
Format zorgpad Melanoom

Tumorsoort Melanoom
Ziekenhuis Naam ziekenhuis

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

Versienummer 1.0
Datum 10 december 2012

Introductie

In opdracht van en in samenwerking met de NMW (Nederlandse Melanoom Werkgroep) heeft IKNL (Integraal Kankercentrum Nederland) in de periode januari – oktober 2012 het format zorgpad Melanoom opgesteld. IKNL heeft meerdere tumorspecifieke formats ontwikkeld voor zorgpaden: o.a. mamma-, long-, prostaat- en colon-rectumcarcinoom. Daarnaast is een niet-tumorspecifiek format ontwikkeld om te gebruiken bij zorgpaden voor andere tumorsoorten. Het format zorgpad Melanoom kan als leidraad gebruikt worden bij het ontwikkelen en implementeren van een zorgpad melanoom volgens het IOZP-model. Meer informatie over het IOZP-model vindt u in 'Integrale Oncologische Zorgpaden - Handleiding voor implementatie' en op <http://zorgpaden.iknl.nl>.

De formats zijn qua opzet en lay-out hetzelfde. De formats geven een globaal zorgpad weer en zijn niet specifiek beschreven vanuit een instelling. In ieder ziekenhuis kan het zorgpad daardoor anders verlopen. Het format zorgpad Melanoom beschrijft op globale wijze het zorgproces vanaf het moment van verwijzing tot aan de palliatieve fase of survivor. Voor de route van de patiënt wordt verwezen naar het stroomschema format zorgpad Melanoom (blz. 22). De normen/indicatoren zijn beschreven vanuit actueel geldende tumorrichtlijnen. Daarnaast zijn richtlijnen vanuit andere gremia een maat voor kwaliteit. Daar waar verpleegkundige staat kan ook verpleegkundig specialist of gespecialiseerd verpleegkundige worden bedoeld.

Het format zorgpad kent verschillende onderdelen:

Fase: Fase van het proces (verwijzing, diagnostiek, behandeling, follow-up en palliatieve zorg)
Actie: Actie die wordt ondernomen in de betreffende fase
Betrokken hulpverleners: Hulpverleners betrokken bij deze actie
Specifieke punten: Mogelijke aandachtspunten bij deze actie
Norm/indicator: Norm/indicator die geldt voor deze fase/actie vanuit de richtlijn

**Bij dit zorgpad hoort het stroomschema 'Format zorgpad Melanoom' (blz. 22).
De tumorspecifieke formats worden na revisie van de richtlijn binnen IKNL-verband gereviseerd.**

Kerngroep

De kerngroep die het format zorgpad heeft ontwikkeld, heeft bestaan uit:

- mw. prof. dr. W. Bergman, dermatoloog, Leids Universitair Medisch Centrum
- dhr. dr. W.H.J. Kruit, internist-oncoloog, Erasmus MC-Daniel den Hoed
- dr. O.E. Nieweg, chirurg, NKI-AVL
- ir. S.M. Lunter, projectmedewerker IKNL

Externe deskundigen

De volgende externe deskundigen hebben (op persoonlijke titel) feedback gegeven op het format zorgpad Melanoom:

- leden NMW
- mw. dr. A.J. Berendsen, huisarts, onderzoeker oncologieafdeling Huisartsgeneeskunde, Universitair Medisch Centrum Groningen
- mw. dr. W.A.M. Blokkx, patholoog, UMC St Radboud Nijmegen
- mw. dr. N.A. Gruis, voorzitter Stichting Melanoom
- mw. dr. M.H.M. van der Linden, klinisch psycholoog VU medisch centrum en voorzitter NVPO
- dr. H. Martijn, radiotherapeut, Catharina Ziekenhuis
- drs. K. Meijer, verpleegkundig specialist chirurgie, Universitair Medisch Centrum Groningen
- prof. dr. W.J. Mooi, patholoog, VU medisch centrum
- mw. dr. M. Uitdehaag, adviseur richtlijnen IKNL
- dr. R.A. Valdés Olmos, nucleair geneeskundige NKI-AVL

Met dank ook aan bijdragen van drs. M.H. Middelburg-Hebly (adviseur productontwikkeling), drs. W.J. van der Veer (adviseur richtlijnen) en dr. L. Veerbeek (adviseur richtlijnen en procesbegeleider richtlijn Melanoom), IKNL

Gebruikte documenten

- Richtlijn Melanoom, 13 augustus 2012 (www.oncoline.nl)
- Richtlijn Oncologische revalidatie, 1 oktober 2011
- Richtlijn Detecteren behoefte psychosociale zorg, 7 juni 2010
- Richtlijn Herstel na kanker¹, 17 februari 2011
- Richtlijnen palliatieve zorg
- Kwaliteitscriteria voor de zorg, Stichting Melanoom, februari 2010
- Indicatorenset Melanoom van de huid, Zichtbare Zorg, uitvraag 2012
- IGZ, Kwaliteitsindicatoren basisset ziekenhuizen, 2012
- IGZ, Zorgketen voor kankerpatiënten moet verbeteren, 2009
- Normering Chirurgische Behandelingen: Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVVH), 2011

-
- SONCOS-normering oncologische zorg versie 11, 06-09-2012

De 'Kwaliteitscriteria voor de zorg' van de Stichting Melanoom zijn meegenomen voor zover ze niet conflicteren met de richtlijn Melanoom.

