeling (anamnese + wegwijz volgens standaard procedures) en informeer patiënt over:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>procedures rond operatie, waaronder medische en verpleegtechnische handelingen</li> <li>operatie</li> <li>mogelijke complicaties</li> </ul>	Verpleegkundige Zaalarts	

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
<ul style="list-style-type: none"> <li>• tijdstip bespreken resultaat van de behandeling</li> <li>• contact naaste/familie over verloop operatie</li> </ul> <p>Screen risico op functieverlies bij 70-plussers (geldt voor colonchirurgie). Bereid patiënt preoperatief voor.</p>		<p>Bij patiënten die opgenomen worden voor colonchirurgie risico op functieverlies bij 70-plussers gescreend door middel van de ISAR-HP of VMS screeningsbundel.</p>
<p>Operatie volgens richtlijn. Informeer na OK naaste/familie over verloop volgens afspraak.</p>	Chirurg-oncoloog	
<p>Patiënt gaat na operatie naar recovery of IC of terug naar verpleegafdeling:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• postoperatieve observaties</li> <li>• schakel zo nodig begeleiding in voor patiënt bij ademhalingsoefeningen</li> <li>• schakel zo nodig maatschappelijk werk, diëtist in</li> <li>• schakel zo nodig pijnteam in</li> <li>• informeer patiënt over voortgang behandeling tijdens opname</li> <li>• controleer voedingsinname en gewichtsverloop en verwijs zo nodig door</li> </ul>	Chirurg-oncoloog Verpleegkundige Fysiotherapeut (zo nodig) Maatschappelijk werker (zo nodig) Diëtist (zo nodig) Pijnteam (zo nodig)	
<p>Voer voorlopig uitslaggesprek wanneer PA-uitslag tijdens opname bekend is.</p>	Chirurg-oncoloog, MDL-arts of gastro-enteroloog/internist-oncoloog	
<p>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.</p>	Verpleegkundige	<p>Leefregels:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• wondverzorging</li> <li>• hechtingen verwijderen.</li> <li>• wat te doen bij complicaties.</li> <li>• recepten voor eventuele medicatie.</li> <li>• na de behandeling van het rectumcarcinoom (rectumchirurgie) dient er specifieke aandacht te zijn voor fecale of urine incontinentie en seksueel disfunctioneren</li> </ul>



<b>Actie</b>	<b>Betrokken hulpverleners</b>	<b>Specifieke Punten</b>
Patiënt gaat met ontslag. Bespreek: <ul style="list-style-type: none"> <li>• vervolgspraak voor controle en zo nodig PA-uitslag</li> <li>• leefregels voor thuis betreffende operatie</li> <li>• informeren bereikbaarheid casemanager of andere zorgverleners</li> </ul>	Verpleegkundige Zaalarts/chirurg-oncoloog	Zelfmanagement.
<b>Overdracht</b> 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.	Chirurg-oncoloog Verpleegkundige	Leefregels: <ul style="list-style-type: none"> <li>• wondverzorging,</li> <li>• hechtingen verwijderen,</li> <li>• wat te doen bij complicaties</li> <li>• recepten voor eventuele medicatie</li> </ul>

### Chirurgie | Postoperatief mdo

<b>Actie</b>	<b>Betrokken hulpverleners</b>	<b>Specifieke Punten</b>
Bespreek patiënt postoperatief in eerst volgende mdo nadat PA- uitslag bekend is.  Afhankelijk van tumorsoort en/organisatie: bespreek tijdens mdo patiënt met expert/consulent uit referentiecentrum.  Bespreek en documenteer: <ul style="list-style-type: none"> <li>• uitslagen alle onderzoeken</li> <li>• PA</li> <li>• doel behandeling: curatief/palliatief</li> <li>• behandeladvies</li> <li>• trialmogelijkheden</li> </ul>	Leden mdo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• MDL-arts</li> <li>• Gastro-enteroloog/Internist-oncoloog</li> <li>• Chirurg-oncoloog</li> <li>• Radioloog</li> <li>• Verpleegkundige</li> <li>• Casemanager</li> <li>• Patholoog</li> <li>• Radiotherapeut-oncoloog</li> <li>• Geriater/ specialist</li> </ul>	Mdo vindt wekelijks plaats met vaste deelnemers, volgens een vaste procedure van aanmelding, bespreking en verslaglegging.  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.  Indien palliatieve behandeling: ga na of behandeling ziektegericht is of dat overlijden binnen 1 jaar verwacht wordt

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
<ul style="list-style-type: none"> <li>voedingstoestand (zo nodig)</li> </ul> <p>Stuur het verslag van mdo uiterlijk binnen twee werkdagen naar de huisarts.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ouderengeneeskunde</li> <li>Geriatrisch verpleegkundige (zo nodig)</li> <li>Diëtist (zo nodig)</li> </ul>	<p>(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. Bespreek PA-uitslag en zo nodig verdere behandeling en behandellocatie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>geen (na)behandeling</li> <li>radiotherapie</li> <li>chemotherapie</li> <li>combinatie van therapieën</li> <li>palliatief beleid</li> </ul>	<p>Chirurg-oncoloog 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><b>Overdracht</b> Lever bij doorverwijzen naar referentiecentrum voor verdere behandeling radiotherapie/systeemtherapie, de volgende gegevens aan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>reden verwijzing</li> <li>voorgestelde behandeling</li> <li>uitslagen van lichamelijk, beeldvormend en ander verricht onderzoek</li> <li>voorkomen kanker in familie</li> <li>ziektegeschiedenis</li> <li>medicatie</li> <li>comorbiditeit</li> <li>voedingstoestand</li> <li>fysieke en psychosociale klachten</li> <li>behandelwensen van de patiënt</li> </ul>	<p>Chirurg-oncoloog Verpleegkundige Radiotherapeut-oncoloog Internist-oncoloog</p>	<p>Maak duidelijke afspraken voor overdracht van chirurg-oncoloog naar andere behandelaar.</p> <p>Gebruik standaardverslag voor pathologie.</p> <p>Zorg voor overdracht laatste Lastmeter met datum en score.</p>

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
Informeer patiënt over hoofdbehandelaar en casemanager/ contactpersoon en bereikbaarheid.		
Stuur huisarts en medebehandelaars zo spoedig mogelijk een brief met laatste uitslagen en gekozen behandelplan.	Chirurg-oncoloog Verpleegkundige	

