

# SONCOS

Stichting Oncologische Samenwerking



## MULTIDISCIPLINAIRE NORMERING ONCOLOGISCHE ZORG IN NEDERLAND

SONCOS NORMERINGRAPPORT 3  
2015



## 1. Introductie

Dit is de derde versie van het SONCOS normeringdocument. In december 2012 is de eerste openbaar gemaakt. Daarin was al aangegeven dat er ieder jaar een aangepaste versie zou verschijnen. Aan het document van 2012 hadden ook de Nederlandse Vereniging voor MDL-artsen (NVMDL), de Nederlandse Vereniging voor Oncologische Gynaecologie (NVOG) en de Nederlandse Artsen voor Longziekten en Tuberculosebestrijding (NVALT) meegewerkt. Februari 2014 werd de tweede versie gepubliceerd, met daarbij ook de inbreng en instemming van de Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU), de Nederlandse Vereniging voor Endocrinologie, de Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie en de Nederlandse Vereniging voor Nucleaire Geneeskunde. Met de Nederlandse Vereniging voor Pathologie en de Nederlandse Vereniging voor Radiologie is overleg geweest over de mogelijkheid om een betere omschrijving te geven van 'state of the art' en van het begrip 'dedicated' patholoog en 'dedicated' radioloog. Beide verenigingen zijn intensief bezig om binnen hun beroepsgroep hier uitwerking aan te geven. Hierbij worden vorderingen gemaakt, maar op dit moment zijn deze nog onvoldoende om in het normeringrapport op te nemen. In 2014 was de normering van de Nederlandse Werkgroep Hoofd Hals Tumoren (NWHHT) als bijlage bijgevoegd. Dit onderdeel is aangepast en als integraal onderdeel van het normeringrapport ingepast. Nieuw is de bijdrage van de werkgroep neuro-oncologie over de normen die voor de behandeling van gliomen zijn opgesteld. In het huidige document geldt voor alle volumennormen dat een zorginstelling gemiddeld over een periode van drie jaar aan de genoemde norm moet voldoen. Als een ziekenhuis met goede redenen omkleed kan aantonen dat ze de volumennorm voor een tumorsoort in een jaar niet gehaald heeft, en dit in de voorafgaande jaren wel het geval was en het gemiddelde over drie jaar wel in orde was, geldt dat de volumennorm wel gehaald is. De telling voor dit gemiddelde start per 1 januari 2015.

Ook in 2014 is er door Zorgverzekeraars Nederland een uitvraag gedaan in de Nederlandse ziekenhuizen over de mate waarin zij aan de SONCOS normen voldoen. Daarbij kwamen op een aantal punten onduidelijkheden in het normeringrapport naar voren. Er is geprobeerd deze onduidelijkheden in huidige versie op te heffen. Zowel de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) als de zorgverzekeraars hebben aangegeven dat de ziekenhuizen minstens een jaar de tijd zouden krijgen om de normering te implementeren. Voor zover thans te overzien worden deze afspraken nageleefd.

Dit document is goedgekeurd door de NVCO (en geaccordeerd door de Nederlands Vereniging voor Heelkunde), de NVRO en de NVMO, en de andere hierboven aangegeven beroepsverenigingen. Het zal een dynamisch document blijven, dat in ieder geval eens per jaar zal worden bijgesteld, ook als er geen aanleiding is om wijzigingen door te voeren. Daarmee kunnen ook lacunes die er nu nog in staan, zoals nadere omschrijving van de rol van ondersteuners als radiologen en pathologen, worden ingevuld. Daarnaast blijft er ruimte om in de toekomst aanvullingen te geven voor nu nog niet beschreven tumorsoorten. Het rapport bevat een algemeen deel waarin de eisen die aan een oncologisch centrum gesteld kunnen worden, beschreven staan en daarnaast een tumorspecifiek deel. Het rapport "Kwaliteitsnormen van Radiotherapie" van de NVRO is integraal als bijlage toegevoegd.

## **2. Algemene voorwaarden voor oncologische zorg**

Een zorginstelling die oncologische zorg levert moet tenminste beschikken over/deelnemen aan:

### **Informatie en organisatie**

- Een informatievoorziening (bijv. via website) voor patiënten waarin de voorzieningen en behandel mogelijkheden van de betreffende zorginstelling voor de geboden oncologische zorg worden aangegeven.
- De zorginstelling geeft blijk van inzet voor het bevorderen van een gezonde levensstijl, onder andere door het actief ontmoedigen van roken.
- Er wordt deelgenomen aan door de oncologische beroepsgroepen geaccepteerde multidisciplinaire kwaliteitscontroles.
- Er wordt deelgenomen aan de door de oncologische beroepsgroepen geaccordeerde landelijke kwaliteitsregistraties.
- Een oncologiecommissie waarin alle medische, paramedische en verpleegkundige disciplines die betrokken zijn bij de oncologische zorg vertegenwoordigd zijn. De taken en verantwoordelijkheden van de oncologiecommissie zijn conform het document “Kwaliteitskader organisatie oncologische zorg” <sup>1</sup>).
- Een samenwerkingsovereenkomst met één of meerdere referentiecentra voor consultatie en/of verwijzing, waarbij vastgelegd is wat het “service level” is, bijvoorbeeld binnen hoeveel tijd een patiënt gezien kan worden.
- Een referentiecentrum moet tenminste voldoen aan de in dit document gestelde normen. Het is mogelijk dat een referentiecentrum niet voor alle tumortypen deze taak kan uitvoeren en het dus nodig kan 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.
- Een afdeling radiotherapie of een samenwerkingsovereenkomst met een afdeling radiotherapie.
- Eén 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. De laagstadium huidtumoren zijn hiervan uitgezonderd. Patiënten worden besproken voorafgaand aan de primaire behandeling en in geval van primair chirurgische behandeling ook postoperatief ten behoeve van het vervolgbeleid. Er zijn omstandigheden waarbij hiervan kan worden afgeweken, zoals bij de primair chirurgische behandeling van een voor melanoom verdachte huidafwijking of een acute ingreep in verband met een obstructie bij een tumor van de tractus digestivus. Van alle besproken patiënten wordt het afgesproken beleid vastgelegd in het patiëntendossier. Het verslag van de multidisciplinaire bespreking wordt aan de huisarts toegezonden.

- Behandelingen worden verricht conform geldende landelijke en/of regionale richtlijnen. Hiervan kan gemotiveerd worden afgeweken, hetgeen met vermelding van de motivatie wordt vastgelegd in het patiëntendossier.
- 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. Voor betreffende aandoeningen worden behandelprotocollen gevolgd die actueel (dwz. maximaal 3 jaar oud) zijn.
- Voor frequent behandelde aandoeningen (dwz. 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.
- Voor alle patiënten is een casemanager beschikbaar of een andere persoon die goed bereikbaar moet zijn voor patiënten en in staat is om deze in contact te brengen met de relevante zorgverlener.
- Steeds moet duidelijk zijn voor de patiënt en vastgelegd in het patiëntendossier, wie de hoofdbehandelaar is.
- Over follow-up na initiële behandeling zijn afspraken vastgelegd in de behandelprotocollen/zorgpaden.
- Er wordt deelgenomen aan complicatieregistratie door alle betrokken specialismen.
- Tenminste tweemaal per jaar wordt een complicatiebespreking gehouden, waaruit verbetertrajecten voor frequente en/of ernstige complicaties worden gestart.
- De oncologiecommissie van een ziekenhuis maakt een jaarverslag met daarin opgenomen ook een rapportage van alle tumorwerkgroepen.

### **Faciliteiten**

- Adequate (conform visitatie eisen IKNL) poliklinische faciliteiten, ingericht voor het verlenen van multidisciplinaire oncologische zorg. Tevens kunnen er hulpverleners in opleiding onder supervisie werkzaam zijn.
- Een adequaat (conform visitatie eisen IKNL) ingerichte dagbehandeling, bemand door gediplomeerd personeel, voor behandeling van de betreffende aandoening, inclusief complicaties (bv. dagbehandeling medische oncologie ingericht voor toediening van cytostatica). Minimaal de helft van het verpleegkundig personeel moet oncologieverpleegkundige zijn (d.w.z. door College Zorg Opleidingen (CZO) goedgekeurd diploma of, indien voor 2006 gediplomeerd, een diploma dat antegraad of retrograad in de Landelijke Regeling Verpleegkundige Vervolgopleidingen (LRVV) is goedgekeurd) of de opleiding hiertoe volgen. In geval van een dagbehandeling waar ook niet-oncologische behandelingen plaatsvinden, geldt dat minimaal de helft van het verpleegkundig personeel dat zorg verleent aan de oncologiepatiënten oncologieverpleegkundige is of de opleiding hiertoe volgt. Er kunnen hulpverleners in opleiding onder supervisie werkzaam zijn. Voor chirurgische afdelingen geldt deze norm vooralsnog niet, hiervoor worden normen ten aanzien van de deskundigheid van het personeel nog geformuleerd. Zorginstellingen

hebben tot 1 januari 2018 de tijd om aan de norm ten aanzien van het verpleegkundig personeel te voldoen.