Voor het gehele zorgpad gelden de volgende algemene eisen vanuit het IGZ-rapport:

- Eén set van afspraken voor de gehele zorgketen, vastgelegd in een gezamenlijk protocol en altijd toegesneden op de behoefte van de individuele patiënt.
- Eén geïntegreerd dossier toegankelijk voor alle betrokken zorgverleners.
- Eén duidelijk aanspreekpunt, bekend bij patiënt en traceerbaar in patiëntendossier.
- Systematisch aandacht besteden aan psychosociale zorg voor alle oncologische patiënten.
- MDO volgens norm MDO.

Voor het gehele zorgpad gelden de algemene voorwaarden voor chirurgische zorg van NVvH:

- Landelijke richtlijnen betreffende de chirurgische aandoeningen zijn bekend.
- Lokale behandelprotocollen betreffende de chirurgische aandoeningen zijn aanwezig.
- Er wordt deelgenomen aan een complicatieregistratie.
- Er wordt deelgenomen aan de kwaliteitsvisitatie van de NVvH.
- Er wordt deelgenomen aan landelijke door de NVvH gesteunde registratieprojecten.
- Er zijn per aandoening tenminste 2 chirurgen werkzaam.
- Er zijn afspraken met een referentiecentrum voor overleg en/of verwijzing.

Voor de behandeling van maligne melanoom moet een zorginstelling beschikken over/voldoen aan de volgende voorwaarden (SONCOS, 06-09-2012):

- Er is laagdrempelige toegang tot een afdeling dermatologie met specifieke expertise op het gebied van melanoom, waarbij het "service level" is vastgelegd.
- Er is een afdeling pathologie beschikbaar met specifieke expertise op het gebied van melanoom die beschikt over alle benodigde technieken, conform de opgestelde richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Pathologie.
- Er is een afdeling nucleaire geneeskunde beschikbaar die sentinel node procedure bij melanoom kan uitvoeren, waarbij het "service level" is vastgelegd.
- Er zijn tenminste twee chirurgen met expertise in het verrichten van schildwachtklieronderzoek op lokalisaties specifiek voor melanoom.
- Er is een operatiekamer met adequate faciliteiten waaronder een gammastralendetectieprobe.
- Bij het wekelijkse multidisciplinaire overleg dienen in ieder geval de volgende specialisten vertegenwoordigd te zijn: een chirurg, internist-oncoloog, radioloog, radiotherapeut, patholoog, case manager en eventueel andere verpleegkundigen. Er dient de mogelijkheid te zijn tot wekelijkse consultatie van een vertegenwoordiger van het melanoomcentrum bij dit overleg.
- Voorafgaand aan de behandeling van patiënten met stadium IIIB, IIIC en IV wordt overleg gepleegd met het melanoomcentrum.
- Pelviene liesklierdissecties (iliacale/obturatorklieren) voor lymfekliermetastasen van melanoom vinden alleen plaats als er in de zorginstelling tenminste tien van deze ingrepen per jaar worden verricht.
- Geïsoleerde extremitetsperfusies of –infusies vinden alleen plaats als er in de zorginstelling tenminste tien van deze ingrepen per jaar worden verricht.
- Behandeling van patiënten met een gemetastaseerd melanoom (irresectabel stadium III en stadium IV¹) vindt alleen plaats in een melanoomcentrum of in een centrum dat de officiële status van partner van een melanoomcentrum² heeft.

-
- Een melanoomcentrum heeft tenminste twee internist-oncologen met affiniteit en ervaring in immunotherapie en targeted therapy, specifiek de behandeling met ipilimumab, vemurafenib en nog komende nieuwe middelen. Daarnaast is een melanoomcentrum aantoonbaar betrokken bij het initiëren van nieuwe diagnostiek en/of nieuwe behandelingen op het gebied van melanoom.
 - Een melanoomcentrum behandelt jaarlijks minstens 20 patiënten met een gemetastaseerd melanoom met ipilimumab, vemurafenib of een van de nieuwe middelen.
 - Een partner van een melanoomcentrum dient aan dezelfde criteria te voldoen als een melanoomcentrum, maar hoeft niet zelf betrokken te zijn bij het initiëren van onderzoek naar nieuwe diagnostiek en/of behandelmethoden voor het gemetastaseerde melanoom. De partner moet schriftelijke werkafspraken hebben gemaakt met een melanoomcentrum. Daarin wordt onder andere vastgelegd dat een partnerziekenhuis via multidisciplinair overleg met het melanoomcentrum overlegt over een patiënt voorafgaand aan een nieuwe behandeling.
 - Melanoomcentra en partnerziekenhuizen houden van alle patiënten met een gemetastaseerd melanoom (irresectabel stadium III en stadium IV) een register bij (Dutch Melanoma Treatment Audit (DMTA)-register)¹.
 - In overleg met een melanoomcentrum kan besloten worden om behandeling van een patiënt met een gemetastaseerd melanoom met dacarbazine of supportive care bij een uitbehandelde patiënt te laten plaatsvinden in een niet-partnerziekenhuis. Het melanoomcentrum houdt van deze patiënten ook een register bij.

¹ Toevoeging kerngroep.