### Radiotherapie | Voorbereiding | Primaire behandeling bij rectumcarcinoom: neo-adjuvante chemoradiotherapie

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
Patiënt en naaste bezoeken radiotherapeutisch centrum voor intake. Bespreek: <ul style="list-style-type: none"> <li>• diagnose</li> <li>• lichamelijk onderzoek</li> <li>• behandelplan radiotherapie</li> <li>• doel, procedure en effecten van de behandeling (bijwerkingen)</li> </ul> Maak afspraken over wie hoofdbehandelaar en casemanager zijn en over hun bereikbaarheid. Bespreek dit met patiënt.	Radiotherapeut-oncoloog Verpleegkundige  <b>Hoofdbehandelaar is...</b> <b>Casemanager is...</b>	Afspraken zijn vastgelegd over doorverwijzing en samenwerking met radiotherapeutisch centrum en verwijzende instelling.  Gegevens die nodig zijn voor aanmelding bij het radiotherapeutisch centrum zijn: <ul style="list-style-type: none"> <li>• correspondentie verwijzend specialist</li> <li>• PA-verslagen</li> <li>• verslagen en materiaal beeldvormend onderzoek</li> </ul>
Geef voorlichting over de praktische gang van zaken.	Medewerker radiotherapie	
Patiënt bezoekt radiotherapeutisch laborant: <ul style="list-style-type: none"> <li>• teken bestralingsgebied af</li> <li>• plan (bereken) de bestralingen</li> <li>• maak zo nodig een masker</li> </ul>	Radiotherapeutisch laborant	Patiënt weet bij welke bijwerkingen/complicaties hij zich bij welke specialist moet melden.
Maak vervolgspraken.	Secretaresse radiotherapie	
<b>Overdracht</b> Bericht huisarts en overige behandelaren zo spoedig mogelijk over start behandeling.	Radiotherapeut-oncoloog Verpleegkundige	

## Radiotherapie | Behandeling | Primaire behandeling bij rectumcarcinoom: neo-adjuvante chemoradiotherapie

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
Poliklinische bestraling.	Radiotherapeutisch laborant	Aandachtspunten tijdens radiotherapie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• voorlichting op gebied van bijwerkingen</li> <li>• roken en voeding</li> <li>• huidverzorging</li> </ul>
Therapiecontrole.  Na iedere serie radiotherapie evalueer de te verwachten effecten en lasten van de behandeling en bespreek zo nodig de mogelijkheden voor verdere opties of palliatieve zorg.	Radiotherapeut-oncoloog	
Signaleer de gevolgen van kanker(behandeling) en de behoefte 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 (risico op) ondervoeding en andere voedingsgerelateerde klachten.	Verpleegkundige Psychosociale en paramedische zorgverleners (zo nodig)	Neem de Lastmeter aan het begin en einde van de behandeling af en/of om de 3 maanden het een langdurige behandeling betreft. <sup>3</sup>  Voor monitoring kan ook de EORTC QLQ-C30 worden gebruikt.  Zie voor verwijsmogelijkheden de specifieke punten bij 'Behandeling, eerste bezoek polikliniek'.
<b>Overdracht</b> Bericht resultaat behandeling zo spoedig mogelijk naar huisarts en overige behandelaren. Breng huisarts op de hoogte via brief of telefonisch.	Radiotherapeut-oncoloog Verpleegkundige	

<sup>3</sup> Uit richtlijn Detecteren behoefte psychosociale zorg.

**Systeemtherapie (chemotherapie, immunotherapie en/of hormoontherapie) | Voorbereiding| Primaire behandeling bij rectumcarcinoom: neo-adjuvante chemoradiotherapie en primaire behandeling bij coloncarcinoom: adjuvante chemotherapie**

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
<p>Patiënt en naaste bezoeken polikliniek voor voorlichtingsgesprek en ontvangen schriftelijke informatie.</p> <p>Bespreek:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• aard, doel, duur, bijwerkingen, samenstelling kuur, startdatum, bloedonderzoek, evaluatie na behandeling en bijzonderheden</li> <li>• bereikbaarheid binnen en buiten kantooruren</li> </ul> <p>Check de actuele situatie geriatrische evaluatie. Neem eventueel nieuwe geriatrische evaluatie af of maak een nieuwe afspraak hiervoor.</p> <p>Maak afspraken over wie hoofdbehandelaar en casemanager zijn en over hun bereikbaarheid. Bespreek dit met de patiënt.</p>	<p>Internist-oncoloog Verpleegkundige</p> <p><b>Hoofdbehandelaar is...</b> <b>Casemanager is...</b></p>	<p>Geef schriftelijke informatie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• behandelwijzer + kuur</li> <li>• bij haarverlies + folder haarwerk leveranciers</li> <li>• folder 'Voeding bij kanker'</li> </ul>
<p><b>Overdracht</b></p> <p>Informeert huisarts zo spoedig mogelijk over de voorgenomen kuur.</p>	<p>Internist-oncoloog Verpleegkundige</p>	<p>Informatie over de kuur en bijwerkingen en verwijzing naar website Samenstellen Informatie over Bijwerkingen (SIB), <a href="http://www.sibopmaat.nl">www.sibopmaat.nl</a>.</p>

**(Neo-)(adjuvante) Systeemtherapie | Behandeling | Primaire behandeling bij rectumcarcinoom: neo-adjuvante chemoradiotherapie en primaire behandeling bij coloncarcinoom: adjuvante chemotherapie**

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
<p>Patiënt bezoekt polikliniek voor controle tijdens kuren:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Geef systeemtherapie volgens protocol.</li> <li>• Voer controles uit volgens protocol.</li> <li>• Houd contact met patiënt voor continuïteit in begeleiding. 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 desgewenst naar gespecialiseerd zorgverlener.</li> <li>• Screen op (risico op) ondervoeding en andere voedingsgerelateerde klachten.</li> <li>• Aanspreekpunt zijn bij vragen/problemen.</li> </ul>	<p>Internist-oncoloog Verpleegkundige Psychosociale en paramedische zorgverleners (zo nodig)</p>	<p>Neem de Lastmeter aan het begin en einde van de behandeling af en/of om de 3 maanden het een langdurige behandeling betreft.<sup>4</sup></p> <p>Voor monitoring kan ook de EORTC QLQ-C30 worden gebruikt. Zie voor verwijsmogelijkheden de specifieke punten bij 'Behandeling, eerste bezoek polikliniek'.</p>
<p><b>Overdracht</b> Informeert huisarts en overige behandelaren zo spoedig mogelijk over het resultaat van de behandeling berichten naar huisarts. Houd huisarts op de hoogte gehouden via brief of telefonisch.</p>	<p>Internist-oncoloog Verpleegkundige</p>	

<sup>4</sup> Uit richtlijn Detecteren behoefte psychosociale zorg.

