

Ketenzorg aan vrouwen met ovariumcarcinoom

Regio zuidwest Nederland

Versie

Definitief

Datum

November 2012

Auteur

Dr. C. Wensveen, Erasmus MC
Drs. R. Ruit, BeterKeten

Opdrachtgever

Prof. dr. C. W. Burger
Namens de afdeling Gynaecologie
van het Erasmus MC



BeterKeten
expertise door samenwerking

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
1. Concentratie perioperatieve zorg ovariumcarcinoom zuidwest Nederland	3
2. Medisch inhoudelijke afspraken	3
2.1. Pre-operatieve zorg	3
2.2. Multidisciplinair overleg	4
2.3. Operatieve zorg	4
2.4. Postoperatieve zorg	4
2.5. Toekomst: centrale triage	5
3. Organisatie van de ovarium-carcinoomchirurgie in zuidwest Nederland	5
3.1. Fasegewijze realisatie	5
3.2. Voorwaarden satellietlocaties en centrum	6
3.3. GOA	7
3.4. Detachering gynaecoloog oncoloog	7
3.5. Taken gedetacheerd gynaecoloog oncoloog	8
4. Randvoorwaarden	8
4.1. Financiën	8
4.2. Registratie	8
4.3. Protocollen	9
Bijlagen – stroomschema's	10
1. pre-operatieve zorg	10
2. operatieve zorg	11
3. postoperatieve zorg	11
Bijlagen -2 Overzicht documenten	11



1. Concentratie perioperatieve zorg ovariumcarcinoom zuidwest Nederland

De behandeling van patiënten met (verdenking) van ovariumcarcinoom is te typeren als hoog complexe zorg met een relatief laag volume (high risk/ low volume). Diverse zorgverleners zijn betrokken bij deze zorg, waarbij de gynaecoloog (oncoloog) de hoofd-behandelaar is daar waar chirurgie een plaats heeft.

In 2008 is door de Nederlandse Vereniging Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) de nota "Organisatie van de gynaecologische oncologische zorg", deel I aangenomen. Hierin staat dat bij de behandeling van elke patiënte met ovariumcarcinoom een gynaecoloog oncoloog betrokken moet zijn. In het tweede deel van deze nota (september 2011) worden de kaders vastgesteld waaraan een ziekenhuis, de gynaecologische afdeling en operateur(s) moet(en) voldoen om de meest optimale en adequate zorg te kunnen verlenen aan de patiënten met een ovariumcarcinoom. Hierin staat onder meer het volgende: "Ieder oncologisch centrum ziekenhuis maakt regionale afspraken in welke algemene ziekenhuizen patiënten met ovariumcarcinoom worden geopereerd, met in acht nemen van de gynaecologisch oncologische expertise en patiëntenaantallen". Voor 2013 moet de regionale zorgorganisatie voor patiënten met een ovariumcarcinoom volgens deze nota geregeld zijn.

Dit document omschrijft de afspraken die gemaakt zijn met de ziekenhuizen in de regio zuidwest Nederland, teneinde de zorg aan patiënten met ovariumcarcinoom goed te organiseren en daarmee te voldoen aan de kwalitatieve en kwantitatieve eisen die gesteld worden door de NVOG in bovengenoemde nota. Het centrum en de betreffende perifere satellietlocaties conformeren zich aan deze blauwdruk en daarmee ook aan de nota's van de NVOG.

Dit document gaat allereerst (hoofdstuk 2) in op de medisch inhoudelijke afspraken die gemaakt zijn met de ziekenhuizen in de regio zuidwest Nederland die (gaan) fungeren als perifere satellietlocatie. Het volgende hoofdstuk (3) omschrijft de wijze waarop deze zorg in deze regio georganiseerd zal worden. Het laatste hoofdstuk (hoofdstuk 4) gaat in op de benodigde randvoorwaarden om de ambitie uit dit document in de praktijk te realiseren.

2. Medisch inhoudelijke afspraken

Dit hoofdstuk omschrijft de medisch inhoudelijke afspraken inzake de perioperatieve zorg aan patiënten met ovariumcarcinoom chirurgie in de ziekenhuizen alwaar deze zorg geleverd wordt (de perifere satellietlocaties en het academisch centrum).