² Melanoomcentra: Erasmus Medisch Centrum, Leids Universitair Medisch Centrum, NKI/AVL, Universitair Medisch Centrum Groningen, Universitair Medisch Centrum Nijmegen, Universitair Medisch Centrum Maastricht, Universitair Medisch Centrum Utrecht en Vrije Universiteit Medisch Centrum.
Partnerziekenhuizen: Amphia Ziekenhuis (Breda), Isala Klinieken (Zwolle), Medisch Centrum Leeuwarden, Maxima Medisch Centrum (Veldhoven), Medisch Spectrum Twente en Orbis Medisch Centrum (Heerlen)

V Verwijzing

>V Algemeen

| Actie | Betrokken hulpverleners | Specifieke punten |
|--|-------------------------|--|
| <p>Patiënt bezoekt huisarts.</p> <p>Huisarts overlegt met patiënt over (differentiaal) diagnose en over eventuele excisie door huisarts of rechtstreekse verwijzing naar dermatoloog/chirurg.</p> <p>Huisarts verwijst door naar dermatoloog of chirurg.</p> | <p>Huisarts</p> | <p>Huisarts laat altijd histologisch onderzoek doen van een geëxideerde pigmentlaesie, ook als er geen verdenking is op maligniteit.</p> <p>Mensen met een verhoogd melanoomrisico op grond van huidtype en UV-schade aan de huid worden door de arts geattendeerd op het belang van extra oplettendheid bij moedervlekken/pigmentvlekken.</p> <p>Mensen met een relatieve screeningsindicatie, zoals bij 5 of meer atypische nevi of meer dan 100 banale nevi, worden geïnstrueerd voor zelfonderzoek of verwezen naar dermatoloog.</p> |
| <p>Afspraak maken voor diagnostische excisie.</p> | <p>Secretaresse</p> | |

Norm/Indicator

RICHTLIJN MELANOOM | Toegangstijd tot polikliniek binnen 14 dagen. Bij een overduidelijk melanoom: huisarts belt voor afspraak binnen enkele dagen met dermatoloog/chirurg.

D Diagnostiek

>D Algemeen

| Actie | Betrokken hulpverleners | Specifieke punten |
|--|---|---|
| Patiënt bezoekt polikliniek voor onderzoek: <ul style="list-style-type: none">• anamnese• lichamelijk onderzoek• dermatoscopie (indien nodig) Geven van voorlichting over de geplande onderzoeken. | Dermatoloog/chirurg Verpleegkundig specialist | Afspraken zijn vastgelegd over wie wanneer welke voorlichting aan patiënt geeft. Specialist bespreekt met patiënt vermoeden van melanoom en vervolgtraject en/of de vervolgonderzoeken. |
| Vervolgafpraak maken voor diagnostische excisie. | Secretaresse | |
| Diagnostische excisie op melanoom verdachte moedervlek (geldt tevens voor uitsluiten melanoom bij (zeer) geringe verdenking). | Dermatoloog/chirurg Patholoog Verpleegkundig specialist | Excisie met marge van 2 mm huid en tot in subcutis, bij uitzondering ponsbiops/incisiebiops (b.v. grote lentigines/congenitale nevi). Bij voorkeur foto van verwijderde verdachte moedervlek meesturen met excisie naar patholoog. Weefsel altijd opsturen voor histopathologisch onderzoek. Afspraken tussen ziekenhuis en PA-lab over beoordeling PA-materiaal van de excisie (hoe versturen, spoed, terugkoppeling uitslag). Pathologieaanvraagbrief bestaat tenminste uit: <ul style="list-style-type: none">• personalia• plaats van de afwijking• indicatie voor verwijdering (cosmetisch versus diagnostisch)• in geval van diagnostische excisie: specificatie van oorzaak van klinische verdenking• aard ingreep, eventueel eerdere ingrepen• vraagstelling Verslag van patholoog bevat conclusietekst (in geval van melanoom) met ten minste de volgende gegevens: <ul style="list-style-type: none">• anatomische locatie• aard van ingreep• diagnose melanoom• uitkomst van diktemeting (volgens Breslow)• aanwezigheid/afwezigheid van ulceratie |

| Actie | Betrokken hulpverleners | Specifieke punten |
|----------------|-------------------------|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • aanwezigheid/afwezigheid van intradermale mitotische activiteit • aanwezigheid/afwezigheid van micro-satellitose • aanwezigheid/afwezigheid van (partiële) regressie • volledigheid van verwijdering <p>Bij diagnose MELTUMP of STUMP: tweede beoordeling door collega patholoog of expert patholoog.</p> |
| Norm/Indicator | | |

>D Uitslag gesprek na diagnostische excisie

| Actie | Betrokken hulpverleners | Specifieke punten |
|--|--|--|
| Uitslag geven aan patiënt (en diens naaste) van diagnostische onderzoeken. | Dermatoloog/chirurg Verpleegkundig specialist | In overleg met patiënt tot keuze beleid komen. |
| Bespreek eventuele aanvullende onderzoeken die voor stadiëring nodig zijn (b.v. schildwachtklierprocedure). | | |
| Behandel mogelijkheden bespreken: <ul style="list-style-type: none"> • therapeutische re-excisie (zie behandeling) • eventueel regionale klierdissectie (zie behandeling) | | |
| Begeleidingsgesprek na uitslag: <ul style="list-style-type: none"> • opvang patiënt en naaste • voorlichting over voorgestelde behandeling • meegeven van voorlichtingsmateriaal • bereikbaarheid communiceren | Verpleegkundige (Dermatoloog/chirurg) | Patiënt informeren over relevante patiëntenverenigingen en websites. |
| Huisarts informeren over diagnose en gekozen behandeltraject. | Dermatoloog/chirurg Verpleegkundig specialist | Schriftelijke rapportage sturen naar huisarts. |

| Actie | Betrokken hulpverleners | Specifieke punten |
|---|-------------------------|-------------------|
| Afspraken maken voor gekozen behandeling. | Secretaresse | |

Norm/Indicator

RICHTLIJN MELANOOM | Gesprek over diagnose binnen twee weken na de diagnostische excisie, eerder indien mogelijk.