## Nazorg

Actie	Betrokken hulpverleners	• Specifieke Punten
<p>Patiënt bezoekt polikliniek voor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tijdig opsporen van nieuwe kankermanifestaties</li> <li>• tijdig signaleren van gevolgen van kanker (behandeling en behoefte aan zorg).</li> </ul> <p>Nazorggesprek met patiënt over:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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).</li> <li>• belang van lichaamsbeweging en gezonde leefstijl</li> <li>• mogelijkheden voor zelfzorgmanagement</li> <li>• mogelijkheden re-integratie naar werk</li> </ul> <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>Medisch specialist Verpleegkundige</p>	<p>Nacontroleschema volgens richtlijn</p> <p>Nazorggesprek (al dan niet gekoppeld aan nacontroleschema):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• bij de afronding van de (primaire) kankerbehandeling</li> <li>• bij heroverweging van de nazorg, bijvoorbeeld één jaar na afronding van de behandeling;</li> <li>• als veranderingen optreden in de medische en/of psychosociale situatie van de patiënt.</li> </ul> <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>

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
<p>Signaleer gevolgen van kanker(behandeling) en de behoefte aan zorg met behulp van de Lastmeter: laat Lastmeter invullen en bespreek deze met patiënt. Verleen basale psychosociale zorg en verwijz zo nodig en desgewenst naar gespecialiseerd zorgverlener.</p> <p>Screen op (risico op) ondervoeding en andere voedingsgerelateerde klachten.</p> <p>Signaleer na de behandeling van het rectumcarcinoom (door rectumchirurgie, al dan niet in combinatie met (chemo-) radiatie op het kleine bekken) het voor komen van fecale of urine-incontinentie en seksueel dysfunctioneren. Verwijzing naar een gespecialiseerde bekkenfysiotherapeut dient op indicatie plaats te vinden.</p> <p>Leg de besproken punten, in afstemming met de patiënt vast in het Individueel nazorgplan voor de patiënt.</p>	<p>Verpleegkundige Psychosociale en paramedische zorgverleners (zo nodig) Bedrijfsarts (zo nodig) Huisarts</p>	<p>Neem de Lastmeter bij elk controlebezoek af (niet vaker dan om de 3 maanden):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• overgang van behandeling naar controleperiode</li> <li>• overgang van controleperiode naar beëindiging van contact met ziekenhuis</li> <li>• optreden van recidief en/of metastasen</li> <li>• overgang van curatieve naar palliatieve behandeling<sup>5</sup></li> </ul> <p>Voor monitoring kan ook de EORTC QLQ-C30 worden gebruikt. Zie voor verwijsmogelijkheden specifieke punten bij 'Behandeling, eerste bezoek polikliniek'.</p>
<p><b>Overdracht</b></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>Bericht huisarts middels brief over controleschema, (verwacht) beloop, hoofdbehandelaar en contactpersoon.</p>	<p>Medisch specialist 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>

<sup>5</sup> Uit richtlijn Detecteren behoefte psychosociale zorg.



# 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> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maak afspraken over wie hoofdbehandelaar en casemanager zijn en over hun bereikbaarheid. Bespreek dit met patiënt.</li> </ul> <p>Hoofdbehandelaar voert gesprek met patiënt en naaste over:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• evalueren huidige behandeling</li> <li>• uitslagen van onderzoek</li> <li>• voor- en nadelen van bijwerkingen behandeling</li> <li>• doel van palliatieve zorg</li> </ul> <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 kanker(behandeling) en behoefte aan zorg met behulp van invullen Lastmeter: en bespreek deze met patiënt. Verleen basale psychosociale zorg en verwijs zo nodig.</p>	<p>Medisch specialist (internist oncoloog, chirurg-oncoloog, Radiotherapeut-oncoloog)</p> <p>Betrokkenen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anesthesioloog</li> <li>Apotheker</li> <li>Neuroloog</li> <li>Huisarts</li> <li>Verpleegkundige</li> <li>Verzorgende</li> <li>Maatschappelijk werker</li> <li>Geestelijk verzorger</li> <li>Psycholoog</li> <li>Psychiater</li> <li>Fysiotherapeut</li> <li>Ergotherapeut</li> <li>Diëtist</li> <li>Specialist</li> <li>ouderengeneeskunde</li> <li>Pijnarts</li> <li>Consulent palliatieve zorg</li> <li>Vrijwilliger/mantelzorger</li> </ul> <p><b>Hoofdbehandelaar is...</b> <b>Casemanager is...</b></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'. Voor monitoring kan ook de EORTC QLQ-C30 worden gebruikt.</p>

Actie	Betrokken hulpverleners	Specifieke Punten
<p><b>Markeringsfase* ziekte-en symptoomgericht palliatieve zorg</b>  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"> <li>• evalueren huidige behandeling</li> <li>• uitslagen van onderzoek</li> <li>• voor- en nadelen van doorgaan met ziektegerichte behandeling</li> <li>• wat voor de patiënt van betekenis is in de tijd die hem nog rest</li> <li>• doel van palliatieve zorg</li> <li>• afspraken wel/niet doen bij complicaties en acute verslechtering (ACP)</li> </ul> <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><b>Stervensfase</b>  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>Medisch specialist (internist oncoloog, chirurg-oncoloog, Radiotherapeut-oncoloog)</p> <p>Betrokkenen:  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><b>Hoofdbehandelaar is... Casemanager is</b></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><b>Gespreksonderwerpen voor Advance Care Planning uit het zorgpad Palliatieve zorg</b> bespreek en leg vast</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• levensverwachting</li> <li>• voorkeursplek van overlijden</li> <li>• beslissingen rondom al dan niet medisch handelen (zgn. "code-beleid") bij heroïek</li> <li>• reanimatie</li> <li>• beademing</li> <li>• IC – plaatsing</li> <li>• wensen en (on)mogelijkheden ten aanzien van donatie</li> <li>• medische behandelingen in het algemeen</li> <li>• wilsverklaring einde levensbeslissingen</li> <li>• wensen, verwachtingen en prioriteiten van de patiënt</li> </ul> <p><b>Markering stervensfase:</b>  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"> <li>• Zorgpad Stervensfase</li> </ul>

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><b>Nazorgfase</b>  Nodig na enkele weken na overlijden patiënt de nabestaande uit voor een gesprek. Doelen van dit gesprek zijn: evaluatie van zorg en behandeling en informeren hoe het rouwproces van de nabestaande verloopt. Indien gewenst informatie - over mogelijkheden professionele rouwbegeleiding of verwijst naar maatschappelijk werk.</p>	<p>Huisarts/behandelend specialist  Verpleegkundige</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Checklist Palliatieve sedatie.</li> <li>• Patiënten folder Palliatieve sedatie.</li> </ul> <p>Huisarts is proactief in bieden van nazorg aan nabestaanden.</p>