- Een adequaat (conform visitatie eisen IKNL) ingerichte klinische afdeling, bemand door gediplomeerd personeel, voor behandeling van de betreffende aandoening, inclusief complicaties. Minimaal de helft van het verpleegkundig personeel moet oncologieverpleegkundige zijn of de opleiding hiertoe volgen. In geval van klinische afdelingen waar ook niet-oncologische patiënten verzorgd worden, geldt dat minimaal de helft van het verpleegkundig personeel dat zorg verleent aan de oncologiepatiënten oncologieverpleegkundige is of de opleiding hiertoe volgt. Er kunnen hulpverleners in opleiding onder supervisie werkzaam zijn. Voor chirurgische afdelingen geldt deze norm vooralsnog niet, hiervoor worden normen ten aanzien van de deskundigheid van het personeel nog geformuleerd. Voor een gespecialiseerde neuro-oncologische afdeling kunnen ook andere criteria gelden, die nog nader gedefinieerd moeten worden. Zorginstellingen hebben tot 1 januari 2018 om aan deze norm ten aanzien van het verpleegkundig personeel te voldoen.
- Spoedeisende hulp waar 24 uur per etmaal, 7 dagen per week, expertise in oncologische zorg beschikbaar is voor alle oncologische patiënten en behandelingen waaraan de instelling zorg verleent, onder andere middels actuele behandelprotocollen. Er kunnen hulpverleners in opleiding onder supervisie werkzaam zijn. Zorginstellingen die de spoedeisende zorg voor de door hen behandelde patiënten niet zelf 7 x 24 uur kunnen leveren, dienen vastgelegde afspraken te hebben met een zorginstelling die deze afdeling wel heeft en de bovengenoemde zorg voor hun patiënten kan leveren.
- Een adequaat ingericht operatiekamercomplex met aantoonbare expertise in en voorzieningen voor alle operatietypen die bij oncologische patiënten in de betreffende zorginstelling worden verricht.
- Tenminste twee internisten met registratie in het aandachtsgebied oncologie. Aangezien een aantal zorginstellingen niet op korte termijn aan deze eis kunnen voldoen is in overleg tussen de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) en de Nederlandse Vereniging voor Medische Oncologie (NVMO) uitstel verleend om betreffende internisten de gelegenheid te geven de opleiding te voltooien voor de registratie in het aandachtsgebied oncologie. Per 1 januari 2018 dienen alle zorginstellingen te beschikken over tenminste twee internisten met registratie in het aandachtsgebied oncologie. In de tussenliggende tijd dient de zorginstelling ervoor zorg voor te dragen dat er tijdens werkdagen, ook tijdens vakanties, altijd een internist-oncoloog geconsulteerd kan worden.
- Tenminste twee chirurgen met certificering in oncologische of gastro-intestinale chirurgie.
- De internist-oncologen (of internisten in opleiding tot internist-oncoloog conform bovengenoemde regeling) en chirurgen met bovengenoemde certificering dienen zorg te dragen voor de continuïteit van zorg van hun patiënten, onder andere door een zo consequent als mogelijke aanwezigheid in de zorginstelling op werkdagen. Indien aanwezigheid niet mogelijk is, dient er wel de mogelijkheid te zijn tot consultatie van de internist-oncoloog en chirurg met certificering.
- Van andere specialismen en aandachtsvelden tenminste twee specialisten met aantoonbaar specifieke expertise in de aandoening waarvoor zorg wordt verleend.
- Afdeling radiologie met toegang tot moderne apparatuur, met radiologen met aantoonbaar specifieke expertise in de behandelde aandoeningen. Met de Nederlandse Vereniging voor Radiologie is overleg gevoerd over de criteria die hiervoor zouden moeten gelden. Op dit moment zijn deze nog onvoldoende geformuleerd, maar in de komende

versie van het SONCOS normeringrapport zullen deze wel worden opgenomen. Dit zelfde is van toepassing voor de afdeling Nucleaire Geneeskunde. De Vereniging voor Nucleaire Geneeskunde heeft in 2014 een kwaliteitsdocument opgesteld. Dit is te raadplegen via [www.soncos.org](http://www.soncos.org).

- Een “state of the art” afdeling Pathologie. Met de Nederlandse Vereniging voor Pathologie is overleg gevoerd over de criteria die hiervoor zouden moeten gelden. Op dit moment zijn deze nog onvoldoende geformuleerd, maar in de volgende versie van het SONCOS normeringrapport, zullen deze wel worden opgenomen.
- Een zorginstelling dient eveneens te beschikken over een adequaat ingericht laboratorium voor Klinische Chemie, Microbiologie en Klinische Farmacie. Criteria hiervoor zijn in deze versie van het SONCOS normeringrapport nog niet opgenomen.
- 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” (NVRO, 28 november 2014). Dit document is bijgevoegd als bijlage 1.
- 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 diëtiëk, waarbij het “service level” is vastgelegd. Hierin wordt in ieder geval weergegeven op welke momenten de voedingsstatus van patiënten wordt geïnventariseerd en op welke wijze doorverwijzing naar de afdeling diëtiëk geregeld is.
- Pijnteam met een aan oncologie toegewijde anesthesioloog met registratie in pijngeneeskunde, waarbij het “service level” is vastgelegd.
- Faciliteiten en expertise in palliatieve zorg:
  - 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, 2010<sup>2</sup>) en gebruik maakt van een instrument (bv. Lastmeter) om de behoefte aan palliatieve zorg te inventariseren.
  - Het multidisciplinaire team bestaat tenminste uit twee medisch specialisten en een verpleegkundige met specifieke expertise in de palliatieve zorg, bij voorkeur een 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 vaste mogelijkheid tot consultatie van internist-oncoloog, anesthesioloog, neuroloog, longarts, MDL-arts, radiotherapeut, apotheker, psycholoog, geestelijk verzorger en maatschappelijk werkende, allen met deskundigheid in palliatieve zorg, voor zover dezen niet al deel uitmaken van het multidisciplinair team.

- Het multidisciplinair team komt tenminste wekelijks bijeen.
- Er dient gestructureerd en tijdig transmuraal overleg en overdracht te zijn ten behoeve van optimale palliatieve zorg in de thuissituatie. Het multidisciplinair team dient tevens beschikbaar te zijn voor overleg over patiënten die ontslagen zijn en thuis palliatieve zorg ontvangen onder leiding van de huisarts.

### **Therapie en onderzoek**

- Oncologische systeemtherapieën (cytostatica, endocriene therapie, immunotherapie, biologicals) worden gegeven door of in overleg met een internist-oncoloog. Oncologische systeemtherapieën voor longmaligniteiten worden gegeven door of in overleg met een longarts of internist-oncoloog. Indien gewerkt wordt met een behandelprotocol, kunnen andere specialisten endocriene systeemtherapie binnen een dergelijk protocol geven, mits een internist-oncoloog (of in voorkomende gevallen een longarts) het protocol heeft beoordeeld en goedgekeurd. In uitzonderingsgevallen kunnen andere specialisten ook de verdere oncologische systeemtherapieën geven indien gewerkt wordt met een door een internist-oncoloog goedgekeurd behandelprotocol en de betreffende specialist kan aantonen bekwaam te zijn (d.w.z. adequate opleiding en relevante ervaring t.a.v. de te geven therapie) in de toepassing van de betreffende therapie inclusief complicaties.
- De indicatie tot een bestralingsbehandeling, inclusief brachytherapie wordt gesteld en uitgevoerd door een radiotherapeut-oncoloog volgens de kwaliteitseisen die door het betreffende NVRO Landelijk Platform zijn vastgelegd.
- 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. Deze SLA moet in ieder geval definiëren wat de doorlooptijden zijn, wie voor wat verantwoordelijk is en hoe de medische zorg in het geval van complicaties geregeld is.
- 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 is toegang tot een afdeling Nucleaire Geneeskunde, waar systeemtherapieën met radionucliden gegeven kunnen worden.
- Er wordt deelgenomen aan patiëntgebonden wetenschappelijk onderzoek. Er wordt meegedaan aan minimaal 3 klinische studies waarbij per jaar totaal minimaal 15 patiënten worden geïnccludeerd.
- Er bestaat de mogelijkheid om in een zorginstelling nieuwe geregistreerde therapieën toe te passen waarmee nog geen ervaring is en waaraan wel eisen worden gesteld. Vóór start van een dergelijke therapie dient het betrokken team van zorgverleners kennis en ervaring op te doen, bijvoorbeeld door volgen van informatiebijeenkomsten en cursussen. De infrastructuur van de zorginstelling dient geschikt te zijn (gemaakt) voor toepassen van de nieuwe therapie, inclusief opvang van complicaties. Na twee jaar wordt geëvalueerd en

moet worden aangetoond dat aan de normen zoals in dit document genoemd voor de betreffende aandoening en therapie binnen nog eens twee jaar kan worden voldaan, om de nieuwe therapie in de zorginstelling te mogen blijven geven. Hiervoor moet een kwaliteitsregistratie worden bijgehouden.

- Indien de wens bij een patiënt bestaat om palliatieve therapie of supportive care in een andere (bv. 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 (bv. palliatieve chemotherapie voor gemetastaseerd oesophaguscarcinoom in een zorginstelling waar geen oesophaguschirurgie plaatsvindt).