2.1. PRE-OPERATIEVE ZORG

De diagnostiek en behandeling van adnexpathologie met lage kans op maligniteit (laag RMI) valt onder de competentie van de algemeen gynaecoloog (zie Nota NVOG). Vrouwen met (een sterke verdenking op) ovariumcarcinoom, op basis van klinisch beeld en/of serum tumormaker profiel en/of beeldvorming (RMI > 200), worden door de gynaecoloog uit de periferie verwezen naar één van de satellietlocaties of naar het universitaire centrum in de regio (het Erasmus MC). De RMI (Risk of Malignancy Index bij een adnextumor) is het product van de scores voor menopauze-leeftijd, echo en CA125:

- Menopauze-leeftijd:
 - Postmenopauze: > 1 jaar amenorrhoe of leeftijd > 50 jaar na hysterectomie: M = 3
 - Pre- of perimenopauze: M = 1
- Parameters Echoscoring (U):
 - Laesie multicysteus
 - Solide gebieden
 - Bilateraal voorkomen
 - Ascites
 - Aanwijzingen voor intra-abdominale metastasen

Een of geen parameter aanwezig: U = 1
Twee of meer parameters aanwezig: U = 3
- CA125: het absolute getal.

De doorlooptijd voor diagnostiek is maximaal drie weken.

De patiënte wordt verwezen middels een verwijsbrief, voorzien van bloeduitslagen, PA-uitslag (voorkeur histologisch bewezen bij verdenking op advanced ovariumcarcinoom), uitslag beeldvorming (echo en/of CT-scan, CT-thorax/abdomen) en indien van toepassing het OK-verslag. De patiënte wordt vervolgens opgeroepen voor een poliklinische



afpraak in de desbetreffende satellietlocatie of in het Erasmus MC. Ook vrouwen met een, naar inschatting, inoperabel advanced ovariumcarcinoom worden in principe voor het starten met de chemotherapie verwezen naar een satellietlocatie of het Erasmus MC. De responsbeoordeling vindt een week na de derde kuur met een CT-thorax/abdomen in de verwezen satellietlocatie of het Erasmus MC plaats. De hoofdbehandelaar is diegene die het grootste deel van de totale begeleiding van de patiënt verzorgt, conform eis van de IGZ. Er kan altijd door de verwijzend gynaecoloog met de gedetacheerde gynaecoloog oncoloog worden overlegd. En bij diens afwezigheid met diens plaatsvervanger.

Zie stroomschema 1 in bijlage 1.

2.2. MULTIDISCIPLINAIR OVERLEG

Voorafgaand aan de start van de [operatieve] behandeling worden de patiënten met een ovariumcarcinoom prospectief besproken in het multidisciplinair overleg [MDO of tumorspecifieke werkgroep] van het 'eigen ziekenhuis'. Hierin wordt besloten over het gewenste behandelbeleid en de locatie waar de patiënte geopereerd zal worden [dat is: in een satellietlocatie of indien nodig in het Erasmus MC].

Na het poliklinische bezoek in een satellietlocatie of het Erasmus MC, wordt elke vrouw vervolgens preoperatief besproken in het MDO aldaar. Dit betekent: alle nieuwe patiënten met ovariumcarcinomen en responsbeoordelingen. Ook de vrouwen die niet geopereerd worden [maar wel chemotherapie ondergaan of waarbij sprake is van een verdenking recidief] worden in het MDO besproken. Postoperatief worden alle patiënten opnieuw besproken in het MDO.

Een belangrijke voorwaarde uit de nota 'Organisatie van de gynaecologische zorg, deel II' van de NVOG, is de aanwezigheid van een multidisciplinaire tumorwerkgroep. In deze werkgroep zit in ieder geval een gynaecoloog met oncologisch aandachtsgebied [GOA] uit de satellietlocatie, de gynaecoloog oncoloog uit het academische centrum en de eventueel betrokken gynaecoloog [met oncologisch aandachtsgebied] uit het verwijzend ziekenhuis. Voor de overige leden wordt verwezen naar bovenstaande nota. Uitzondering op de nota is de aanwezigheid van de radiotherapeut in het MDO, deze is niet noodzakelijk bij de behandeling van ovariumcarcinoom. Indien nodig wordt de radiotherapeut geconsulteerd.

De perifere satellietlocaties geven, in nauwe samenspraak met de gynaecoloog oncoloog, de tumorwerkgroepen verder vorm. De frequentie en planning is daarbij afhankelijk van het aantal patiënten en van de hoeveelheid uren die de gynaecoloog oncoloog gedetacheerd is aan het betreffende ziekenhuis. Daarbij kan ervoor gekozen worden om het MDO breder te trekken naar bijvoorbeeld alle gynaecologische maligniteiten, waarbij er ook ruimte is om [complexe] patiënten met [pre]maligne gynaecologische tumoren te bespreken. Dit heeft echter wel consequenties voor de samenstelling van het aanwezige team [zoals aanwezigheid radiotherapeut].