>D Aanvullend onderzoek voor stadiëring

| Actie | Betrokken hulpverleners | Specifieke Punten |
|---|---|---|
| Patiënt bezoekt polikliniek: <ul style="list-style-type: none"> Eventueel schildwachtklierprocedure (stadium IB, IIA, IIB, IIC). | Chirurg Nucleair geneeskundige Patholoog | Het is aan te bevelen om voor een schildwachtklierprocedure in het hoofd-halsgebied echografie als eerste stap uit te voeren ³ . Conclusie van PA-verslag van de schildwachtklierprocedure bevat tenminste: <ul style="list-style-type: none"> diameter van grootste tumordepositie eventuele extranodale uitbreiding van melanoommetastase aantal en locatie positieve schildwachtklieren |
| Patiënt bezoekt polikliniek: <ul style="list-style-type: none"> Palpabele klieren: punctie (eventueel echogeleid). | Chirurg/dermatoloog Radioloog Echoscopist | Echogeleide dunne naaldbiopsie voor cytologisch onderzoek bij palpabele klieren. |
| Patiënt bezoekt polikliniek: <ul style="list-style-type: none"> Palpabele klieren: CT, PET-CT, MRI (op indicatie). | Chirurg Radioloog Nucleair geneeskundige | CT, PET-CT, MRI: <ul style="list-style-type: none"> niet bij stadium IIIA |

Norm/Indicator

RICHTLIJN MELANOOM | Schildwachtklierprocedure (bij voorkeur in combinatie met de re-excisie) vindt bij voorkeur plaats binnen zes weken na het eerste bezoek ziekenhuis en indien mogelijk eerder.

³ Niet opgenomen in de richtlijn Melanoom: advies kerngroep format zorgpad Melanoom.

>D Vaststellen diagnose en opstellen behandelplan MDO / raadplegen expert (stadium III en IV)

| Actie | Betrokken hulpverleners | Specifieke punten |
|---|--|---|
| Voorafgaand aan en/of tijdens MDO: Patiënt bespreken met expert uit melanoomcentrum of partnerziekenhuis. | Behandelend arts Chirurg Radiotherapeut | Indien patiënt in aanmerking komt voor behandeling met ipilimumab, vemurafenib, een ander duur middel of één van de experimentele behandelingen, dient patiënt verwezen te worden naar een melanoomcentrum of partnerziekenhuis. |
| Patiënt aanmelden voor MDO. | Internist-oncoloog Verpleegkundige specialist | |
| Bespreken en documenteren in MDO: <ul style="list-style-type: none"> uitslagen alle onderzoeken PA Behandeladvies | Patholoog Radioloog Nucleair geneeskundige | Melanoomcentra en partnerziekenhuizen houden van alle patiënten met een gemetastaseerd melanoom een register bij (Dutch Melanoma Treatment Audit (DMTA)-register). Indien patiënt niet in aanmerking komt voor behandeling met ipilimumab, vemurafenib, een ander duur middel of één van de experimentele behandelingen, kan patiënt onder begeleiding van het perifere ziekenhuis blijven. Perifere ziekenhuizen zorgen voor aanlevering van basisgegevens van patiënt aan melanoomcentrum of partnerziekenhuis. |
| | | MDO: er zijn schriftelijke afspraken over: <ul style="list-style-type: none"> verantwoordelijkheden voorzitter samenstelling aanmelden van patiënten notulen en besluiten uitvoering besluiten aanwezigheid of raadpleging melanoomexpert uit melanoomcentrum Dossiervoering herkenbaar aanwezig en toegankelijk. |

Norm/Indicator

RICHTLIJN MELANOOM | MDO voor patiënten met stadium III en IV vindt bij voorkeur één keer per week en minimaal één keer per twee weken plaats. MDO vindt plaats na raadpleging van een expert werkend in een melanoomcentrum.

ZICHTBARE ZORG, UITVRAAG 2012 | MDO voor patiënten met stadium III of IV melanoom (indicator).

SONCOS | Behandeling van patiënten met een gemetastaseerd melanoom (irresectabel stadium III en stadium IV) vindt alleen plaats in een melanoomcentrum of in een centrum dat de

Norm/Indicator

officiële status van partner van een melanoomcentrum heeft.