## BIJLAGE 1 Gebruikte documenten en normen

### 1. Gebruikte documenten (*richtlijnen te vinden op [www.richtlijndatabase.nl](http://www.richtlijndatabase.nl) en/of [www.oncoline.nl](http://www.oncoline.nl)*)

- Richtlijn Colorectaal carcinoom en colorectale levermetastasen, 2016 ([www.oncoline.nl](http://www.oncoline.nl))
- Handreiking slecht-nieuwsgesprek, 2012 ([www.oncoline.nl](http://www.oncoline.nl))
- Richtlijn Algemene voedings- en dieetbehandeling, 2012 ([www.oncoline.nl](http://www.oncoline.nl))
- Richtlijn Ondervoeding, 2012 ([www.oncoline.nl](http://www.oncoline.nl))
- Richtlijn Herstel na kanker, 2011 ([www.oncoline.nl](http://www.oncoline.nl))
- Concept richtlijn Medisch specialistisch revalidatie bij oncologie, 2017/in revisie ([www.oncoline.nl](http://www.oncoline.nl))
- Richtlijn Detecteren behoefte psychosociale zorg, 2017 ([www.oncoline.nl](http://www.oncoline.nl))
- Blaudruk Kanker en werk 1.0, NVAB, Coronel Instituut, CBO, NFK, 2009 ([www.oncoline.nl](http://www.oncoline.nl))

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

- Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen, IGZ 2017 ([www.igz.nl](http://www.igz.nl))
- Mdo Kwaliteitscriteria, IKNL, 2016 ([www.iknl.nl](http://www.iknl.nl))
- Multidisciplinaire Normering Oncologische zorg in Nederland: SONCOS normeringsrapport 5, 2017 ([www.soncos.org](http://www.soncos.org))
- Normering Chirurgische behandelingen 5.0: Nederlandse Vereniging voor Heelkunde, 2015 ([www.heelkunde.nl](http://www.heelkunde.nl))
- Koersboek Oncologische netwerkvorming, IKNL, NFK, NFU, NHG, NVZ en SONCOS, 2015 (<http://koersboek-oncologische-netwerkvorming.nl/>)
- NHG-Standpunt Oncologische zorg in de huisartsenpraktijk, NHG 2014 ([www.nhg.org](http://www.nhg.org))
- Zorgstandaard Kanker, NFK, IKNL, KWF Kankerbestrijding 2014 ([www.nfk.nl](http://www.nfk.nl))
- Zorgmodule Zelfmanagement 1.0, CBO 2014 ([www.zorginstituutnederland.nl](http://www.zorginstituutnederland.nl))
- Zorgmodule Palliatieve Zorg 1.0, CBO 2013 ([www.zorginstituutnederland.nl](http://www.zorginstituutnederland.nl))
- Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) ondervoeding, 2010 ([www.stuurgroepondervoeding.nl](http://www.stuurgroepondervoeding.nl))

## 2. Normen en indicatoren

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

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

Voor het gehele zorgpad gelden de volgende algemene eisen vanuit het SONCOS normeringsrapport 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)
- Er zijn tenminste twee geregistreerde MDL-artsen en één internist met een geldig certificaat voor het verrichten van endoscopieën, twee chirurgen, twee radiologen, één patholoog, één radiotherapeut-oncoloog, één internist-oncoloog, allen met aantoonbaar specifieke expertise in colorectale pathologie.
- 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 COLORECTAAL CARCINOOM** | Verwijscriteria voor erfelijkheidsonderzoek naar erfelijk CRC (non-polyposis) door een klinisch geneticus:

Gezond persoon of een persoon met een MSI-negatieve CRC doorverwijzen indien in de familieanamnese sprake is van minimaal 1 van de volgende kenmerken:

- Eerste graads familielid met colorectaal carcinoom <50 jaar, indien dit aangedane familielid zich zelf niet wil of kan laten verwijzen.
- Drie of meer (eerste-of tweede graads) familieleden met CRC of een met Lynchsyndroom geassocieerde maligniteit (zoals van de baarmoeder, de maag, de dunne darm, de galgangen, de eierstokken, de hogere urinewegen en de talgklieren) alle <70 jaar.
- Mutatie in een van de mismatch repair genen in de familie.

Patiënt met colorectaal carcinoom: doorverwijzen indien patiënt voldoet aan minimaal een van de volgende criteria:

- <50 jaar.
- Eerste graads familielid met CRC of een Lynch syndroom geassocieerde tumor (zoals maligniteit van de baarmoeder, de dunne darm, de galgangen, de eierstokken, de hogere urinewegen en een adenoom of carcinoom van de talgklieren), bij een van beiden vastgesteld <50 jaar.
- Een tweede CRC >70 jaar.
- De combinatie van CRC en een met Lynch syndroom geassocieerde maligniteit (gelijktijdig of na elkaar) <70 jaar.
- Twee of meer (eerste-of tweedegraads) familieleden met CRC of een met Lynch syndroom geassocieerde maligniteit, bij allen < 70 jaar.

Altijd doorverwijzen: Patiënt met een adenoom in het colon met hooggradige dysplasie <40 jaar.

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

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

## **DIAGNOSTIEK**

**RICHTLIJN COLORECTAAL CARCINOOM** | Colonscopie (inclusief tatoeage blijft de techniek van voorkeur voor het aantonen/uitsluiten van een colorectaal carcinoom). CT-colografie (virtuele coloscopie) geadviseerd indien:

- geen coloscopie mogelijk is
- incomplete coloscopie niet tot diagnose leidt
- coloscopie niet tot exacte tumor lokalisatie geleid heeft.
- bij oppervlakkige rectumtumoren is endorectale echografie de techniek van voorkeur boven MRI voor differentiatie van T1 versus T2 tumoren

**RICHTLIJN COLORECTAAL CARCINOOM** |

Organisatie van zorg

- Conform de WGBO moet er voldoende tijd uitgetrokken worden om met de patiënt te bespreken wat de verschillende onderzoeken voorafgaand aan de behandeling zijn en waarom men wel of niet voor bepaalde onderzoeken in aanmerking komt. Het moet de patiënt duidelijk zijn waar deze zich kan vervoegen als hij nog vragen

heeft. Het diagnostisch traject is complex, in het bijzonder voor patiënten die tijdens het traject multidisciplinaire zorg behoeven. Dit betreft niet alleen de organisatie maar ook de daadwerkelijke begeleiding van de patiënten.