2.3. OPERATIEVE ZORG

Conform het behandelbeleid zoals vastgesteld door het MDO, vindt de operatieve behandeling plaats in een satellietlocatie of in het Erasmus MC. De patiënt wordt hiervoor klinisch opgenomen. Streven is om de behandeling binnen vier weken na het eerste polikliniekbezoek bij een gynaecoloog te laten starten. Dit vereist snelle verwijzing en een efficiënt vervolgproces in een perifere satellietlocatie/ het Erasmus MC.

De operatie [stagering of debulking] wordt, volgens voorschrift, uitgevoerd door een team bestaande uit een gynaecoloog oncoloog en een GOA. Indien nodig is ook de chirurg [deels] aanwezig. Na de operatie blijft de patiënt klinisch opgenomen totdat zij met ontslag kan. Schematisch ziet dit er als volgt uit:

Zie stroomschema 2 in bijlage 1.

2.4. POSTOPERATIEVE ZORG

Elke vrouw wordt postoperatief besproken in het MDO. Voor de uitslag komt de patiënt terug op de polikliniek op de locatie waar zij geopereerd is. Indien de patiënt door een ander ziekenhuis verwezen is voor de operatieve behandeling, wordt de verwijzend gynaecoloog geïnformeerd over de uitkomst van de operatie. De postoperatieve chemotherapie vindt bij voorkeur in het verwijzend ziekenhuis plaats.

Aan het einde van de totale behandeling wordt elke vrouw nog eenmaal ter evaluatie met CT-scan gezien op de locatie waar zij is geopereerd. Voor de verdere follow-up zal zij naar het verwijzend ziekenhuis worden terugverwezen, tenzij dit anders is vanwege deelname aan een studie. Schematisch ziet dit er als volgt uit:

Zie stroomschema 3 in bijlage 1.





2.5. TOEKOMST: CENTRALE TRIAGE

Voorheen werd een vrouw met een gynaecologische maligniteit verwezen volgens het 'verwijzingsprotocol gynaecologische tumoren' van het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) [zie bijlage 4]. Voor het cervix-, vulva-, vagina-, endometrium- en recidief carcinoom blijft dit hetzelfde. Het toekomstig streven is om een centraal aanmeldingspunt te realiseren waar triage zal plaatsvinden van alle vrouwen met een gynaecologische tumor uit de gehele regio zuidwest Nederland. Dit zal pas geëffectueerd worden als de zorg van de Daniel Den Hoed Kliniek naar de nieuwbouwlocatie verplaatst is en als duidelijk is welke ziekenhuizen in de regio zuidwest Nederland als perifere satellietlocatie fungeren. Vooralsnog zal sprake zijn van een overgangssituatie zoals vastgelegd in dit document.

3. Organisatie van de ovariumcarcinoomchirurgie in zuidwest Nederland

Tot 2012 werd het overgrote deel van de patiënten met een ovariumcarcinoom geopereerd in de perifere ziekenhuizen. Altijd opereerde een gynaecoloog oncoloog uit het Erasmus MC tegen vergoeding mee. In 2010 heeft Prof. C.W. Burger een proces in de regio in gang gezet om de zorg aan patiënten met ovariumcarcinoom te verbeteren en daarmee te voldoen aan de kwantitatieve en kwalitatieve eisen die gesteld worden aan deze zorg. Dit is een logisch gevolg op de volgende NVOG nota's "Organisatie van de gynaecologische zorg, Deel II en Deel I", "Nota Oncologie [september 2001]" en de "Nota Gynaecoloog met oncologie als aandachtgebied [GOA, november 2007] [zie bijlagen]. En ook op de landelijke rapporten "Kwaliteit van kankerzorg in Nederland [juli 2010 KWF]" en "Zorgketen voor kankerpatiënten moet beter [maart 2009 Inspectie voor de Gezondheidszorg]". Vanuit de IGZ wordt ook aangedrongen op het creëren van helderheid en het maken van afspraken tot concentratie van zorg als het gaat om laag volume - hoog complexe zorg. Een en ander is onder andere vastgelegd in het rapport "Zorgketen voor kankerpatiënten moet verbeteren". In dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op de uitkomsten van dit proces en worden de organisatorische afspraken omschreven.