### **3. Voorwaarden voor oncologische zorg van specifieke tumortypen**

#### **Mammacarcinoom**

Voor de behandeling van mammacarcinoom moet een zorginstelling beschikken over/voldoen aan de volgende voorwaarden:

- Er is een mammateam, bestaande uit tenminste één mamma-care verpleegkundige, twee chirurgen, één plastisch chirurg, twee radiologen, één patholoog, één radiotherapeut, één internist-oncoloog en één nucleair geneeskundige, allen met aantoonbaar specifieke expertise in mammapathologie (conform NABON-nota, april 2008 <sup>3</sup>).
- Er is een herkenbare mammapoli.
- Mamma-MRI is beschikbaar, waarbij is vastgelegd binnen hoeveel tijd de MRI kan worden verricht en verslagen door een ter zake deskundige radioloog.
- Stereotactische biopsieën zijn beschikbaar, waarbij is vastgelegd binnen hoeveel tijd de biopsie kan worden verricht en verslagen door een ter zake deskundige radioloog.
- Er is toegang tot een afdeling nucleaire geneeskunde die de schildwachtklier procedure kan uitvoeren, beschikking heeft over PET/CT en therapie met botzoekende radiofarmaca kan geven, waarbij het “service level” is vastgelegd.
- Er is de mogelijkheid voor een pre-operatief consult van een plastisch chirurg en radiotherapeut.
- Bij het wekelijkse multidisciplinaire overleg zijn in ieder geval de volgende specialisten vertegenwoordigd: chirurg, internist-oncoloog, radioloog, radiotherapeut, patholoog, casemanager, mammacare verpleegkundige en eventueel andere verpleegkundigen. Er dient de mogelijkheid te zijn tot wekelijkse consultatie van een vertegenwoordiger van het referentiecentrum en plastisch chirurg bij dit overleg.
- Er is een operatiekamer met adequate faciliteiten waaronder een gamma probe.
- Er is een zorgpad voor neo-adjuvante chemotherapie.
- Er zijn schriftelijke afspraken over genetisch onderzoek, inclusief sneldiagnostiek, waarbij in ieder geval de doorlooptijden zijn vastgelegd.
- In het geval van (neo-) adjuvante behandelingen zijn er afspraken vastgelegd met betrekking tot tijdige verwijzing voor fertiliteitspreservatie.
- Er wordt oncoplastische chirurgie verricht, d.w.z. huidsparende ablaties met directe reconstructie of oncoplastische sparende operaties.
- Er wordt deelgenomen aan de Dutch Breast Cancer Audit/NABON Breast Cancer Audit.
- Per jaar, per locatie, gemiddeld over een periode van 3 jaar, worden tenminste 50 operaties voor mammacarcinoom verricht.



## **Colorectale carcinomen**

Voor de behandeling van colorectale carcinoom moet een zorginstelling beschikken over/voldoen aan de volgende voorwaarden:

- Er is een adequaat (conform eisen van de NVMDL) ingerichte endoscopie afdeling met beschikking over een “uitslaapkamer” voor bewaking na een diagnostische of therapeutische procedure.
- Er zijn tenminste twee geregistreerde MDL-artsen (in uitzonderingsgevallen kan op dit moment nog volstaan worden met één MDL-arts en één internist met een geldig certificaat voor het verrichten van endoscopieën), twee chirurgen, twee radiologen, één patholoog, één radiotherapeut, één internist-oncoloog, allen met aantoonbaar specifieke expertise in colorectale pathologie.
- 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 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.
- Er is toegang tot een afdeling nucleaire geneeskunde die over een PET/CT-scan faciliteit beschikt.
- Neo-adjuvante (chemo)radiotherapie is beschikbaar en hiervoor bestaat een zorgpad.
- Er is een stomapolikliniek met stomaverpleegkundige.
- 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.
- Er bestaan afspraken over het op indicatie toedienen van intra-operatieve radiotherapie; de indicatie hiervoor wordt vooraf, multidisciplinair gesteld.
- Lokaal uitgebreide of recidief rectumcarcinomen worden behandeld in centra met aantoonbare expertise in de behandeling hiervan (d.w.z. ervaring met excenteraties, multimodaliteitsbehandelingen en eventueel intra-operatieve radiotherapie).
- Er wordt deelgenomen aan de Dutch Surgical Colorectal Audit (DSCA).
- Per jaar, per locatie, gemiddeld over een periode van 3 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 3 jaar.

## **Lever- en proximale galwegtumoren**

Om lever- en galwegchirurgie te kunnen verrichten moet een zorginstelling voldoen aan alle voorwaarden die gesteld worden aan de behandeling van colorectale carcinomen en daarnaast ook beschikken over/voldoen aan de volgende voorwaarden:

- Er is een leverchirurgieteam bestaande uit tenminste twee chirurgen met aantoonbaar specifieke expertise in leverchirurgie, tenminste twee geregistreerde MDL-artsen met ervaring in interventiescopieën (ERCP met stentplaatsing), tenminste één MDL-arts met

specifieke expertise op het gebied van hepatologie, twee interventieradiologen, één patholoog, één radiotherapeut, één internist-oncoloog en één nucleair geneeskundige, allen met aantoonbaar specifieke expertise in lever- en galwegtumoren.

- Er is peroperatieve mogelijkheid om echografie van de lever te verrichten.
- Er kunnen in de zorginstelling interventie-ERCP's worden verricht.
- Er is toegang tot niet-chirurgische focale therapie voor de lever, zoals bijvoorbeeld radiofrequente ablatie (RFA), high intensity focused ultrasound (HIFU) en/of stereotactic body radiation therapy (SBRT).
- Medicamenteuze behandeling kan, met toestemming van de zorginstelling waar de operatie plaatsvindt, in de verwijzende zorginstelling plaatsvinden. Beeldvorming ter evaluatie wordt in het multidisciplinair overleg van de zorginstelling waar de operatie plaatsvindt besproken, waarbij vervolgleid wordt bepaald. Hiervoor dient tussen de betreffende zorginstellingen een service level agreement te zijn afgesloten.
- Bij het wekelijkse multidisciplinaire overleg dienen in ieder geval de volgende specialisten vertegenwoordigd te zijn: chirurg, MDL-arts, internist-oncoloog, radioloog, nucleair geneeskundige, 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.
- Er is beschikking over een intensive care afdeling met personeel dat bekwaam is in de verzorging van patiënten na grote gastro-intestinale en oncologische ingrepen.
- Per jaar, per locatie, gemiddeld over een periode van 3 jaar, worden tenminste 20 lever-/galwegresecties verricht.
- Specifieke en weinig voorkomende aandoeningen (zoals proximale galwegtumoren) worden binnen enkele centra in Nederland geconcentreerd en naar deze centra verwezen.
- Er wordt deelgenomen aan de Dutch Hepato Biliary Audit (DHBA).

### **Pancreas- distale galgangcarcinoom**

Om pancreascarcinoom te kunnen behandelen moet een zorginstelling voldoen aan alle voorwaarden die gesteld worden aan de behandeling van colorectale carcinomen en daarnaast ook beschikken over/voldoen aan de volgende voorwaarden:

- Er is een adequaat (conform eisen van de NVMDL) ingerichte endoscopie afdeling met mogelijkheid tot het verrichten van interventie-ERCP's en beschikking over een "uitslaapkamer" voor bewaking na een diagnostische of therapeutische ingreep.
- Orale endo-echografie, zowel diagnostisch als therapeutisch, is beschikbaar.
- Er zijn tenminste twee geregistreerde MDL-artsen met ervaring in interventiescopieën (ERCP, dilataties, stentplaatsing, orale endo-echografie).
- Pancreascarcinoom chirurgie wordt door tenminste twee gecertificeerde chirurgen uitgevoerd met aantoonbaar specifieke expertise in pancreascarcinoom chirurgie. Ook van de andere betrokken specialismen zoals anesthesiologie en interventieradiologie zijn er tenminste twee specialisten met aantoonbaar specifieke expertise in pancreaschirurgie.
- Er is toegang tot een afdeling nucleaire geneeskunde die over een PET/CT-scan faciliteit beschikt.
- Er is beschikking over een intensive care afdeling met personeel dat bekwaam is in de verzorging van patiënten na grote gastro-intestinale en oncologische ingrepen.
- 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.

- Per jaar, per locatie, gemiddeld over een periode van 3 jaar, worden tenminste 20 pancreaticoduodenectomieën verricht.
- Specifieke, weinig voorkomende verrichtingen (zoals hilustumoren) worden binnen enkele centra in Nederland geconcentreerd en patiënten worden daar naartoe verwezen.

### **Behandeling van peritoneale metastasering**

Om Hypertherme IntraPERitoneale Chemotherapie (HIPEC) behandeling te kunnen verrichten moet een zorginstelling voldoen aan alle voorwaarden die gesteld worden aan de behandeling van colorectale carcinomen en daarnaast ook beschikken over/voldoen aan de volgende voorwaarden:

- HIPEC behandeling wordt door tenminste twee chirurgen uitgevoerd met aantoonbaar specifieke expertise in HIPEC behandeling. Ook van de andere betrokken specialismen zoals anesthesiologie (en perfusionist) zijn er tenminste twee specialisten met aantoonbaar specifieke expertise in HIPEC behandeling.
- Er is beschikking over een intensive care afdeling met personeel dat bekwaam is in de verzorging van patiënten na HIPEC en andere grote gastro-intestinale en oncologische ingrepen.
- De instelling moet vertegenwoordigd zijn in de landelijke HIPEC werkgroep.
- Per jaar, per locatie, gemiddeld over een periode van 3 jaar, worden tenminste 20 HIPEC behandelingen verricht.
- Er wordt een kwaliteitsregistratie bijgehouden.
- Start van HIPEC behandeling in nieuwe centra gebeurt onder supervisie van een reeds bestaand centrum met aantoonbare deskundigheid in HIPEC behandeling zoals in dit document beschreven. Het nieuwe centrum dient te voldoen aan de eerder in dit document genoemde eisen ten aanzien van het starten van nieuwe therapieën.