>D Uitslag gesprek na re-excisie en eventuele aanvullende onderzoeken

| Actie | Betrokken hulpverleners | Specifieke punten |
|--|--|---|
| Uitslag geven aan patiënt (en diens naaste) van eventuele aanvullende onderzoeken. Bespreken van follow-up (melanoom in situ, IA, IB, IIA, IIB en IIC). Bespreken van behandelmogelijkheden: <ul style="list-style-type: none">regionale klierdissectie (vanaf stadium IIIA)eventueel radiotherapie (vanaf stadium IIIC)eventueel deelname aan trialseventueel combinatie van therapieën (vanaf stadium IIIC)systeemtherapie (stadium IV)palliatief beleid (stadium IV) | Dermatoloog/chirurg Radiotherapeut Internist-oncoloog Verpleegkundig specialist | Gesprek vindt bij voorkeur plaats in bijzijn van naaste van patiënt. Bij melanoom in situ en stadium IA is geen langdurige follow-up nodig, indien andere indicaties voor follow-up (zoals >5 atypische nevi) ontbreken. Een afsluitend gesprek volstaat (zie follow-up). In overleg met patiënt tot keuze beleid komen. Bespreek advies MDO (stadium IIIA, IIIB, IIIC en IV). Maak duidelijke afspraken voor overdracht naar een andere behandelaar. |
| Begeleidingsgesprek <ul style="list-style-type: none">Opvangen patiënt en naaste.Voorlichting geven over voorgestelde behandeling/follow-upbeleid.Meegeven van voorlichtingsmateriaal.Communiceren bereikbaarheid/contactpersoon.Introduceren Lastmeter en bij volgend bezoek afnemen en bespreken.Opstellen nazorgplan, bespreken en meegeven aan patiënt (IB, IIA, IIB, IIC). | Verpleegkundige (Dermatoloog/chirurg Radiotherapeut Internist-oncoloog) | Patiënt uitleg geven over zelfonderzoek huid, subcutis en klieren. Patiënt informeren over relevante patiëntenverenigingen en websites. Indien patiënt naar follow-up: <ul style="list-style-type: none">Een vaste contactpersoon aanstellen en communiceren met patiënt en huisarts. |
| Huisarts en eventueel medebehandelaars informeren over diagnose, gekozen behandeltraject, laatste uitslagen en/of follow-upbeleid. | Dermatoloog/chirurg Verpleegkundig specialist | Indien patiënt naar follow-up: nazorgplan opsturen naar huisarts. |
| Afspraken maken voor gekozen behandeling of follow-up. | Secretaresse | |

Norm/Indicator

RICHTLIJN MELANOOM | Uitslaggesprek binnen twee weken na de diagnostische excisie, eerder indien mogelijk.

Het gesprek over psychosociale gevolgen met behulp van de Lastmeter binnen ongeveer zes weken na het gesprek over de diagnose of laten samenvallen met het eerste follow-upbezoek

B Behandeling

>B Operatieve behandeling | re-excisie

| Actie | Betrokken hulpverleners | Specifieke punten |
|--|--|--|
| Patiënt komt voor behandeling op (poli)kliniek. | Chirurg/dermatoloog Verpleegkundig specialist | Patiënt krijgt informatie over procedures rond operatie, waaronder medische en verpleegtechnische handelingen. |
| Operatie volgens richtlijn. | Chirurg/dermatoloog Patholoog | Afspraken tussen ziekenhuis en PA-lab over beoordeling PA-materiaal van de excisie (hoe versturen, spoed, terugkoppeling uitslag). Chirurg vermeldt expliciet re-excisie marges in PA-aanvraag en in operatieverslag. PA-verslag van re-excisie bevat: <ul style="list-style-type: none">• locatie van re-excisie• eventueel aanwezigheid van resterend melanoomweefsel• plaats van residu• aan- of afwezigheid van melanoomcellen in snijvlakken |
| Patiënt vertrekt: <ul style="list-style-type: none">• Patiënt krijgt (telefonische) vervolgspraak mee voor PA-uitslaggesprek en controle.• Patiënt krijgt leefregels mee voor thuis betreffende operatie.• Uitreiken van voorlichtingsmateriaal aan patiënt.• Patiënt krijgt informatie mee hoe hij hulpverleners kan bereiken. | Verpleegkundige | Leefregels: <ul style="list-style-type: none">• wondverzorging• hechtingen verwijderen• wat te doen bij complicaties• aanwijzingen voor pijnmedicatie |
| Norm/Indicator | | |
| RICHTLIJN MELANOOM Excisie en re-excisie (in combinatie met schilwachtklierprocedure, indien geïndiceerd) vindt bij voorkeur binnen zes weken plaats na eerste bezoek ziekenhuis en indien mogelijk eerder. | | |

>B Operatieve behandeling | regionale klierdissectie

| Actie | Betrokken hulpverleners | Specifieke punten |
|---|---------------------------------------|---|
| Patiënt meldt zich voor opname. Ontvangst patiënt op afdeling (anamnese + wegwijs volgens standaard procedures). | Zaalarts Verpleegkundig specialist | Patiënt krijgt informatie over: <ul style="list-style-type: none">• Procedures rond operatie, waaronder medische en verpleegtechnische handelingen. |

| Actie | Betrokken hulpverleners | Specifieke punten |
|--|---------------------------------------|--|
| Patiënt preoperatief voorbereiden volgens ziekenhuisprotocol. | | <ul style="list-style-type: none"> • Mogelijke complicaties. • Wanneer hij/zij wordt geïnformeerd over het resultaat van de behandeling. |
| Operatie volgens richtlijn. | Chirurg Patholoog | <p>Afspraken tussen ziekenhuis en PA-lab over beoordeling PA-materiaal van de excisie (hoe versturen, spoed, terugkoppeling uitslag).</p> <p>PA-verslag van de lymfeklierdissectiepreparaten bevat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • aard en plaats van preparaat • aantal positieve en totaal onderzochte lymfeklieren (zo mogelijk locatie van positieve klieren per regio) • aan- of afwezigheid van kapseldoorgroei/extranodale tumoruitbreiding • aan- of afwezigheid van extranodale tumor • aan- of afwezigheid van melanoom in chirurgische snijvlakken |
| Patiënt vertrekt en krijgt: <ul style="list-style-type: none"> • vervolgspraak voor PA-uitslaggesprek en controle • leefregels mee voor thuis betreffende operatie • arm- en schouderoefeningen mee (indien relevant) • voorlichtingsmateriaal • informatie over bereikbaarheid hulpverleners | Zaalarts Verpleegkundig specialist | Leefregels: <ul style="list-style-type: none"> • wondverzorging • hechtingen verwijderen • wat te doen bij complicaties • aanwijzingen voor pijnmedicatie |
| Norm/Indicator | | |