3.1. FASEGEWIJZE REALISATIE

Conform de nota's kiest het Erasmus MC ervoor om de perioperatieve zorg aan patiënten met ovariumcarcinoom fasegewijs in de regio te concentreren in het academische centrum (het Erasmus MC) én een aantal perifere satellietlocaties. Daarbij wordt gestreefd naar verregaande concentratie in het academische centrum met uiteindelijk twee satellietcentra in 2018. In de nota van de NVOG wordt een volledige concentratie nagestreefd. Maar er zijn nog teveel onzekerheden [ziektekostenverzekeraars, NFU, taakstelling UMC's, RvB] om te bepalen in hoeverre er na 2020 een volledige concentratie naar het Erasmus MC plaats kan en zal vinden. Onderstaand worden de fases omschreven. Daarbij wordt opgemerkt dat het essentieel is dat het Erasmus MC het  pdingde volume [jaarlijks minimaal 50  bulking laparotomieën en minimaal 120 nieuwe patiënten met ovariumcarcinoom per jaar] blijft houden.



Hiermee wordt kwaliteit van zorg, het onderhouden van vaardigheden en het kunnen voldoen aan opleidingseisen voor aios en fellows gewaarborgd.

Fase 1: Erasmus MC en 4 satellietcentra, gedoogsituatie, pilot periode, 2012 – 2014

Noordoever Rotterdam-Rijnmond:

Het Sint Franciscus Gasthuis fungeert per 1 november 2012 als het satellietcentrum op de noordoever waar patiënten met ovariumcarcinoom terecht kunnen voor de perioperatieve zorg. Vanaf deze datum wordt niet langer chirurgische ondersteuning geleverd vanuit het Erasmus MC aan het Vlietland Ziekenhuis en IJsselland Ziekenhuis. Patiënten uit deze ziekenhuizen worden voor hun operatieve behandeling verwezen naar het Sint Franciscus Gasthuis. □

Zuidoever Rotterdam-Rijnmond:

Het Maasstad Ziekenhuis en het Albert Schweitzer Ziekenhuis fungeren per 1 januari 2013 als satellietcentra op de zuidoever waar patiënten met ovariumcarcinoom terecht kunnen voor de perioperatieve zorg. Vanaf deze datum zal niet langer chirurgische ondersteuning geleverd worden aan het van Weel-Bethesda Ziekenhuis [Dirksland], het Ruwaard van Putten Ziekenhuis [Spijkenisse], Beatrixziekenhuis [Gorinchem] en Ikazia ziekenhuis. Patiënten uit het Ruwaard van Putten Ziekenhuis en het van Weel-Bethesda Ziekenhuis kunnen hiervoor verwezen worden naar het Maasstad Ziekenhuis. Patiënten uit het Beatrixziekenhuis [Gorinchem] en van de oostzijde van het verzorgingsgebied van het Ikazia Ziekenhuis [Hoekse Waard] kunnen voor de perioperatieve zorg verwezen worden aan het Albert Schweitzer Ziekenhuis. Overige patiënten uit het Ikazia Ziekenhuis zullen verwezen worden naar het Erasmus MC.

Zuidwest Nederland:

Het Lievensberg Ziekenhuis [Bergen op Zoom] fungeert per 1 januari 2013 als satellietcentrum waar patiënten met ovariumcarcinoom terecht kunnen voor de perioperatieve zorg. Patiënten uit het Franciscus Ziekenhuis Roosendaal kunnen hiernaar verwezen worden voor deze zorg. Patiënten uit het Admiraal de Ruyterziekenhuis zullen verwezen worden naar het Erasmus MC. Terneuzen heeft besloten om in 2013 de patiënten te verwijzen naar Gent. Zij willen wel graag op de hoogte blijven van de ontwikkelingen. Breda heeft eenzijdig besloten de samenwerking met het Erasmus MC voor de gynaecologische oncologie niet te continueren.

Fase 2: Erasmus MC en 3 perifere centra, 2015

Noordoever: Sint Franciscus Gasthuis

Zuidoever en zuidwest Nederland: 2 satellietlocaties, nog nader te bepalen in 2014, op basis van evaluatie kwaliteit en kwantiteit geleverde zorg.

Fase 3: Erasmus MC en 2 perifere centra, 2016-2017]

Verdergaande concentratie naar het Universitair centrum met twee satellietlocaties [n.n.b.].