### **Oesophagus-/maagcarcinoom**

Voor de behandeling van oesophagus- en maagcarcinoom moet een zorginstelling beschikken over/voldoen aan de volgende voorwaarden:

- Er is een adequaat (conform eisen van de NVMDL) ingerichte endoscopie afdeling met beschikking over een “uitslaapkamer” voor bewaking na een diagnostische of therapeutische ingreep.
- Orale endo-echografie is beschikbaar.
- Er zijn tenminste twee geregistreerde MDL-artsen met ervaring in interventiescopieën (dilataties, stentplaatsing, orale endo-echografie).
- Zowel oncologische oesophagus- als maagchirurgie wordt door tenminste twee gecertificeerde chirurgen uitgevoerd met aantoonbaar specifieke expertise in oesophagus/maagchirurgie. Ook van de andere betrokken specialismen zoals anesthesiologie en interventieradiologie zijn er tenminste twee specialisten met aantoonbaar specifieke expertise in oncologische oesophagus/maagchirurgie.

- Er is 24 uur per etmaal, 7 dagen per week beschikking over interventieradiologie, bekwaam in het uitvoeren van interventies bij patiënten met complicaties van grote gastro-intestinale en oncologische ingrepen.
- Er is toegang tot een afdeling nucleaire geneeskunde die over een PET/CT faciliteit beschikt.
- Neo-adjuvante chemotherapie en chemoradiotherapie zijn beschikbaar.
- Medicamenteuze behandeling kan, met toestemming van de zorginstelling waar de operatie plaatsvindt, in de verwijzende zorginstelling plaatsvinden. Beeldvorming ter evaluatie wordt in het multidisciplinair overleg van de zorginstelling waar de operatie plaatsvindt besproken, waarbij vervolgsbeleid wordt bepaald. Hiervoor dient tussen de betreffende zorginstellingen een service level agreement te zijn afgesloten.
- Maagchirurgie vindt bij voorkeur plaats in centra waar ook oesophaguschirurgie wordt verricht. Indien in een zorginstelling alleen maagresecties worden uitgevoerd, moet er een vast contact zijn met een centrum dat oesophaguschirurgie uitvoert voor overleg en mogelijke verwijzing van patiënten met een tumor waarvan niet pre-operatief kan worden vastgesteld of het een oesophagus- of maagcarcinoom betreft.
- Er is beschikking over een intensive care afdeling met personeel dat bekwaam is in de verzorging van patiënten na grote gastro-intestinale en oncologische ingrepen.
- Bij het wekelijkse multidisciplinaire overleg dienen in ieder geval de volgende specialisten vertegenwoordigd te zijn: chirurg, MDL-arts, internist-oncoloog, radioloog, radiotherapeut, patholoog, nucleair geneeskundige, casemanager en eventueel andere verpleegkundigen. Er dient de mogelijkheid te zijn tot wekelijkse consultatie van een vertegenwoordiger van het referentiecentrum bij dit overleg.
- Per jaar, per locatie, gemiddeld over een periode van 3 jaar, worden tenminste 20 oesophagusresecties voor oesophaguscarcinoom verricht.
- Per jaar, per locatie, gemiddeld over een periode van 3 jaar, worden tenminste 20 maagresecties voor maagcarcinoom verricht.
- Specifieke, weinig voorkomende verrichtingen (zoals coloninterposities) worden binnen enkele centra in Nederland geconcentreerd en patiënten worden daar naartoe verwezen.
- Er wordt deelgenomen aan de Dutch Upper GI Cancer Audit (DUCA).

### **Neuro-endocriene tumoren**

Er zijn in Nederland drie centra die voor de behandeling van neuroendocriene tumoren een Europees certificaat hebben (NKI, Erasmus MC, UMCG). Het heeft de voorkeur om met een van deze centra te overleggen bij patiënten met een gemetastaseerde neuroendocriene tumor en bij tumoren die mogelijk niet in eerste instantie resectabel zijn.

Vaak worden neuroendocriene tumoren bij toeval ontdekt, bijvoorbeeld in het geval van een carcinoïd na het verrichten van een appendectomie. Er bestaat geen overeenstemming over het nut van verwijzing naar en of overleg over deze patiënte met een gespecialiseerd centrum. Een patiënt met een resectabel carcinoïd van de long, kan behandeld worden in een centrum dat voldoet aan de criteria voor de behandeling van longkanker.

In 2015 zal er voortgaand overleg plaatsvinden om te komen tot een zinvolle normering voor deze groep tumoren. Tot die tijd blijft de tekst uit de tweede versie van het normeringsrapport gehandhaafd. Deze staat hieronder afgedrukt:

Voor de behandeling van neuroendocriene tumoren moet een zorginstelling beschikken over/voldoen aan de volgende voorwaarden:

- Er is een adequaat (conform eisen van de Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen) ingerichte endoscopie afdeling met beschikking over een “uitslaapkamer” voor bewaking na een diagnostische of therapeutische ingreep.
- Er zijn tenminste twee geregistreerde MDL-artsen met endo-echografische expertise, twee chirurgen met ervaring in pancreas- en darmchirurgie, twee radiologen, één nucleair geneeskundige, één patholoog, één radiotherapeut, één internist-oncoloog, één endocrinoloog, allen met aantoonbaar specifieke expertise in neuroendocriene tumorpathologie.
- 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.
- Chemotherapie en targeted therapy behandeling zijn beschikbaar.
- Bij het multidisciplinaire overleg dienen in ieder geval de volgende specialisten vertegenwoordigd te zijn: een chirurg, MDL-arts, internist-oncoloog, radioloog, radiotherapeut, nucleair geneeskundige, patholoog, casemanager en eventueel andere verpleegkundigen.
- Er is een nauwe relatie met de klinische genetica.
- Er worden minimaal 20 nieuwe patiënten per jaar behandeld, waarvan minimaal 10 met systemische therapie.

### **Schildkliercarcinoom**

Voor de behandeling van schildkliercarcinoom moet een zorginstelling beschikken over/voldoen aan de volgende voorwaarden:

- Patiënten worden zowel voor als na de behandeling c.q. operatie multidisciplinair besproken, dit overleg vindt minimaal een keer per twee weken plaats. Bij dit overleg dienen de volgende specialisten vertegenwoordigd te zijn: (endocrien) chirurg, internist-endocrinoloog, patholoog, nucleair geneeskundige, radioloog, allen met aantoonbare specifieke expertise op het gebied van de endocriene pathologie.
- Voor de behandeling van schildkliercarcinoom wordt thans uitgegaan van level 1 en 2 zorginstellingen.
- In een level 1 zorginstelling bestaat het schildkliercarcinoomteam uit tenminste twee chirurgen met aantoonbare expertise op het gebied van schildklierchirurgie, twee internist-endocrinologen met aantoonbaar specifieke expertise op het gebied van de behandeling van schildkliercarcinoom, twee nucleair geneeskundigen, een patholoog met aantoonbaar specifieke expertise in schildkliercarcinoom, een radioloog, een radiotherapeut, een internist-oncoloog. Een level 1 zorginstelling verricht per locatie minstens 20 operaties voor (bij)schildklierafwijkingen per jaar, gemiddeld over een periode van 3 jaar en “state of the art” halsklierdissecties of operaties wegens een locoregionaal recidief.
- Een level 2 zorginstelling voldoet aan bijna alle voorwaarden van een level 1 zorginstelling. Het behandelteam hoeft echter maar over 1 chirurg met aantoonbare expertise op het

gebied van schildklierchirurgie te beschikken. Een level 2 zorginstelling verricht per locatie minstens 20 operaties voor (bij)schildklierafwijkingen per jaar, gemiddeld over een periode van 3 jaar.