- De diagnostiek, behandeling en begeleiding van patiënten met een coloncarcinoom, rectumcarcinoom of colorectale levermetastase dient plaats te vinden door een gespecialiseerd team. Dit team bestaat uit tenminste twee geregistreerde MDL-artsen, twee chirurgen, twee radiologen, 1 patholoog, 1 radiotherapeut en 1 internist oncoloog, allen met aantoonbare expertise in colorectale pathologie.
- Er is een adequaat ingerichte endoscopie afdeling (conform de eisen van de Nederlandse Vereniging van MDL-artsen).
- De diagnostiek dient bij voorkeur plaats te vinden op een multidisciplinaire polikliniek met een zo kort mogelijke toegangstijd.

### **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.
- 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.

### **NVvH |**

- Er is een pathologieafdeling die de circumferentiële marges kan bepalen en informatie geeft over de MSI (dit laatste eventueel na onderzoek elders).
- Er is een adequaat (conform eisen van de NVMDL) ingerichte endoscopie-afdeling met beschikbaarheid van een dagcentrum voor bewaking na de procedure.

**RICHTLIJN ONDERVOEDING |** zie bij 'verwijzing'.



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

#### ***Aanvullend onderzoek***

##### **RICHTLIJN COLORECTAAL CARCINOOM** | Diagnostiek levermetastasen

Moment van detectie levermetastasen:

- Ten tijde van diagnostiek en behandeling van de colorectale tumor (detectie van synchrone levermetastasen en beoordeling longvelden).
- In de follow-up (detectie van metachrone levermetastasen).
- Bij bepaling van resectabiliteit of indicatiestelling van andere lokale behandeling van levermetastasen.
- Bij evaluatie en follow-up na of tijdens behandeling van levermetastasen.

Bij twijfel over aanwezigheid of aard van leverlaesies dient het onderzoek na 3 maanden herhaald te worden.

Als de lever echografisch niet goed te beoordelen is wordt geadviseerd aanvullend onderzoek (spiraal CT of MRI) te verrichten. Indien behandeling van colorectale levermetastasen wordt overwogen, heeft MRI de voorkeur boven CT door betere detectie van laesies < 10 mm.

Er is geen plaats voor FDG-PET als primair diagnostische modaliteit bij de detectie van levermetastasen.

##### **RICHTLIJN COLORECTAAL CARCINOOM** | Diagnostiek extrahepatisch

Bij colorectale levermetastasen, die als lokaal behandelbaar beschouwd worden, dient een FDG PET-CT als aanvullend onderzoek overwogen te worden om eventuele extrahepatische metastasering aan te tonen die tot verandering van de behandeling kan leiden. Bij verdenking op een recidief op basis van een verhoogd serum CEA gehalte bij negatieve conventionele diagnostiek (inclusief diagnostische CT van de thorax en het abdomen) dient een FDG PET-CT onderzoek worden overwogen. Bij een verdenking van longmetastasen op de x-thorax is een CT-thorax geïndiceerd voor het nauwkeurig in kaart brengen van de longhaarden.

#### **SONCOS** |

- Multislice CT en MRI zijn beschikbaar, waarbij is vastgelegd binnen hoeveel tijd de CT of MRI kan worden verricht en verslagen door een ter zake deskundige radioloog.
- Er is toegang tot een afdeling nucleaire geneeskunde die over een PET/CT scan faciliteit beschikt.
- Er zijn schriftelijke afspraken over genetische counselling en testen, inclusief sneldiagnostiek, waarbij in ieder geval de doorlooptijden zijn vastgelegd.

#### ***Vaststellen diagnose en opstellen preoperatief behandelplan mdo***

**RICHTLIJN COLORECTAAL CARCINOOM** | Alle patiënten met een rectumcarcinoom dienen preoperatief in het mdo besproken te worden.

Het mdo vindt 1x per week plaats met als doel:

- Het opstellen van een zo goed mogelijk behandelplan en harmonisatie van de begeleiding in geval er sprake is van een colorectaal carcinoom.

- Het opstellen van het nadere diagnostische beleid wanneer er onzekerheid over de diagnose bestaat, dan wel met grote zekerheid gezamenlijk vaststellen dat het geen maligniteit betreft.
- Het bespreken van patiënten waarbij colorectale levermetastasen zijn vastgesteld.
- Andere situaties, waarbij multidisciplinaire afstemming gewenst is, zoals het op indicatie toedienen van intra-operatieve radiotherapie.
- Iedere oudere patiënt wordt besproken in het mdo. Bij het opstellen van het behandelplan is aandacht voor: risico van behandeling en patiënt kenmerken zoals comorbiditeit, functionele status, psychosociaal en cognitief functioneren en voedingsstatus.
- De huisarts wordt bij diagnose colorectaal carcinoom op korte termijn op de hoogte gesteld van deze diagnose.

### **SONCOS |**

- Een of meerdere multidisciplinaire besprekingen worden gehouden met voor ieder een tenminste wekelijkse frequentie (voor minder frequent voorkomende tumoren kan hiervan worden afgeweken en besloten tot een tweewekelijkse frequentie), waarin tenminste 90% van de patiënten worden besproken met de mogelijkheid van consultatie van het referentiecentrum.
- Bij het wekelijkse multidisciplinair overleg dienen in ieder geval de volgende specialisten vertegenwoordigd te zijn: een chirurg, MDL-arts, internist-oncoloog, radioloog, radiotherapeut, patholoog, casemanager en eventueel andere verpleegkundigen. Er dient de mogelijkheid te zijn tot wekelijkse consultatie van een vertegenwoordiger van het referentiecentrum bij dit overleg.
- Van alle besproken patiënten wordt het afgesproken beleid vastgelegd in het patiëntendossier. Het verslag van de multidisciplinaire bespreking wordt aan de huisarts

**NVvH |** Alle patiënten met electieve colorectale tumoren worden preoperatief besproken in een multidisciplinair overleg.

### ***Uitslaggesprek***

**RICHTLIJN COLORECTAAL CARCINOOM |** Elke patiënt met een colorectaal carcinoom dient gedurende het hele zorgtraject eerlijk, volledig en op een voor de patiënt begrijpelijke wijze geïnformeerd te worden over zijn/haar ziekte en over:

- de aard en het doel van het diagnostisch onderzoek of de behandeling
  - alternatieve methoden van onderzoek of behandeling die in aanmerking komen
  - de te verwachten voor- en nadelen van verschillende behandelingsmogelijkheden
  - de eventuele aanleg van een stoma en de tijdelijkheid van een devieërend stoma
- Informeel mondeling en schriftelijk wie de hoofdbehandelaar en casemanager is.

Informatie van verschillende zorgverleners dient op elkaar afgestemd te zijn, wordt bij voorkeur gedoseerd aangereikt en bevat geen tegenstrijdigheden.