>B Uitslaggesprek na regionale klierdissectie

| Actie | Betrokken hulpverleners | Specifieke punten |
|---|--------------------------------------|--|
| Patiënt ontvangt uitslag (op polikliniek of telefonisch). Indien telefonisch en bij slecht nieuws: bespreek mogelijkheid om op zeer korte termijn (dezelfde dag of 1 dag later) overleg op polikliniek te houden. | Chirurg Verpleegkundig specialist | Gesprek vindt bij voorkeur plaats in bijzijn van naaste van patiënt. |
| Patiënt informatie geven over follow-upbeleid en eventueel radiotherapie. | | Duidelijke afspraken voor overdracht van chirurg naar andere behandelaren. |

| Actie | Betrokken hulpverleners | Specifieke punten |
|--|--------------------------------------|---|
| Begeleidingsgesprek: <ul style="list-style-type: none"> • Opvang van patiënt en naaste. • Voorlichting geven over follow-upbeleid. • Meegeven van voorlichtingsmateriaal. • Bereikbaarheid/gegevens vaste contactpersoon communiceren. • Lastmeter afnemen en bespreken. • Op indicatie aanvullende signaleringsinstrumenten afnemen en bespreken (de Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Patiënt Specifieke Klachtenlijst (PSK) en de single item Visuele Analoge Schaal (VAS) voor kanker gerelateerde vermoeidheid). • Nazorgplan opstellen, bespreken en meegeven aan patiënt. | Verpleegkundige (Chirurg) | Patiënt uitleg geven over zelfonderzoek huid en klieren. Patiënt wordt geïnformeerd over relevante patiëntenverenigingen (Stichting Melanoom) en websites. Aanvullende signalering voor verwijzing naar oncologische revalidatie bij emotionele problemen, vermoeidheid en lichamelijke/functionele problemen op Lastmeter. Na afronding primaire behandeling voor nazorg vaste contactpersoon aanstellen en communiceren met patiënt en huisarts. |
| Huisarts en medebehandelaars ontvangen informatie met laatste uitslagen en follow-upbeleid. | Chirurg Verpleegkundig specialist | Nazorgplan opsturen naar huisarts. |
| Afspraken maken voor follow-up en eventueel radiotherapie. | Secretaresse | |

Norm/Indicator

RICHTLIJN MELANOOM | Het gesprek over psychosociale gevolgen met behulp van de Lastmeter binnen ongeveer zes weken na het gesprek over de diagnose of laten samenvallen met het eerste follow-upbezoek na drie maanden.

ZICHTBARE ZORG, UITVRAAG 2012 | Lastmeter detectie psychosociale zorgbehoefte (indicator).

>B Radiotherapie | voorbereiding

| Actie | Betrokken hulpverleners | Specifieke punten |
|---|-------------------------|---|
| Patiënt bezoekt radiotherapeutisch centrum voor intake: <ul style="list-style-type: none"> • bespreken diagnose • lichamenlijk onderzoek • bespreken behandelplan radiotherapie • uitleg doel, procedure en effecten van de behandeling (bijwerkingen). | Radiotherapeut | Afspraken zijn vastgelegd over doorverwijzing en samenwerking met radiotherapeutisch centrum en verwijzende instelling. Gegevens die nodig zijn voor aanmelding bij radiotherapeutisch centrum: <ul style="list-style-type: none"> • Correspondentie verwijzend specialist. |

| Actie | Betrokken hulpverleners | Specifieke punten |
|--|-----------------------------|--|
| Voorlichtingsgesprek praktische gang van zaken. | Medewerker radiotherapie | <ul style="list-style-type: none"> • Lab- en PA-verslagen. • Verslagen en materiaal beeldvormend onderzoek (digitaal). |
| Patiënt bezoekt radiotherapeutisch laborant: <ul style="list-style-type: none"> • Aftekenen van bestralingsgebied. • Planning (berekening) van bestralingen. | Radiotherapeutisch laborant | Patiënt weet bij welke bijwerkingen/complicaties hij/zij zich bij welke specialist moet melden. |
| Maken vervolgspraken voor bestraling. | Secretaresse | |
| Huisarts krijgt bericht. | Radiotherapeut | |
| Norm/Indicator | | |

>B Radiotherapie | behandeling

| Actie | Betrokken hulpverleners | Specifieke punten |
|---|-----------------------------|--|
| Poliklinische bestraling. | Radiotherapeutisch laborant | Aandachtspunten tijdens radiotherapie: <ul style="list-style-type: none"> • Voorlichting over bijwerkingen. |
| Therapiecontrole met patiënt. | Radiotherapeut | |
| Huisarts en betrokken medisch specialisten informeren over gegeven behandeling. | Radiotherapeut | Overdracht tussen radiotherapeut en huisarts/behandelend chirurg en/of internist-oncoloog. |
| Norm/Indicator | | |