- Chirurgische behandeling bij verdenking op schildkliercarcinoom (cytologisch/klinisch) dient plaats te vinden in level 1 zorginstellingen. Chirurgische behandeling bij bewijs van of verdenking op kliermetastasen, dient plaats te vinden in een level 1 zorginstelling. De chirurgische behandeling van een medullair of anaplastisch schildkliercarcinoom en schildkliercarcinoom bij kinderen dient plaats te vinden in een level 1 zorginstelling met aantoonbaar specifieke expertise.
- In het geval van schildkliercarcinoom vindt de behandeling met I-131 plaats in de zorginstelling waar ook de completerende chirurgische behandeling heeft plaatsgevonden. Indien de betreffende zorginstelling geen faciliteit heeft voor het toedienen van I-131, dient er een service level agreement te zijn met een zorginstelling waar deze faciliteit, inclusief die voor schildklierchirurgie, wel aanwezig is. In deze overeenkomst moet zijn vastgelegd dat de afspraken die zijn gemaakt in het multidisciplinair overleg, worden nagekomen. Tevens de moeten in deze overeenkomst de doorlooptijden zijn vastgelegd.
- Een zorginstelling die I-131 toedient aan patiënten met schildkliercarcinoom moet jaarlijks tenminste 10 ablatieve behandelingen verrichten, gemiddeld over een periode van 3 jaar.
- De follow-up van patiënten die behandeld zijn voor schildkliercarcinoom dient plaats te vinden door een internist-endocrinoloog met aantoonbaar specifieke expertise op het gebied van schildkliercarcinoom.
- Het starten met systemische therapie anders dan I-131 voor gemetastaseerde, irresectabele schildkliertumoren dient plaats te vinden in expertisecentra. De voorwaarden waaraan deze centra moeten voldoen zullen in 2015 nader gedefinieerd worden.

### **Overige endocriene tumoren**

Voor het uitvoeren van endocriene chirurgie moet een zorginstelling beschikken over/voldoen aan de volgende voorwaarden:

- Patiënten worden zowel voor als na de behandeling c.q. operatie multidisciplinair besproken, dit overleg vindt minimaal een keer per twee weken plaats. Bij dit overleg dienen de volgende specialisten aanwezig te zijn: (endocrien) chirurg, internist-endocrinoloog, patholoog, nucleair geneeskundige, radioloog, allen met aantoonbaar specifieke expertise op het gebied van de endocriene pathologie
- (Neo-)adjuvante behandeling is beschikbaar.
- Er is toegang tot peroperatieve scintigrafie/gammaprobe, echografie en/of rapid PTH meting.
- Er zijn tenminste twee chirurgen, één radioloog, twee nucleair geneeskundigen, één patholoog, twee internist-endocrinologen, allen met aantoonbaar specifieke expertise in endocriene tumorpathologie.
- Er is nauwe en geformaliseerde samenwerking met de afdelingen endocrinologie en nucleaire geneeskunde.

Voor bijnierchirurgie geldt dat per jaar, per locatie, minimaal 10 operaties (voor benigne en maligne aandoeningen) verricht moeten worden, gemiddeld over een periode van 3 jaar.

## Melanoom

Voor de chirurgische behandeling van maligne melanoom moet een zorginstelling beschikken over/voldoen aan de volgende voorwaarden:

- Er is laagdrempelige toegang tot een afdeling dermatologie met aantoonbaar specifieke expertise op het gebied van melanoom, waarbij het “service level” is vastgelegd. Hierin is in ieder geval weergegeven dat een patiënt op verzoek binnen minimaal twee werkdagen beoordeeld kan worden.
- Er is een afdeling pathologie beschikbaar met aantoonbaar specifieke expertise op het gebied van melanoom die toegang heeft tot alle benodigde technieken. In de volgende versie van het SONCOS normeringrapport zullen deze criteria nader worden omschreven.
- Er is een afdeling nucleaire geneeskunde beschikbaar die de schildwachtklierprocedure bij melanoompatiënten kan uitvoeren.
- Er zijn tenminste twee chirurgen met aantoonbaar specifieke expertise in het verrichten van schildwachtklieronderzoek op lokalisaties specifiek voor melanoom. Er is een operatiekamer met adequate faciliteiten waaronder een gamma probe.
- Bij het wekelijkse multidisciplinaire overleg dienen in ieder geval de volgende specialisten vertegenwoordigd te zijn: chirurg, internist-oncoloog, radioloog, radiotherapeut, patholoog, casemanager 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.
- Inguinale liesklierdissecties (eventueel met iliacale/obturator klieren) voor lymfekliermetastasen van melanoom, vinden alleen plaats in de zorginstelling indien tenminste 10 van deze ingrepen per jaar worden verricht, gemiddeld over een periode van 3 jaar.
- Geïsoleerde extremitetsperfusies of -infusies vinden alleen plaats als er in de zorginstelling tenminste 10 van deze ingrepen per jaar worden verricht, gemiddeld over een periode van 3 jaar.

Voor de systemische behandeling van gemetastaseerd maligne melanoom moet een zorginstelling, naast de bovengenoemde eisen voor chirurgische behandeling, ook beschikken over/voldoen aan de volgende voorwaarden:

- Behandeling van patiënten met een gemetastaseerd melanoom (stadium IV) vindt alleen plaats in een melanoomcentrum of in een zorginstelling die de officiële status van partner van een melanoomcentrum heeft.
- Een melanoomcentrum heeft tenminste twee internist-oncologen met aantoonbaar specifieke ervaring in immunotherapie en targeted therapy. 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 tenminste 20 patiënten met een gemetastaseerd melanoom, gemiddeld over een periode van 3 jaar.
- 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 partnerzorginstelling via multidisciplinair

overleg met het melanoomcentrum overlegt over een patiënt voorafgaande aan een nieuwe behandeling.

- Melanoomcentra en partnerzorginstelling houden van al hun patiënten met een gemetastaseerd melanoom een register bij (Dutch Melanoma Treatment Registry, DMTR).
- In overleg met een melanoomcentrum kan besloten worden om behandeling van een patiënt met een gemetastaseerd melanoom met chemotherapie of supportieve care bij een uitbehandelde patiënt, te laten plaatsvinden in een niet-partnerzorginstelling. Het melanoomcentrum houdt van deze patiënten ook een register bij.

### **Weke delen tumoren**

Weke delen tumoren vormen een heterogene groep van zeldzaam voorkomende tumoren waarvan meer dan 50 histologische subtypes bestaan en waarvoor toenemend medicamenteuze therapieën ontwikkeld worden die toegespitst zijn op een bepaald tumortype. Zowel diagnostiek als behandeling vereist specifieke expertise die in een beperkt aantal referentiecentra beschikbaar is. Hierdoor zijn er voor de behandeling strenge eisen:

- Er is mogelijkheid tot echogeleide histologische biopsie.
- Er is MRI beschikbaar, waarbij is vastgelegd binnen hoeveel tijd de 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 beschikt.
- Er is een afdeling pathologie beschikbaar met aantoonbaar specifieke expertise op het gebied van sarcomen, waaronder moleculaire diagnostiek.
- Er is een vast contact met een referentiecentrum met aantoonbaar specifieke expertise in weke delen sarcomen.
- Er is een multidisciplinair team voor het bespreken van het diagnostisch en behandelbeleid dat tenminste bestaat uit: chirurg, internist-oncoloog, radioloog, radiotherapeut, patholoog, vertegenwoordiger van het referentiecentrum, casemanager en eventueel andere verpleegkundigen.
- Er is tenminste één keer per week multidisciplinair overleg waarin alle patiënten vóór behandeling worden besproken met het referentiecentrum.
- Het in het multidisciplinair overleg geformuleerde advies voor diagnostiek en therapie (inclusief de instelling waar de therapie plaatsvindt) is bindend.
- Er is multidisciplinair overleg na de behandeling/operatie.
- Er worden per jaar tenminste 10 nieuwe patiënten primair chirurgisch behandeld, gemiddeld over een periode van 3 jaar.
- Het besluit over systemische behandeling, inclusief de instelling waar deze wordt gegeven, vindt plaats in overleg met het referentiecentrum.

### **Maligne bottumoren**

Gezien het zeer zeldzame karakter van deze tumoren en het officieel bestaan van vier referentiecentra in Nederland voor primaire bottumoren (LUMC, RadboudUMC, UMCG en AMC) dienen deze patiënten verwezen te worden naar één van deze centra. De behandeling of adviezen daaromtrent vinden plaats vanuit deze centra.



## **Prostaatcarcinoom**

Voor de behandeling van prostaatcarcinoom moet een zorginstelling beschikken over/voldoen aan de volgende voorwaarden:

- Bij het wekelijkse multidisciplinaire overleg dienen in ieder geval de volgende specialisten vertegenwoordigd te zijn: uroloog, internist-oncoloog, radioloog (bij de patiënten voor wie dit relevant is), nucleair geneeskundige, radiotherapeut, patholoog (bij de patiënten voor wie dit relevant is), 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 die in aanmerking komen voor chirurgische behandeling worden zowel voor als na de behandeling besproken. Ook op het moment dat sprake is van castratieresistent gemetastaseerd prostaatcarcinoom (d.w.z. indien de tumor niet meer reageert op LHRH-blokkerende medicatie en anti-androgenen) wordt het vervolgbeleid multidisciplinair besproken.
- In geval van gecombineerde hormonale en radiotherapie wordt afgesproken welke specialist verantwoordelijk is voor de hormonale therapie.
- Er is tenminste één internist-oncoloog met aantoonbaar specifieke expertise van de systeemtherapie van patiënten met prostaatcarcinoom.
- Indien in een zorginstelling radicale prostatectomieën worden verricht dienen tenminste 20 van deze ingrepen per jaar te worden verricht, gemiddeld over een periode van 3 jaar.
- Er wordt deelgenomen aan de registratie prostatectomie van de NVU.