### **BEHANDELING**

**RICHTLIJN COLORECTAAL CARCINOOM |** De keuze van behandeling wordt mede bepaald door:

- patiënt die volledig geïnformeerd is over de voordelen en de nadelen van de voorgestelde behandeling
- leeftijd, co morbiditeit, BMI en de algemene conditie zijn pre-behandeling bepaald en worden bij de overwegingen betrokken

- het verhoogde risico bij een sterk belaste familieanamnese moet, indien van toepassing, met de patiënt besproken worden en indien nodig wordt een consult klinische genetica aangeboden.

#### **RICHTLIJN COLORECTAAL CARCINOOM | rectumcarcinoom**

- Gezien het geringe verschil in lokale controle en de toegenomen complicatie- en mortaliteitskans bij patiënten >75 jaar met een resectabel rectumcarcinoom, kan overwogen worden van preoperatieve bestraling af te zien, met name als er sprake is van ernstige comorbiditeit.
- Na de behandeling van het rectumcarcinoom (door rectumchirurgie, al dan niet in combinatie met (chemo-) radiatie op het kleine bekken), dient er specifieke aandacht te zijn voor fecale of urine-incontinentie en seksueel dysfunctioneren.
- Verwijzing naar een gespecialiseerde bekkenfysiotherapeut dient op indicatie plaats te vinden.

#### **RICHTLIJN COLORECTAAL CARCINOOM | coloncarcinoom**

- De werkgroep adviseert terughoudend te zijn bij het gebruik van oxaliplatin in verband met het verhoogde risico op toxiciteit bij het stijgen van de leeftijd.

#### **SONCOS |**

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

- Alle oncologische systeemtherapieën (cytostatica, endocriene therapie, immunotherapie, biologicals) worden voorgeschreven door medisch specialisten met aantoonbare bekwaamheid in de toepassing van de betreffende therapie inclusief complicaties. Bij systeemtherapieën dient gewerkt te worden middels een behandelprotocol, wat is vastgesteld in een multidisciplinair team, waarvan tenminste de internist-oncoloog onderdeel is. Hiervan zijn de behandelprotocollen van de longoncologie uitgezonderd gezien de specifieke deskundigheid van de longartsen op dit terrein.
- Indien immunotherapie met checkpoint inhibitors, bij andere tumoren dan het gemetastaseerd melanoom, toegepast gaat worden, dient bij het wekelijks multidisciplinair overleg een internist-oncoloog met aantoonbaar specifieke expertise in immunotherapie aanwezig te zijn. Daarnaast moet er in het betreffende ziekenhuis een multidisciplinair team, met onder andere MDL-arts, dermatoloog en longarts, beschikbaar zijn om bijwerkingen te kunnen behandelen.
- Indien immunotherapie met checkpoint inhibitors bij longcarcinoom wordt toegepast, dient voor het wekelijks multidisciplinair overleg een longarts bekwaam in deze behandeling beschikbaar te zijn.
- In een centrum waar immunotherapie gegeven wordt dienen minstens 20 patiënten per jaar hiermee behandeld te worden. Dit kunnen patiënten zijn met verschillende soorten kanker (bijvoorbeeld melanoom, longkanker of nierkanker). Daarnaast moet voldaan worden aan deminimale normen voor ieder specifiek tumortype.
- Er wordt deelgenomen aan patiëntgebonden wetenschappelijk onderzoek. Er wordt meegedaan aan minimaal 3 klinische studies waarbij per jaar totaal minimaal 15 patiënten worden geïncludeerd over een periode van 3 jaar.

#### **NVvH |**

- Lokaal uitgebreide of recidief rectumcarcinomen worden behandeld in centra met aantoonbare expertise in de behandeling van deze tumoren (=ervaring met excenteraties, multi-modaliteitsbehandelingen, intra-operatieve radiotherapie et cetera).

**RICHTLIJN DETECTEREN BEHOEFTE PSYCHOSOCIALE ZORG<sup>6</sup> |** Het verdient aanbeveling om signalering de eerste keer te laten plaatsvinden in de periode vlak nadat de patiënt de diagnose kanker heeft gekregen. Het slechtnieuwsgesprek zelf is daarvoor geen geschikt moment. Het eerste vervolgggesprek met de behandelend arts of verpleegkundige/verpleegkundig specialist is daarvoor geschikter. Vervolgmomenten voor signalering zijn:

- I. Tijdens de behandeling: niet vaker dan elke 3 maanden met als laatste keer het gesprek waar de primaire behandeling wordt afgesloten. Eventueel ook op ziektegerelateerde risicomomenten:
  - o bij de start en het einde van elke behandeling (chemo-, radio-, - 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.

---

<sup>6</sup> Uit richtlijn Detecteren behoefte psychosociale zorg.

**RICHTLIJN MEDISCH SPECIALISTISCHE REVALIDATIE BIJ ONCOLOGIE<sup>7</sup>** | De werkgroep adviseert bij signalering van klachten gebruik te maken van de Lastmeter (zie Richtlijn detecteren behoefte psychosociale zorg). Indien nodig en desgewenst verwijs bij:

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

**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.

### **Chirurgie**

**RICHTLIJN COLORECTAAL CARCINOOM** | Een enhanced recovery after surgery (ERAS) programma dient te worden toegepast voor optimale perioperatieve zorg bij electieve colorectale resecties.

Organisatie van zorg HIPEC-behandeling: minimale voorwaarden als bij colorectaal, plus:

- Tenminste twee hierin bekwame chirurgen. Ook van de andere betrokken specialismen zoals anesthesiologie (en perfusionist) zijn er tenminste twee specialisten die toegewijd zijn aan HIPEC behandeling

---

<sup>7</sup> Uit concept richtlijn Medisch specialistische revalidatie bij oncologie (kan afwijken van de definitieve versie).

- Een intensive care afdeling met personeel, inclusief artsen, dat bekwaam is in de verzorging van patiënten na HIPEC en andere gastro-intestinale en oncologische ingrepen.