3.2. VOORWAARDEN SATELLIETLOCATIES EN CENTRUM

Voor elke locatie in zuidwest Nederland waar patiënten met ovariumcarcinoom worden geopereerd, gelden de voorwaarden zoals geformuleerd in de nota's van de NVOG. Hieraan moeten het [academische of perifere] ziekenhuis, de gynaecologische afdeling en operateur[s] aan voldoen om de meest optimale en adequate zorg te kunnen verlenen. Onderstaand is een aantal belangrijke doelstellingen en voorwaarden, volgend uit de Nota van de NVOG, nader aangegeven:

Doelstellingen:

- Naar aanleiding van de bespreking in de tumorwerkgroep wordt besloten waar patiënten met een sterke verdenking op of bewezen ovariumcarcinoom geopereerd zullen worden: in een perifere satellietlocatie of in het Erasmus MC.
- Elke vrouw met een sterke verdenking op ovariumcarcinoom of bewezen ovariumcarcinoom wordt geopereerd door een gynaecoloog oncoloog, conform de richtlijn behandeling ovariumcarcinoom. I.e. een satellietlocatie of het Erasmus MC. □
- Start van de behandeling [operatie of chemotherapie] binnen 4 weken na 1e polikliniek bezoek bij een gynaecoloog in één van de ziekenhuizen. Dit vereist een snelle verwijzing.
- Optimale planning chemotherapie.
- Eenduidig regionaal beleid ten aanzien van de behandeling van ovariumcarcinoom.
- De organisatie van de gynaecologisch oncologische zorg wordt binnen een regionaal netwerk geregeld.
- Er is een regionaal registratiesysteem.
- De patiënttevredenheid wordt geregistreerd.
- Indien mogelijk: participatie in studies door concentratie van zorg.



Samenwerking met andere specialisten:

De behandeling van ovariumcarcinoom vereist een multidisciplinair team in het satellietcentrum met o.a. actieve participatie van gynaecoloog oncoloog, teamleden in verwijzend ziekenhuis [te weten: gynaecoloog en internist oncoloog], radioloog, patholoog, ondersteuning door oncologisch verpleegkundige, psychosociale ondersteuning en beschikbaarheid van een gastro-intestinaal chirurg [o.a. voor palliatief stoma], uroloog [voor eventueel PCN], radiotherapeut en een palliatief team.

Voorwaarden:

- Multidisciplinaire oncologie bespreking, samen met het academische centrum, waar patiënten prospectief besproken worden in aanwezigheid van een gynaecoloog oncoloog [dit is dus in het perifere centrum of het Erasmus MC] voorafgaande aan de start van de behandeling [eventueel via video-conferencing].
- Er zijn tenminste twee gynaecologen met aandachtsgebied gynaecologische oncologie [GOA] [of gynaecoloog oncologen], die zorgen voor continuïteit van zorg.
- De gynaecoloog oncoloog participeert bij elke stagering of debulking operatie [zowel in de satellietlocatie als in het Erasmus MC], conform afspraken.
- De hoofdbehandelaar is diegene die het grootste deel van de totale begeleiding van de patiënt verzorgt [conform eis IGZ]. Het hoofdbehandelaarschap wordt vastgelegd in het dossier en gecommuniceerd aan de patiënt.
- Er is tijdens grote chirurgische resecties een gastro-intestinaal chirurg aanwezig / beschikbaar voor evt. palliatief stoma/obstructieve ileus.
- Er worden minimaal 20 debulkingoperaties per jaar verricht.
- De gynaecoloog oncoloog, betrokken bij stagering / debulkingoperaties, moet minimaal 20 debulkingoperaties per jaar verrichten.
- Aanwezigheid van een Intensive Care met minimaal niveau 1c.
- Beschikbaarheid van vriescoupe op locatie.
- Er zijn minimaal twee internisten met aantekening oncologie.
- Beschikbaarheid van psychosociale zorg.
- Expertise in palliatieve behandeling.
- De kliniek vormt een integraal onderdeel van het regionaal samenwerkingsverband.

- Er is een regionaal digitaal registratiesysteem.
- Er is een digitale complicatie registratie.
- Er is een jaarverslag.

3.3. GOA

De GOA speelt een belangrijke rol in de perioperatieve zorg aan patiënten met ovariumcarcinoom. Hij/zij is aantoonbaar bekwaam om gynaecologisch oncologische zorg te verlenen. Het portfolio is hierin leidend. Differentiatiejaren tellen mee bij de vorming tot een GOA. Met de [nieuwe] GOA's binnen de regio maakt het academische centrum afspraken over de bij- en nascholing.