## **Niercelcarcinoom**

Voor de behandeling van niercelcarcinoom moet een zorginstelling beschikken over/voldoen aan de volgende voorwaarden:

- Bij het wekelijkse multidisciplinaire overleg dienen in ieder geval de volgende specialisten vertegenwoordigd te zijn: uroloog, internist-oncoloog, radioloog (bij de patiënten voor wie dit relevant is), radiotherapeut, patholoog (bij de patiënten voor wie dit relevant is), casemanager en eventueel andere verpleegkundigen. Er dient de mogelijkheid te zijn tot wekelijkse consultatie van een vertegenwoordiger van het referentiecentrum bij dit overleg.
- Er is tenminste één internist-oncoloog met aantoonbaar specifieke expertise in niercelcarcinoom en de systeemtherapie hiervoor, met name immunotherapie en targeted therapy.
- Bij het doen van niersparende operaties, moet de mogelijkheid bestaan tot het uitvoeren van true-cut biopsieën.
- Bij een (functionele) mono-nier met een niercelcarcinoom, dient een chirurgische ingreep plaats te vinden in een centrum met ervaring met nefronsparende chirurgie in een mono-nier.
- Patiënten met een supra-diafragmatische (tumor)thrombus dienen voor hun chirurgische ingreep behandeld te worden in een centrum met expertise op het gebied van cardiothoracale chirurgie en IC-opvang na een dergelijke ingreep.
- Zorginstellingen die operatieve behandeling van nierkanker doen, moeten jaarlijks minstens 10 oncologische ingrepen aan de nier doen en tenminste 20 nieuwe patiënten met een niercarcinoom diagnosticeren/behandelen, gemiddeld over een periode van 3 jaar.

- Systeemtherapie wordt in overleg tussen internist-oncoloog en uroloog vastgesteld en door een internist-oncoloog uitgevoerd.
- Systeemtherapie van niercelcarcinoom vindt alleen plaats als er in de betreffende zorginstelling jaarlijks tenminste 10 patiënten met deze aandoening systemisch behandeld worden, gemiddeld over een periode van 3 jaar, tenzij voor een specifieke patiënt in overleg met het referentiecentrum anders besloten wordt.
- Er wordt deelgenomen aan de registratie “behandeling van nierkanker” van de NVU.

### **Testiscarcinoom**

Voor de behandeling van testiscarcinoom moet een zorginstelling beschikken over/voldoen aan de volgende voorwaarden:

- Een inguinale orchidectomie moet binnen 72 uur na eerste presentatie van een patiënt met testiscarcinoom worden uitgevoerd, tenzij er een indicatie bestaat voor directe start met chemotherapie.
- Bij het wekelijkse multidisciplinaire overleg dienen in ieder geval de volgende specialisten vertegenwoordigd te zijn: uroloog, internist-oncoloog, radioloog (bij de patiënten voor wie dit relevant is), radiotherapeut, patholoog (bij de patiënten voor wie dit relevant is), vertegenwoordiger van het referentiecentrum, casemanager en eventueel andere verpleegkundigen.
- Er is tenminste één patholoog en één radioloog met aantoonbaar specifieke expertise in testiscarcinoom.
- Er is een vast contact met een referentiecentrum met expertise t.a.v. testiscarcinoom.
- Er is multidisciplinair overleg na orchidectomie waarin alle patiënten worden besproken met het referentiecentrum. In geval van een patiënt met slechte prognose (poor risk) dient reeds direct bij het bekend worden van de status slechte prognose overleg met het referentiecentrum plaats te vinden.
- Het in het multidisciplinair overleg geformuleerde advies voor therapie is bindend.
- Er is tenminste één internist-oncoloog met aantoonbaar specifieke expertise in testiscarcinoom en de systeemtherapie hiervoor.
- Voorafgaande aan de start van systeemtherapie moet aan patiënten semenpreservatie worden aangeboden.
- Voor de behandeling van stadium I testiscarcinoom, moet een ziekenhuis tenminste 5 patiënten per jaar met dit stadium behandelen, gemiddeld over een periode van 3 jaar.
- Indien een zorginstelling patiënten met een stadium hoger dan stadium I, maar wel “good risk” behandelt, moeten dit er tenminste 10 per jaar zijn, gemiddeld over een periode van 3 jaar.
- Alle patiënten met intermediaire of slechte prognose gemetastaseerde ziekte worden doorverwezen naar en behandeld in een referentiecentrum.
- Retroperitoneale lymfklierdissecties worden alleen gedaan in een instituut met aantoonbaar specifieke expertise op dit gebied dat tenminste 5 van deze ingrepen per jaar verricht, gemiddeld over een periode van 3 jaar.

### **Blaascarcinoom**

Voor de behandeling van blaascarcinoom moet een zorginstelling beschikken over/voldoen aan de volgende voorwaarden:

- Voorafgaand aan de behandeling vindt uitgebreide voorlichting, zowel mondeling als schriftelijk, plaats over de behandeling met de verschillende vormen van urinedeviatie.
- Er is ervaring met verschillende technieken van urinedeviatie en lymfklierdissectie.
- Er is beschikking over een intensive care afdeling met personeel, inclusief artsen, dat bekwaam is in de verzorging van patiënten na grote urologische, oncologische ingrepen.
- Er is een stomapolikliniek met stomaverpleegkundige.
- Bij het wekelijkse multidisciplinaire overleg dienen in ieder geval de volgende specialisten vertegenwoordigd te zijn: uroloog, internist-oncoloog, radioloog (bij de patiënten voor wie dit relevant is), radiotherapeut, patholoog (bij de patiënten voor wie dit relevant is), casemanager en eventueel andere verpleegkundigen. Er dient de mogelijkheid te zijn tot wekelijkse consultatie van een vertegenwoordiger van het referentiecentrum bij dit overleg.
- Er worden per jaar tenminste 20 cystectomieën verricht, gemiddeld over een periode van 3 jaar, gerekend vanaf 2015.
- Er wordt deelgenomen aan de landelijke registratie van invasief blaascarcinoom van de Nederlandse Vereniging voor Urologie.
- Er is tenminste één internist-oncoloog met aantoonbaar specifieke expertise in blaascarcinoom en de systemische therapie hiervoor. Een besluit over het instellen van systemische therapie wordt in overleg tussen uroloog en internist-oncoloog genomen.

### **Gynaecologische oncologie**

In de gynaecologische oncologie is sprake van zogenaamde gynaecologische centra waarvoor de volgende omschrijving geldt:

Er zijn specifieke voorwaarden waar een gynaecologisch oncologisch centrum aan moet voldoen zoals beschreven in de nota "Stijgbeugel", versie 1.0 2012 waaronder:

- Er zijn tenminste 2,4 fte gynaecologisch oncologen per centrum.
- Tenminste 200 nieuwe patiënten met gynaecologisch oncologische maligniteit in een centrum (toetsing aantal casus per gynaecologisch oncologisch centrum). Nadrukkelijk wordt hier met casus ziektegeval bedoeld en niet individuele patiënt. Het zou dus kunnen dat één patiënt bijvoorbeeld tweemaal meegeteld zou moeten worden vanwege twee afzonderlijke oncologische gebeurtenissen zoals een primaire tumor met behandeling en later recidief.
- Wanneer een oncologisch centrum uit twee of meer instituten bestaat, worden deze als afzonderlijke zorginstellingen beoordeeld wat betreft het aantal operatieve verrichtingen. Wanneer een centrum uit twee of meer zorginstellingen bestaat dient de radicale chirurgie per tumorsoort op één locatie geconcentreerd te zijn indien de volumecriteria anders niet gehaald worden.
- Het gynaecologisch oncologisch centrum oefent een consultfunctie uit in de betreffende regio. Dit komt tot uiting door gastoperaties, permanente mogelijkheid tot overleg en structurele oncologische besprekingen.
- Er wordt deelgenomen aan de kwaliteitsregistratie voor gynaeco-oncologie, de Dutch Gynaecological Oncology Audit (DGOA).

### **Ovariumcarcinoom (inclusief tuba- en peritoneaal carcinoom)**

Voor de behandeling van ovariumcarcinoom moeten een zorginstelling beschikken over/voldoen aan de volgende voorwaarden:

- De zorginstelling vormt een integraal onderdeel van het regionaal samenwerkingsverband.
- Bij het wekelijks multidisciplinaire overleg dienen in ieder geval de volgende specialisten vertegenwoordigd te zijn: gynaecoloog met aandachtsgebied gynaecologische oncologie, internist-oncoloog, radioloog, radiotherapeut, patholoog, casemanager en eventueel andere verpleegkundigen. Er dient de mogelijkheid te zijn tot wekelijkse consultatie van een gynaecologisch oncoloog van het gynaecologisch oncologisch centrum bij dit overleg.
- In een niet-centrum zorginstelling werken tenminste twee gynaecologen met aandachtsgebied gynaecologische oncologie (GOA) (of gynaecoloog-oncologen), die zorgen voor continuïteit van zorg.
- De gynaecologisch-oncoloog participeert in elke stagering of debulkingoperatie.
- Er is een gastro-intestinaal chirurg aanwezig/beschikbaar.
- In een zorginstelling waar patiënten met ovariumcarcinoom worden geopereerd worden minstens 20 debulkingoperaties per jaar verricht, gemiddeld over een periode van 3 jaar.
- Patiënten met sterke verdenking op ovariumcarcinoom en patiënten met ovariumcarcinoom waarvoor een stadiëringsoperatie moet worden verricht worden geopereerd in die zorginstellingen waar ook tenminste 20 debulkingoperaties per jaar worden verricht, gemiddeld over een periode van 3 jaar. Voor deze twee patiëntengroepen gelden geen aanvullende volumennormen.
- Chirurgische behandeling van een recidief ovariumcarcinoom vindt plaats in het gynaecologisch oncologisch centrum.
- Behandeling met een PARP-remmer bij het platinum gevoelig recidief ovarium-, tuba- of peritoneaal carcinoom bij BRCA-1 of BRCA-2 mutatie draagsters vindt plaats in een gynaecologisch oncologisch centrum.
- Er is beschikbaarheid van vriescoupe op locatie.
- Er is beschikking over een intensive care afdeling met personeel, inclusief artsen, dat bekwaam is in de verzorging van patiënten na grote gynaecologisch oncologische ingrepen.