### **RICHTLIJN COLORECTAAL CARCINOOM / *coloncarcinoom***

#### **Poliepectomie** volstaat bij:

- Radicale resectie ( $\geq 1$  mm) van een goed of matig gedifferentieerd T1 coloncarcinoom zonder (lymf)angio-invasie. In alle andere gevallen dient aanvullende chirurgische resectie te worden overwogen (resectiemarge  $< 1$  mm, en/of slecht gedifferentieerd, en/of (lymf)angio-invasie).
- Bij een sessiele maligne poliep waarbij resectiemarge niet te beoordelen is of de poliep middels piecemeal resectie verwijderd is dient een chirurgische resectie overwogen te worden.
- Bij klinische verdenking op een maligne poliep, dient de poliepectomie plaats distaal te worden gemarkeerd met een 2 tot 3 tal markeringen.
- Bij aanvullende chirurgie dient een formele oncologische colonresectie te worden verricht met adequate mesocoloische lymfadenectomie.
- Aanvullende chirurgische resectie na endoscopische verwijdering moet altijd een gewogen beslissing zijn vanwege het relatieve hoge 'number needed to treat', waarbij de patiënt volledig geïnformeerd dient te zijn over het mogelijk oncologisch voordeel enerzijds en de kans op complicaties anderzijds.
- Bij endoscopische verwijdering van een maligne poliep dient stadiering en follow-up plaats te vinden conform de adviezen voor T1 coloncarcinoom

#### **Laparoscopische chirurgie:**

- Kan veilig worden toegepast voor zowel het colon als rectumcarcinoom bij adequate patiënt selectie, voldoende expertise en adequate beeldapparatuur en instrumentarium.
- Aangezien de leercurve van laparoscopische chirurgie lang is, dient de chirurg adequaat getraind te zijn alvorens zelfstandig dit soort chirurgie uit te oefenen. Elk ziekenhuis dient aan minimeisen te voldoen, zoals vastgesteld door de beroepsvereniging, om minimaal invasieve colorectale resecties veilig uit te kunnen voeren.
- Laparoscopische resectie van een colorectaal carcinoom wordt geadviseerd als alternatief voor de open procedure indien beide technieken voor een patiënt geschikt geacht worden.

#### **Obstructief coloncarcinoom:**

- Bij patiënten die zich presenteren met obstructie klachten wordt geadviseerd om een CT abdomen te verrichten om de uitgebreidheid van de primaire tumor en eventuele metastasen vast te stellen.
- Bij een linkszijdig obstructief coloncarcinoom bij een patiënt zonder verhoogd operatierisico en curatieve intentie dient een acute resectie te worden uitgevoerd.
- Bij verhoogd operatierisico dient een stent als overbrugging naar electieve resectie te worden overwogen.
- Bij een patiënt met een obstructief linkszijdig coloncarcinoom en uitgebreide metastasering met een beperkte levensverwachting dient plaatsing van een stent ter palliatie te worden overwogen.

### **RICHTLIJN COLORECTAAL CARCINOOM | *rectumcarcinoom***

- Eventueel rectum sparende behandeling van een rectumcarcinoom dient alleen na volledige stadiering in een multidisciplinair oncologisch overleg in overweging genomen te worden, met als uitgangspunt dat dit een alternatieve behandeling is voor radicale TME chirurgie met minder bewijs voor lange termijn oncologische veiligheid. Daarbij is aanwezige expertise een voorwaarde.
- Stomazorg dient gegarandeerd te zijn conform de aanbevelingen van de richtlijn Stomazorg Nederland.
- Na de behandeling van het rectumcarcinoom (door rectumchirurgie, al dan niet in combinatie met (chemo-)radiatie op het kleine bekken, dient er specifieke aandacht te zijn voor fecale of urine incontinentie en seksueel disfunctioneren.
- Verwijzing naar een gespecialiseerde bekkenfysiotherapeut dient op indicatie plaats te vinden.

### **SONCOS |**

- Er wordt deelgenomen aan de Dutch Surgical Colorectal Audit (DSCA).
- Per jaar, per locatie, gemiddeld over een periode van drie jaar, worden tenminste 50 colorectale resecties (voor benigne en maligne aandoeningen) verricht.
- Indien in een zorginstelling rectumresecties (voor benigne en maligne aandoeningen) worden verricht, moeten dit er tenminste 20 per jaar zijn, gemiddeld over een periode van drie jaar.
- Er is 24 uur per etmaal, 7 dagen per week beschikking over interventie-radiologie, bekwaam in het uitvoeren van interventies bij patiënten met complicaties van grote gastro-intestinale en oncologische ingrepen.
- In geval van primair chirurgische behandeling worden patiënten ook postoperatief besproken ten behoeve van het vervolgbeleid. Er zijn omstandigheden waarbij hiervan kan worden afgeweken.
- Bij het wekelijkse multidisciplinaire overleg dienen in ieder geval de volgende specialisten vertegenwoordigd te zijn: chirurg, MDL-arts, internist-oncoloog, radioloog, radiotherapeut, patholoog, casemanager en eventueel andere verpleegkundigen. Er dient de mogelijkheid te zijn tot wekelijkse consultatie van een vertegenwoordiger van het referentiecentrum bij dit overleg.
- Alle patiënten met een maligniteit worden postoperatief besproken in een multidisciplinair overleg met wekelijkse of tweewekelijkse frequentie.

**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.

### **NVvH |**

- Er worden minimaal vijftig colorectale resecties per jaar verricht.
- Indien er rectumresecties plaatsvinden, worden er minimaal twintig rectumresecties per jaar verricht.
- Alle patiënten met een maligniteit worden postoperatief besproken in een multidisciplinair overleg met wekelijkse of tweewekelijkse frequentie.
- Er is een stomapolikliniek en een stomaverpleegkundige en/of in de stomazorg geïnteresseerde verpleegkundige.

**IGZ** | Screening op risico op functieverlies bij 70-plussers door middel van de ISAR-HP of VMS screeningsbundel bij patiënten die opgenomen worden voor colonchirurgie.

### **Radiotherapie**

**RICHTLIJN COLORECTAAL CARCINOOM** | Neoadjuvante (chemo) radiotherapie gevolgd door lokale excisie bij een klinisch hoog risico dient alleen overwogen te worden indien standaard behandeling door patiënt niet wordt verdragen (leeftijd, comorbiditeit) of wordt geweigerd, of in studieverband.

### **SONCOS** |

- 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.
- Neo-adjuvante (chemo)radiotherapie is beschikbaar en hiervoor bestaat een zorgpad.
- Er bestaan afspraken over het op indicatie toedienen van intra-operatieve radiotherapie; de indicatie hiervoor wordt vooraf, multidisciplinair gesteld.

### **RICHTLIJN COLORECTAAL CARCINOOM | rectumcarcinoom**

- Voor het hoog risico en lokaal vergevorderd rectumcarcinoom is neoadjuvante chemoradiotherapie gevolgd door chirurgie de standaard.

### **RICHTLIJN COLORECTAAL CARCINOOM | coloncarcinoom**

- De adjuvante behandeling heeft een duur van 6 maanden en dient bij voorkeur binnen 6-8 weken na de resectie van het coloncarcinoom te starten, echter uiterlijk binnen 12 weken na de operatie.
- Oudere leeftijd (ouder dan 70 jaar) is op zich geen reden om een adjuvante behandeling niet toe te dienen of de behandeling aan te passen.