3.4. DETACHERING GYNAECOLOOG ONCOLOOG

De satellietlocaties in de regio kunnen alleen voldoen aan bovengenoemde voorwaarden, wanneer een gynaecoloog oncoloog vanuit het Erasmus MC gedetacheerd wordt aan het centrum. Een detacheringconstructie biedt belangrijke voordelen voor de continuïteit van zorg [zoals achterwacht van andere gynaecoloog oncoloog tijdens afwezigheid] en voor de kwaliteit van zorg [intercollegiaal overleg met directe collegae in het Erasmus MC]. Een directe aanstelling in het satellietcentrum is niet wenselijk aangezien dit een risico geeft op het kwijtraken van de licentie voor gynaecoloog oncoloog en de nadelen voor de continuïteit van zorg. Zodoende zal het Erasmus MC aan elke satellietlocatie een gynaecoloog oncoloog detacheren. Hiertoe wordt een separate detacheringovereenkomst opgesteld. De afgesproken inzet van de gynaecoloog oncoloog is daarbij geen statisch gegeven waarbij ruimte moet zijn voor bijstelling van de afspraken. Met de detachering van de gynaecoloog oncoloog vervalt de bestaande intervisie in de perifere centra. Hiervoor in de plaats zal er in principe een wekelijks MDO komen in aanwezigheid van de gynaecologische oncoloog, waar alle vrouwen met een ovariumcarcinoom minimaal eenmaal voorafgaand aan de operatie besproken worden. Aansluitend op deze bespreking kunnen de patiënten voor monodisciplinair overleg worden besproken. De verwijzend gynaecoloog kan altijd met de gedetacheerd gynaecoloog oncoloog overleggen. En bij diens afwezigheid met zijn/haar plaatsvervanger.



3.5. TAKEN GEDETACHEERD GYNAECOLOOG ONCOLOOG

De gynaecoloog oncoloog dient onderdeel te zijn van het multidisciplinaire team en dient te participeren bij elke stagering of debulking operatie. De taken van de gynaecoloog oncoloog in de satellietlocaties betreffen de perioperatieve zorg aan de gynaecologisch oncologische patiënt en in het bijzonder die voor de patiënten met ovariumcarcinoom:

- Participatie in de gynaecologische oncologische polikliniek.
- Participatie bij elke stagering of debulking operatie [minimaal 20 debulkingoperaties per jaar]
- Deelname aan het MDO in de satellietlocatie met hierbij een belangrijke taak in de besluitvorming over het behandelingstraject van de patiënte.
- Eindverantwoordelijk ¹ voor het registratiesysteem.
- Eindverantwoordelijk voor de complicatie registratie.
- Eindverantwoordelijk voor het jaarverslag, onderdeel gynaecologische oncologie.
- Eindverantwoordelijk voor het waarborgen van de afspraken rondom de kwaliteit van de perioperatieve zorg bij het ovariumcarcinoom.

4. Randvoorwaarden

Er is een aantal belangrijke zaken die randvoorwaardelijk zijn voor het blijvend realiseren van de ambitie in dit document en het uitvoeren van de inhoudelijke en organisatorische afspraken in dit document.

4.1. FINANCIËN

De inzet van een gynaecoloog oncoloog via een detacheringconstructie brengt kosten met zich mee. Het gaat hier om de daadwerkelijke kosten die gemaakt worden in het Erasmus MC voor de aanstelling van de functionaris in het satellietcentrum. Dit bedrag wordt bekostigd door de satellietlocatie. Opgemerkt wordt dat in de bekostiging van de perioperatieve zorg aan patiënten met ovariumcarcinoom sprake is van een hiaat inzake het gastoperateurschap. Het bestuur van de NVOG heeft dit ook geconcludeerd. In het DOT-product zijn

¹ Te lezen als: rol in het bewaken van...

de kosten van de meeopererend gynaecoloog oncoloog [en diens rol in het hele perioperatieve proces] niet meegenomen. De NVOG heeft dit enige tijd geleden aangekaart bij Zorgverzekeraars Nederland, wat nog niet heeft geleid tot een oplossing. Nu het mee-opereren in de nota tot norm verheven is, is deze problematiek als urgent aangemeld. Maar het probleem is nog niet opgelost. Ingezet zal moeten worden op een oplossing die bijdraagt aan de totale kosten. Dit kan elke satellietlocatie afzonderlijk bespreken met diens zorgverzekeraars. Daarnaast zal gezamenlijk ingezet worden op een oplossing, zoals het aanspreken van de zorgvernieuwingsgelden [LPC-budget] en ketenfinanciering. Voor de langere termijn zullen de ziekenhuizen in gezamenlijkheid inzetten op een structurele oplossing waarbij de daadwerkelijke perioperatieve kosten correct verwerkt zijn in het honorariumonderdeel van het DOT-product.