### **Endometriumcarcinoom**

Voor de behandeling van endometriumcarcinoom moet een zorginstelling beschikken over/voldoen aan de volgende voorwaarden:

- Er zijn tenminste twee gynaecologen met aandachtsgebied gynaecologische oncologie (GOA) (of gynaecoloog-oncologen), die de zorg voor patiënten met endometriumcarcinoom binnen de zorginstelling coördineren dan wel uitvoeren.
- Bij het wekelijkse multidisciplinaire overleg dienen in ieder geval de volgende specialisten vertegenwoordigd te zijn: gynaecoloog met aandachtsgebied gynaecologische oncologie, internist-oncoloog, radioloog, radiotherapeut, patholoog, casemanager en eventueel andere verpleegkundigen. Er dient de mogelijkheid te zijn tot wekelijkse consultatie van een gynaecologisch oncoloog van het gynaecologisch oncologisch centrum bij dit overleg.
- De zorginstelling vormt een integraal onderdeel van het regionaal samenwerkingsverband waarbij de zorg voor patiënten met (verdenking op) endometriumcarcinoom regionaal is georganiseerd en in elke regio een gynaecologisch oncologisch centrum aanwezig is met naar dit centrum verwijzende kleinere en grotere zorginstellingen.

- Stadium I en het klinisch niet-manifeste stadium II: diagnostiek, behandeling en follow-up vindt plaats in centrum en niet-centrum zorginstelling. Diagnostiek van eventueel recidief, chemotherapeutische en hormonale behandeling van het recidief vindt plaats in overleg met het gynaecologisch oncologisch centrum.
- In opzet curatieve behandeling van klinisch manifest stadium II, stadium III en IV en chirurgische behandeling van een recidief vindt plaats in het gynaecologisch oncologisch centrum.
- Niet-curatieve behandeling van Stadium III en IV en radiotherapeutische behandeling van een recidief vindt plaats in overleg met het gynaecologisch oncologisch centrum.
- Chirurgische stadiëring van het clear cell of sereus papillair endometriumcarcinoom vindt plaats in een zorginstelling waar ook de stadiëring voor ovarium carcinoom plaatsvindt. De zorginstelling waar patiënten met endometriumcarcinoom behandeld worden heeft toegang tot radiotherapie.

### **Cervixcarcinoom**

De behandeling van cervixcarcinoom wordt (behalve cervixcarcinoom stadium IA1, na overleg met een centrum) alleen verricht in één van de erkende gynaecologisch oncologische centra. Deze moeten beschikken over/voldoen aan de volgende voorwaarden:

- Bij het wekelijkse multidisciplinaire overleg dienen in ieder geval de volgende specialisten vertegenwoordigd te zijn: gynaecoloog met aandachtsgebied gynaecologische oncologie, internist-oncoloog, radioloog, radiotherapeut, patholoog, casemanager en eventueel andere verpleegkundigen. Er dient de mogelijkheid te zijn tot wekelijkse consultatie van een gynaecologisch oncoloog van het gynaecologisch oncologisch centrum bij dit overleg.
- In een zorginstelling anders dan het gynaecologisch oncologisch centrum werken tenminste twee gynaecologen met aandachtsgebied gynaecologische oncologie (GOA) (of gynaecoloog oncologen).
- Er is toegang tot spoedradiodiagnostiek met echografie, CT-scan en angiografie.
- Alle chirurgische behandelingen van Stadia IA-2 en hoger vinden plaats in het gynaecologisch oncologisch centrum.
- Voor brachytherapie geldt een norm van tenminste 10 patiënten en 20 procedures per jaar, gemiddeld over een periode van 3 jaar.
- In lijn met het IGZ-standpunt dienen tenminste 20 (radicale) chirurgische ingrepen voor cervixcarcinoom per zorginstelling, per jaar verricht te worden.

### **Vulvacarcinoom**

De behandeling van vulvacarcinoom wordt (behalve vulva carcinoom stadium IA) alleen verricht in één van de erkende gynaecologisch oncologische centra. Deze moeten beschikken over/voldoen aan de volgende voorwaarden:

- Bij het wekelijkse multidisciplinaire overleg dienen in ieder geval de volgende specialisten vertegenwoordigd te zijn: gynaecologisch oncoloog, internist-oncoloog, radioloog, radiotherapeut, patholoog, casemanager en eventueel andere verpleegkundigen. Er dient de mogelijkheid te zijn tot wekelijkse consultatie van een gynaecologisch oncoloog van het gynaecologisch oncologisch centrum bij dit overleg.
- In een zorginstelling anders dan het gynaecologisch oncologisch centrum werken tenminste twee gynaecologen met aandachtsgebied gynaecologische oncologie (GOA) (of

gynaecoloog oncologen). Hier kan het volgende plaatsvinden: diagnostiek van primaire tumor en recidief, follow-up na primaire behandeling, chirurgische behandeling vulva carcinoom stadium IA.

- Chirurgische en niet-chirurgische behandeling van macro-invasief vulvacarcinoom en recidief vulvacarcinoom vindt plaats in een gynaecologisch oncologisch centrum.
- Sentinel node procedure en follow-up na sentinel node vindt plaats in een gynaecologisch oncologisch centrum.
- In lijn met het IGZ-standpunt dienen tenminste 20 (radicale) chirurgische ingrepen voor vulvacarcinoom per zorginstelling, per jaar verricht te worden.

### **Longcarcinoom**

Voor de behandeling van longcarcinoom moet een zorginstelling beschikken over/voldoen aan de volgende voorwaarden:

- Er zijn tenminste twee longartsen, twee chirurgen, één radiotherapeut, twee radiologen, één nucleair geneeskundige en één patholoog, allen met aantoonbare specifieke expertise in longkanker.
- Bij het wekelijkse multidisciplinaire overleg dienen in ieder geval de volgende specialisten vertegenwoordigd te zijn: longarts, (thorax)-chirurg, radiotherapeut, radioloog, patholoog, nucleair geneeskundige, casemanager en eventueel andere verpleegkundigen. Er dient de mogelijkheid te zijn tot wekelijkse consultatie van een vertegenwoordiger van het referentiecentrum bij dit overleg.
- Er is een adequaat ingerichte endoscopie afdeling waar bronchoscopie en endobronchiale echografie verricht kan worden. Er worden minimaal 100 scopieën per jaar verricht, gemiddeld over 3 jaar.
- Er is toegang tot endo-oesophageale echografie.
- Er is toegang tot spoedradiodiagnostiek met echografie, CT-scan en angiografie.
- Er is toegang tot een afdeling nucleaire geneeskunde die beschikt over SPECT-CT, ventilatie/perfusiescintigrafie en PET/CT.
- Er is toegang tot (minimaal invasieve) diagnostiek van het mediastinum.
- De doorlooptijd voor diagnostiek bij mediastinale uitbreiding is maximaal vijf weken.
- Er is mogelijkheid voor peroperatief vriescoupe onderzoek.
- Er is toegang tot moleculaire diagnostiek.
- Neo-adjuvante chemotherapie, chemoradiotherapie en stereotactische radiotherapie zijn beschikbaar, waarbij het "service level" is vastgelegd.
- Per jaar worden tenminste 25 nieuwe patiënten met longkanker behandeld, gemiddeld over 3 jaar.
- Indien in een zorginstelling longresecties worden verricht, moeten dit tenminste 20 longresecties per jaar zijn, gemiddeld over 3 jaar, gedefinieerd als segmentresectie, lobectomie en pneumectomie.
- In een zorginstelling waar longresecties verricht worden, is te allen tijde mogelijkheid tot het verrichten van spoedthoracotomie.
- In een zorginstelling waar longresecties verricht worden, is beschikking over een intensive care afdeling met personeel dat bekwaam is in de verzorging van patiënten na longchirurgie.

- Zorginstellingen die longresecties verrichten of chemoradiotherapie instellen, nemen deel aan de landelijke registraties hiervan, de Dutch Lung Surgery Audit en de Dutch Lung Radiotherapy Audit.