>B Systemische therapie | voorbereiding

| Actie | Betrokken hulpverleners | Specifieke punten |
|--|---|--|
| <p>Indien patiënt in aanmerking komt voor behandeling met ipilimumab, vemurafenib, een ander duur middel of één van de experimentele behandelingen, dient patiënt verwezen te worden naar een melanoomcentrum of partnerziekenhuis.</p> <p>Indien patiënt niet in aanmerking komt voor behandeling met ipilimumab, vemurafenib, een ander duur middel of één van de experimentele behandelingen, kan patiënt onder begeleiding van het perifere ziekenhuis blijven.</p> | <p>Internist-oncoloog Verpleegkundig specialist</p> | <p>Melanoomcentra en partnerziekenhuizen houden van alle patiënten met een gemetastaseerd melanoom een register bij (Dutch Melanoma Treatment Audit (DMTA)-register).</p> <p>Perifere ziekenhuizen zorgen voor aanlevering van basisgegevens van patiënt aan melanoomcentrum of partnerziekenhuis.</p> |
| <p>Patiënt bezoekt internist-oncoloog voor intake:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patiënt krijgt voorlichting en informatie, vooral over bijwerking en kwaliteit van leven. • Bespreken van behandelplan systemische therapie. • Uitleg doel, procedure en effecten van behandeling (bijwerkingen). • Patiënt informeren over telefonische bereikbaarheid. | <p>Internist-oncoloog Verpleegkundig specialist</p> | <p>Patiënt zoveel mogelijk in trialverband behandelen. Behandelend arts bekijkt noodzaak aanvullende beeldvormende diagnostiek.</p> |
| <p>Patiënt heeft (aansluitend) vervolggesprek:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controleren van planning van behandeling. • Geven van toelichting op informatie van internist-oncoloog. • Zorg dragen voor verpleegkundige overdracht naar behandelpoli en internist-oncoloog. • Uitreiken van specifiek voorlichtingsmateriaal. • Uitreiken van telefoonnummers bij vragen/problemen van patiënt. • Afnemen en bespreken van Lastmeter. Op indicatie aanvullende signaleringsinstrumenten afnemen en bespreken. | <p>Verpleegkundige (internist-oncoloog)</p> | |
| <p>Therapiecontrole patiënt.</p> | <p>Internist-oncoloog</p> | |
| <p>Huisarts krijgt bericht.</p> | <p>Internist-oncoloog Verpleegkundig specialist</p> | <p>Huisarts ontvangt informatie over systemische therapie.</p> |
| <p>Norm/Indicator</p> | | |

Norm/Indicator

RICHTLIJN MELANOOM | Het gesprek over psychosociale gevolgen met behulp van de Lastmeter binnen ongeveer zes weken na het gesprek over de diagnose of laten samenvallen met het eerste follow-upbezoek na drie maanden.

ZICHTBARE ZORG, UITVRAAG 2012 | Lastmeter detectie psychosociale zorgbehoefte (indicator).

SONCOS | Behandeling van patiënten met een gemetastaseerd melanoom (irresectabel stadium III en stadium IV) vindt alleen plaats in een melanoomcentrum of in een centrum dat de officiële status van partner van een melanoomcentrum heeft.

>B Systemische therapie | behandeling

| Actie | Betrokken hulpverleners | Specifieke punten |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Controleren van patiënt tijdens behandeling. • Tijdens polibezoek anamnese en eventueel lichamelijk onderzoek afnemen. • Beoordelen van bloedonderzoeken. • Schrijven van recept voor volgende behandeling en andere ondersteunende medicatie. • Invullen van laboratorium- en röntgenformulier voor volgende behandeling. | Internist-oncoloog Verpleegkundige specialist | <ul style="list-style-type: none"> • Bloedonderzoek voorafgaand aan behandeling. • Controle tijdens behandeling wordt individueel bepaald volgens geldende richtlijn. • Signaleren van bijwerkingen. • Bij noodzaak tot wijziging van therapie (bijvoorbeeld bij progressie): overleg met melanoomcentrum of partnerziekenhuis. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Controleren van patiënt tijdens kuren. • Contact houden met patiënt voor continuïteit in begeleiding. • Aanspreekpunt zijn bij vragen/problemen. • Therapie uitvoeren volgens protocol. • Controles uitvoeren volgens protocol. • Informatie geven aansluitend op informatie van internist-oncoloog. | Verpleegkundige | |
| Norm/Indicator | | |

F Follow-up (bij patiënten zonder tumorlocaties)

>F Algemeen

| Actie | Betrokken hulpverleners | Specifieke punten |
|---|--|---|
| <p>Patiënt komt op polikliniek voor follow-up. Follow-up na behandeling is gericht op:</p> <ul style="list-style-type: none">• Detectie van nieuwe kankermanifestaties.• Signaleren en behandelen van vroege en late gevolgen van kanker en/of behandeling.• Lastmeter afnemen en bespreken. Op indicatie aanvullende signaleringsinstrumenten afnemen en bespreken.• Nazorgplan opstellen en bespreken (vanaf stadium IB en hoger). | <p>Dermatoloog/chirurg Verpleegkundig specialist</p> | <p>Lichamelijk onderzoek op tumormanifestaties en aanvullend onderzoek op indicatie. Geen routinematig beeldvormend onderzoek in deze fase.</p> <p>Vanaf stadium III: afspraken maken over taakverdeling voor nazorg die geboden wordt in ziekenhuis, eerste- of derdelijns instellingen.</p> <p>Mensen met duidelijk verhoogd risico op familiale gronden (zie definitie richtlijn Melanoom) worden periodiek gescreend.</p> |
| <p>Regelmatige terugkoppeling naar huisarts is noodzakelijk.</p> | <p>Chirurg Verpleegkundig specialist</p> | <p>Nazorgplan opsturen naar huisarts.</p> |

Norm / Indicator

RICHTLIJN MELANOOM | Follow-upschema melanoom in situ en IA:

Eenmalig controlebezoek een maand na de behandeling van een primair melanoom.