### **SONCOS** |

- De indicatie tot een bestralingsbehandeling, inclusief brachytherapie, wordt gesteld en uitgevoerd door een radiotherapeut-oncoloog volgens de kwaliteitseisen die door de NVRO zijn vastgelegd.
- Alle oncologische systeemtherapieën (cytostatica, endocriene therapie, immunotherapie, biologicals) worden gegeven door of in overleg met een internist-oncoloog.
- 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 MDL-arts en dermatoloog, aanwezig zijn om complicaties adequaat te kunnen registreren en te behandelen.
- Er bestaan afspraken over het op indicatie toedienen van intra-operatieve radiotherapie; de indicatie hiervoor wordt vooraf, multidisciplinair gesteld.
- 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.



## **NVvH |**

Er zijn afspraken over het op indicatie toedienen van intra-operatieve radiotherapie; de indicatie hiervoor wordt vooraf, multidisciplinair gesteld.

## **NAZORG**

**RICHTLIJN COLORECTAAL CARCINOOM |** Per ziekenhuis en per patiënt moet duidelijk zijn wie de nazorg coördineert

- Halfjaarlijkse spreekuurcontrole gedurende 2 tot 3 jaar, daarna jaarlijks tot 5 jaar na operatie.
- Met name in het eerste jaar moet aandacht zijn voor psychosociale begeleiding.
- Het individueel nazorgplan bevat op zijn minst informatie over:
  - Lichamelijke en psychosociale gevolgen van ziekte en behandeling
  - De wenselijkheid en inrichting van de nazorg
  - Het moment van heroverweging en blijvende aandachtspunten
  - Afspraken over coördinatie en taakverdeling tussen hulpverleners
- Werkhervatting dient bespreekbaar te worden gemaakt en te worden gestimuleerd.
- Met de huisarts moet gekeken worden of en wanneer de nazorg het beste door de huisarts of door de casemanager in het ziekenhuis gecoördineerd kan worden. Indien besloten wordt de huisarts hierin een grotere rol te laten spelen, zijn een snelle, complete informatieoverdracht en deskundigheidsbevordering bij de huisarts inclusief de professionele ondersteuners essentieel.

**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:

- Medisch specialistische revalidatie bij oncologie
- psychosociale interventies
- begeleiding bij arbeidsre-integratie

Detectie nieuwe manifestaties alleen bij betere overleving

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

Voor individuele professionals:

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

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

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

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

**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.

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

**PALLIATIEVE ZORG**

**RICHTLIJN COLORECTAAL CARCINOOM** | bij metastatische ziekte zijn verschillende behandelingen mogelijk: chirurgie en systemische behandeling. De voorbereiding hiervoor is niet anders als beschreven bij colorectale tumoren.

De keuze van systemische therapie van het gemetastaseerd colorectaal carcinoom wordt vooral bepaald door onderscheid te maken tussen patiënten met:

- Primair resectabele metastasen (curatie)
- Primair irresectabele maar potentieel resectabele metastasen na voldoende respons op systemische therapie (curatie)
- Permanent irresectabele metastasen (levensverlenging met behoud van kwaliteit van leven)
- Er is een voorkeur om chemotherapie + targeted therapie te continueren tot aan progressie of onacceptabele toxiciteit

## **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](http://www.pallialine.nl), 2010) en gebruik maakt van een instrument (bijvoorbeeld Lastmeter) om de behoefte aan palliatieve zorg te inventariseren.
- Het multidisciplinaire team bestaat uit tenminste twee medisch specialisten en een verpleegkundige met specifieke expertise in de palliatieve zorg. De verpleegkundige is bij voorkeur oncologieverpleegkundige of verpleegkundig specialist oncologie of anesthesiologie/pijngeneeskunde.
- Tenminste één van de medisch specialisten in het multidisciplinaire team dient binnen per 1 januari 2017 specifieke scholing op het gebied van palliatieve zorg te hebben voltooid. Het heeft de sterke voorkeur dat de andere betrokken zorgverleners ook specifieke scholing in palliatieve zorg volgen.
- Er is een vaste mogelijkheid tot consultatie van internist-oncoloog, anesthesioloog, neuroloog, longarts, MDL-arts, radiotherapeut, apotheker, psycholoog, psychiater, geestelijk verzorger en maatschappelijk werkende, allen met deskundigheid in palliatieve zorg, voor zover dezen niet al deel uitmaken van het multidisciplinair team.
- Het multidisciplinair team komt tenminste wekelijks bijeen.
- Er dient gestructureerd en tijdig transmuraal overleg en overdracht te zijn ten behoeve van optimale palliatieve zorg in de thuissituatie. Het multidisciplinair team dient tevens beschikbaar te zijn voor overleg over patiënten die ontslagen zijn en thuis palliatieve zorg ontvangen onder leiding van de huisarts.
- Indien de wens bij een patiënt bestaat om palliatieve therapie of supportieve care in een andere (bijvoorbeeld dichterbij gelegen) zorginstelling te krijgen dan de instelling van primaire behandeling, kan daar in overleg voor worden gekozen. Ook indien in de gewenste zorginstelling de betreffende primaire therapie niet wordt gegeven (bijvoorbeeld palliatieve chemotherapie voor gemetastaseerd oesophaguscarcinoom in een zorginstelling waar geen oesophaguschirurgie plaatsvindt).

## **RICHTLIJNEN PALLIATIEVE ZORG |**

- Bij palliatieve zorg wordt onderscheid gemaakt tussen ziektegerichte palliatie (behandeling van de ziekte) en symptoomgerichte palliatie (controle van symptomen). In de praktijk zijn ziektegerichte palliatie en symptoomgerichte palliatie sterk met elkaar verweven. Ze sluiten elkaar nooit uit en worden vaak tegelijk toegepast met de bedoeling elkaar te versterken ter verbetering van de kwaliteit van leven. In de stervensfase verschuift de focus van de symptoomgerichte palliatie van het sterven naar een zo goed mogelijke kwaliteit van sterven.
- Voor ziektegerichte palliatie: zie behandeling chemotherapie/ radiotherapie/chirurgie eerder in dit format.
- Voor symptoomgerichte palliatie en stervensfase: zie [www.pallialine.nl](http://www.pallialine.nl) en zorgpad stervensfase [www.zorgpadstervensfase.nl](http://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 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.

**RICHTLIJN DETECTEREN BEHOEFTE PSYCHOSOCIALE ZORG** | Zie bij 'behandeling'