4.2. REGISTRATIE

Voor het waarborgen en verder optimaliseren van de kwaliteit van zorg aan patiënten met ovariumcarcinoom is het essentieel dat belangrijke gegevens geregistreerd en gemonitord worden. Voor elke kliniek waar patiënten met een ovariumcarcinoom (stagering of debulking operatie) operatief worden behandeld, geldt dat er een regionaal digitaal registratiesysteem wordt bijgehouden. Voor deze regio zal dit voorlopig nog ROGY zijn, totdat landelijk besloten wordt over te gaan op NKR of een ander systeem. Tevens worden de complicaties digitaal geregistreerd. De volgende prestatie-indicatoren zullen geregistreerd moeten worden, zodat sturing plaats kan vinden:

- Aanwezigheid van gynaecologisch oncoloog bij stadiëringsoperatie [%]
- Aanwezigheid van gynaecologisch oncoloog bij debulking [%]
- Compleetheid van stadiëringsoperatie bij laag stadium ovariumcarcinoom [%]
- Percentage geslaagde debulkingoperaties optimaal [= tumorrest < 1 cm] / compleet =macroscopisch geen rest]; streven naar 80%
- Er worden minimaal 20 stagering/ debulkingoperaties verricht per jaar.
- De gynaecologische oncoloog moet minimaal 20 operaties per jaar doen.
- Wordt de richtlijn gevolgd met betrekking tot de behandeling met chemotherapie (aantal kuren en type medicatie]



- Aantal maal dat patiënte besproken is in de TWG (minimaal eenmaal in TWG). Bij operaties minimaal tweemaal [pre-operatief en postoperatief]
- Aanwezigheid van een registratiesysteem
- Aanwezigheid van complicatie registratie
- Aanwezigheid van een jaarverslag
- Zichtbare aanwezigheid van psychosociale zorg , psychosociale problemen worden gesignaleerd (m.b.v. lastmeter of ander meetinstrument) en patiënten worden verwezen voor psychosociale begeleiding [aantal/%]
- Registratie: welke patiënten palliatieve zorg krijgen