Follow-upschema vanaf stadium IB:

- 1e jaar: één keer per drie maanden controle
- 2e jaar: één keer per zes maanden controle
- 3e tot 5e jaar: één controle per jaar

Geen routinematig beeldvormend onderzoek. Aanvullend onderzoek op indicatie.

Gesprek over psychosociale gevolgen met behulp van de Lastmeter binnen ongeveer zes weken na het gesprek over de diagnose of samenvallen met het eerste follow-upbezoek na drie maanden.

ZICHTBARE ZORG, UITVRAAG 2012 | Lastmeter detectie psychosociale zorgbehoefte (indicator).

P Palliatieve Zorg

>P Algemeen

| Actie | Betrokken hulpverleners | Specifieke punten |
|--|--|--|
| <p>Patiënt en naaste(n) bezoeken polikliniek voor slechtnieuwsgesprek:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vertel dat behandeling niet meer gericht is op genezen. • Geef verwachte beloop ziekteproces. • Bespreek symptomen en problemen (fysiek, psychisch, sociaal en spiritueel). • Bespreek palliatieve behandelmogelijkheden t.a.v. ziektegerichte en/of symptoomgerichte palliatie (wel of niet doorbehandelen). • Informeer wie de hoofdbehandelaar is. • Geef contactgegevens van vaste contactpersoon, bij voorkeur 24 uur per dag bereikbaar. <p>Huisarts krijgt bericht (telefonisch/schriftelijk) van te verwachten ziekteproces en keus van patiënt t.a.v. wel of niet doorbehandelen.</p> <p>Afstemming en overdracht tussen professionals (in de 1e en 2e lijn) is noodzakelijk in palliatieve en terminale fase.</p> <p>Patiënt vult regelmatig, maar zeker om de drie maanden, de Lastmeter plus eventueel aanvullende signalering in, waarna die besproken wordt. Zo nodig verwijzen indien gewenst door patiënt.</p> <p>Patiënt (en eventuele naasten) krijgen uitleg over verschillende instanties en/of instellingen die ondersteuning kunnen bieden.</p> <p>Bereid patiënt en naasten (tijdig) voor op terminale fase en mogelijkheden in terminale fase.</p> <p>Markeer stervensfase en staak overbodige behandeling en medicatie.</p> | <p>Chirurg Radiotherapeut Internist-oncoloog Huisarts Maatschappelijk werker Geestelijk verzorger Psycholoog Fysiotherapeut Ergotherapeut Diëtist Verpleeghuisarts Verpleegkundige 1e en 2e lijn Verzorgende 1e en 2e lijn Consulent palliatieve zorg Vrijwilliger</p> | <p>Het is van belang voor patiënt om te streven naar een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven. Een zekere mate van fitheid en vitaliteit vroeg in ziekte en symptoomgerichte palliatieve fase is belangrijk voor welzijn van patiënt.</p> <p>Bij problemen die medisch ingrijpen noodzakelijk maken kan patiënt opgenomen worden in een ziekenhuis, indien patiënt dit wenst en behandeling zinvol is.</p> <p>Er zijn verschillende mogelijkheden voor ondersteuning in palliatieve fase:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patiënt wordt thuis ondersteund door thuiszorg en/of vrijwilligers. • Patiënt wordt opgenomen in verpleeg-/ verzorgingshuis. • Patiënt wordt opgenomen in hospice. <p>Indien verwachting is dat patiënt binnen enkele dagen overlijdt, dan begeleiden volgens zorgpad stervensfase.</p> |
| Norm/Indicator | | |
| <p>RICHTLIJN MELANOOM Het gesprek over psychosociale gevolgen met behulp van de Lastmeter binnen ongeveer 6 weken na het gesprek over de diagnose of samenvallen met het eerste follow-upbezoek na 3 maanden.</p> | | |

Norm/Indicator

ZICHTBARE ZORG, UITVRAAG 2012 | Lastmeter detectie psychosociale zorgbehoefte (indicator).

RICHTLIJNEN PALLIATIEVE ZORG | Bij palliatieve zorg wordt onderscheid gemaakt tussen ziekte gerichte palliatie (behandeling van de ziekte) en symptoom gerichte palliatie (controle van symptomen). In de praktijk zijn ziekte gerichte palliatie en symptoom gerichte 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 symptoom gerichte palliatie van het sterven naar een zo goed mogelijke kwaliteit van sterven.

Voor ziekte gerichte palliatie: zie behandeling systeemtherapie en/of radiotherapie en/of chirurgie, eerder in dit format.

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

IGZ 2009 | Ziekenhuizen zorgen ervoor dat overwegingen en afwegingen rond palliatieve zorgverlening worden gedocumenteerd, zodat een integraal zicht op de behandeling mogelijk is.

Stroomschema format zorgpad Melanoom