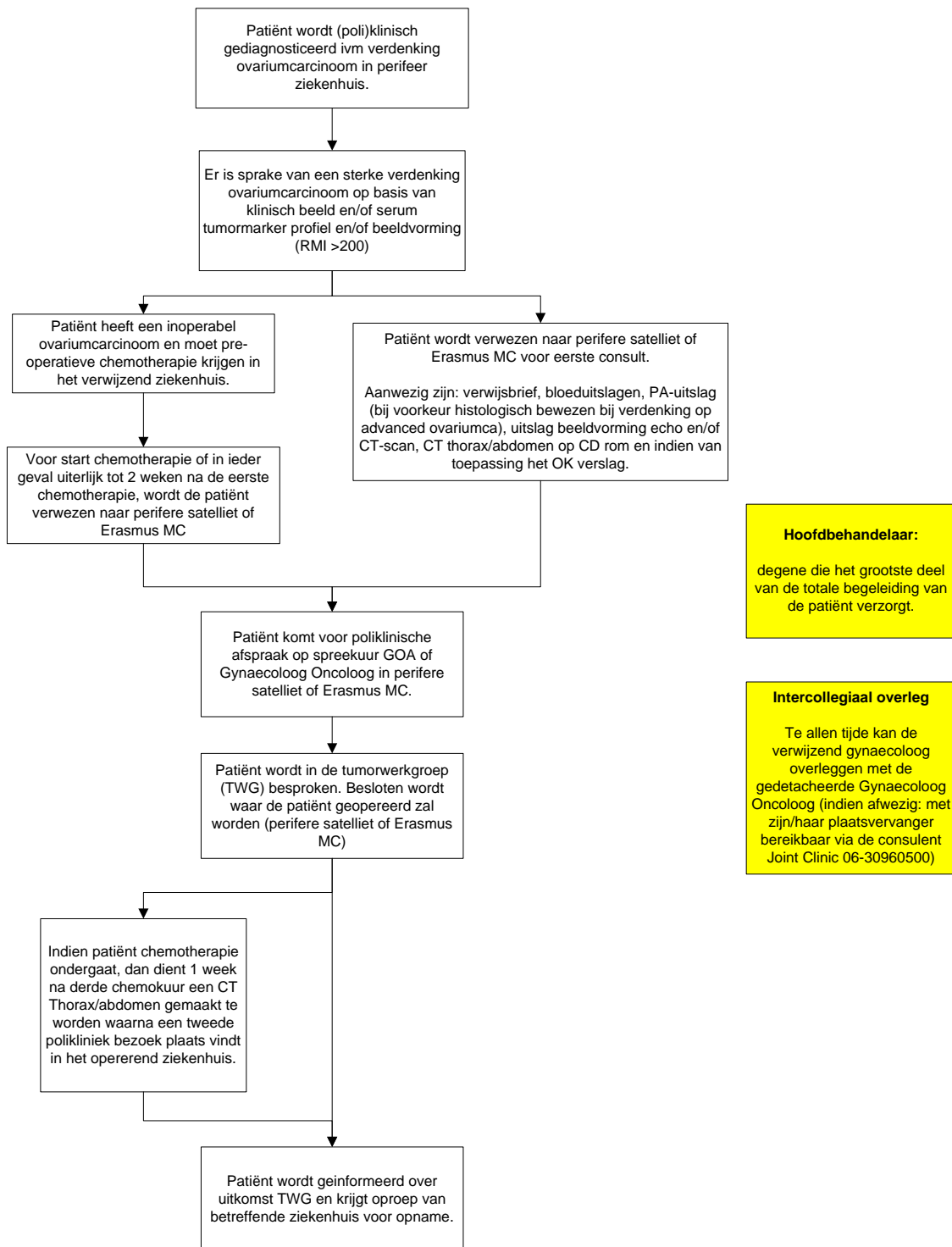
4.3. PROTOCOLLEN

Elk verwijzend ziekenhuis dient een protocol te hebben voor elk (pre) maligne gynaecologisch ziektebeeld. In de perifere centra wordt gewerkt volgens de afdelingsgebonden ziekenhuisprotocollen, conform de landelijke afspraken/nota's/richtlijnen. Dit is de verantwoordelijkheid van de GOA's en de gynaecoloog oncoloog. Zie ook www.oncoline.nl.

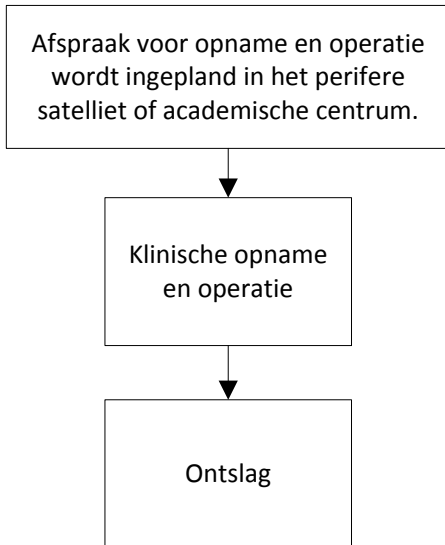


Bijlagen – 1 stroomschema's

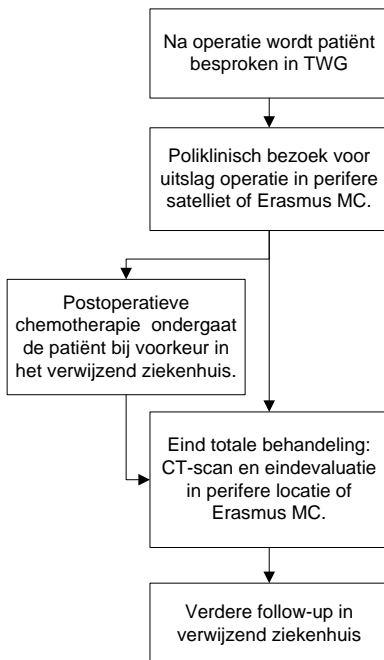
1. PRE-OPERATIEVE ZORG



2. OPERATIEVE ZORG



3. POSTOPERATIEVE ZORG



Bijlagen -2 Overzicht documenten

1. NVOG: Organisatie van de gynaecologische zorg, Deel II [september 2011] en Deel I [september 2008]
2. NVOG: Nota Oncologie [september 2001]
3. NVOG: Nota Gynaecoloog met oncologie als aandachtgebied [GOA, november 2007]
4. Verwijzingsprotocol gynaecologische tumoren IKR

Referenties

1. KWF: Kwaliteit van kankerzorg in Nederland [juli 2010]
2. IGZ: Zorgketen voor kankerpatiënten moet beter [maart 2009]



3. NVOG: Organisatie van de gynaecologische zorg, Deel II (september 2011).