### **Hoofd-halstumoren**

Maligne tumoren uitgaande van de volgende lokalisaties vallen onder de definitie ‘hoofdhals oncologie’ (index tumoren):

- Lip en Mondholte (ICD-0 code: C00, C02-C06).
- Orofarynx (ICD-0 code: C01, C05.1,2, C09, C10 en C14.2).
- Nasofarynx (ICD-0 code: C11).
- Hypofarynx (ICD-0 code: C12-C13).
- Larynx (ICD-0 code: C10.1, C32).
- Neusholte en neusbijholten (ICD-0 code: C30 en C31).
- Speekselklieren (ICD-0 code: C06.9, C07 en C08).
- Lymfkliermetastasen plaveiselcelcarcinoom van onbekende origine (ICD-0 code: C80.9).
- Gehoorgang/middenoor carcinomen (laterale schedelbasis) (ICD-O code: C44.2).

Naast bovengenoemde index tumoren kunnen ook de volgende tumoren als ‘hoofdhals oncologie’ worden beschouwd:

- Grotere maligne huidtumoren en metastasen van huidtumoren in/van hoofdhals gebied zoals plaveiselcelcarcinomen en melanomen.
- Cranio-cerebrale maligniteiten met schedelbasisbetrokkenheid.
- Schildklier carcinomen met betrokkenheid van de larynx. (ICD-O code: C73).
- Cervicale oesophagus en trachea tumoren met/zonder betrokkenheid van de larynx. (ICD-O code: C15.0, C34.0).
- Maligne orbita-tumoren, zoals oog- en oog-adnex tumoren inclusief traanklieren (ICD-O code: C69.5-9).
- Andere zeldzame maligne aandoeningen in het hoofdhals gebied zoals sarcomen, merkelceltumoren en tumoren bij kinderen in het hoofdhals gebied.

### **Definities**

Hoofdhals oncologisch centrum (HHOC): Zorginstelling in Nederland waar hoofdhals oncologische zorg wordt aangeboden welke vooralsnog, zolang betere kwaliteitsparameters ontbreken, voldoet aan de in tabellen 1 en 2 genoemde criteria, erkend is, na visitatie, door de Nederlandse Werkgroep Hoofdhals Tumoren (NWHHT) en deelneemt aan de door de NWHHT op te zetten kwaliteitsregistratie.

Preferred Partner HHO (PP-HHO): Zorginstelling in Nederland waar hoofdhals oncologische zorg wordt aangeboden welke voldoet aan de in tabellen 1 en 2 genoemde criteria, erkend is, na visitatie, door de Nederlandse Werkgroep Hoofdhals Tumoren (NWHHT), een samenwerking heeft met een HHOC en deelneemt aan de door de NWHHT op te zetten kwaliteitsregistratie.

Preferred Partner Radiotherapie (PPR): Een radiotherapieafdeling die een convenant heeft met een HHOC. Het gehele medische beleid dient gecommuniceerd te zijn met het HHOC. Het beleid moet schriftelijk worden vastgelegd. Een PPR kan met één HHOC een convenant hebben, waarin minimaal de onderstaande voorwaarden voor de PPR zijn opgenomen

(tabellen 1 en 2). In zeldzame gevallen (bijvoorbeeld palliatie) kan hiervan onderbouwd worden afgeweken.

**Multi Disciplinair Overleg (MDO):** Een tenminste 1x per week te houden overleg met alle bij diagnostiek en patiëntbehandeling betrokken zorgverleners, waaruit een onderzoek- en behandeladvies aan de hoofdbehandelaar voortvloeit.

### **Kaders**

1. Alle patiënten met eerdergenoemde index ICD-codes dienen voor behandeling te worden beoordeeld door een multidisciplinair team en te worden besproken in het MDO van een HHOC. De voorgeschreven behandeling dient schriftelijk te worden vastgelegd in een behandelplan dat aan het medisch dossier dient te worden toegevoegd.
2. De behandeling of een deel van de behandeling kan alleen plaatsvinden in een instelling buiten het HHOC indien het MDO hiermee instemt en de bij de behandeling betrokken specialismen uit de desbetreffende instelling hebben deelgenomen aan het MDO, of nadat ruggespraak tussen de beoogde behandelaars heeft plaatsgevonden. Een HHOC mag samenwerken met één PP-HHO en één PPR. Bij uitzondering kan hiervan gemotiveerd worden afgeweken.
3. Alle adviezen van het multidisciplinaire team van het HHOC dienen, zoals vastgelegd in het behandelplan, te worden opgevolgd. Van dit advies kan gemotiveerd door de hoofdbehandelaar worden afgeweken en dient dan besproken te worden in het MDO van het HHOC en te worden gedocumenteerd in het behandelplan.
4. Bij verwijzing voor een (vervolg)behandeling naar een instituut buiten het HHOC dienen de doorstroom tijden en benoemde intervallen (bv. tussen chirurgie en postoperatieve radiotherapie) in acht te worden genomen (overzicht 1). Mocht een deel van een behandeling op een andere locatie plaatsvinden dan geldt voor 'doorstroom tijd' de dag van binnenkomst op de eerste locatie.

### **Minimale voorwaarden:**

In tabellen 1 en 2 staan de minimale normen voor het HHOC, PP-HHO of PPR. Alleen patiënten die een deel van hun behandeling (chirurgie, radiotherapie, en/of chemotherapie/targeted therapy) in het betreffende instituut ontvangen mogen meegeteld worden in de aantallen patiënten. Daarnaast worden alleen de diagnoses overeenkomend met de hierboven genoemde index ICD-codes meegenomen.

Voor een aantal complexe hoofdhal oncologische behandelingen zijn minimale volumina vastgesteld. Indien dit aantal niet gehaald wordt betekent dit dat er verwezen dient te worden naar een ander centrum. In het geval van een PP-HHO naar het HHOC. In het geval van een HHOC, naar een ander HHOC (tabel 2).

Een PPR dient aan de volgende voorwaarden te voldoen:

- Minimaal 2 radiotherapeuten met als aandachtsgebied hoofdhal oncologie en daarin aantoonbare ervaring, voor een van de radiotherapeuten, van minimaal 4 jaar
- Mogelijkheid voor diagnostisch onderzoek conform de richtlijnen
- Infrastructuur/apparatuur: IMRT, 3D-volumetric on-board imaging. Diagnostische beeldvorming dient bij voorkeur in het bestralingsmasker te geschieden.
- Dagelijkse beschikbaarheid van mondhygiëniste, diëtiste, casemanager hoofdhal oncologie en aanspreekpunt voor psychosociale ondersteuning (maatschappelijk werk).



- Volumecriteria nieuwe bestralingspatiënten (exclusief palliatieve bestralingen): 50 nieuwe patiënten per jaar per instituut, gemiddeld over de afgelopen drie jaar, minstens 20 per radiotherapeut.
- Een PPR beperkt zich tot met in opzet curatieve bestraling tot de volgende patiëntencategorieën: mondholte, orofarynx, larynx, hypofarynx, speekselkieren. Een PPR voert geen behandelingen met chemoradiotherapie of radiotherapie in combinatie met targeted therapy uit.
- Een PPR hanteert gelijke richtlijnen als het HHOC. De intekeningen door de PPR worden mede beoordeeld door de radiotherapeuten uit het HHOC.

**Tabel 1: Minimale personele bezetting (N.B. Volumennormen moeten nog door ALV NVRO geaccordeerd worden)**

	HHOC	Preferred Partner HHO	Preferred Partner radiotherapie
<u>voltijds bezetting</u>			
minimum aantal hoofdhals chirurgen** (minimum 1,0 fte per specialisme KNO én MKA), waarvan er op werkdagen 1 aanwezig is	3	2	
Hoofdhals radiotherapeuten	3	2	2
Hoofdhals medisch oncoloog	1 (1)	1 (1)	
Dermatoloog	1	1	
Hoofdhals radioloog	1	1	
Reconstructief chirurg*	2	2	
Patholoog	1	1	
Nucleair geneeskundige	1	1	
Onco VPK/Casemanager	1	1	
Diëtist	1	1	1
Fysiotherapeut	1	1	
Mondhygiëniste	1	1	1
Tandarts maxillofaciaal prothetist**	1	1	
Logopedist	1	1	1
Psychosociale zorg	1	1	1

\*dit aandeel door de hoofd- hals chirurgen zelf uit te voeren, mits getraind in microchirurgie

\*\* in het (oncologisch) register van de Nederlandse beroepsvereniging opgenomen.

**Tabel 2:** Aantal patiënten en behandelingen per jaar van index tumoren die uitgevoerd moeten worden in één centrum om deze behandeling te kunnen uitvoeren (**N.B. Volumennormen moeten nog door de ALV van de NVRO geaccordeerd worden**)

	<b>HHOC**</b>	<b>Preferred Partner HHO**</b>	<b>Preferred Partner radiotherapie</b>
aantal nieuw beoordeelde patiënten/jaar	200	80	50
Chemoradiotherapie (CRT) / targeted therapy-RT	25	25	Nvt
uitgebreide ablatieve resecties + (microchirurgische) reconstructies	20	20	Nvt
Tumorchirurgie met betrokkenheid schedelbasis	10	10	Nvt

\*\* : Er kan gekozen worden tot concentratie van bepaalde zorg op één locatie.

### **Overzicht 1: Indicator doorstroom tijden**

- **Relatie tot kwaliteit:** Tumoren in het hoofd Hals gebied kenmerken zich door een relatief snelle groei. Dit betekent dat een (te) lang interval tussen datum verwijzing naar een hoofd Hals oncologisch centrum en de start van de primaire behandeling (chirurgie, radiotherapie en/of chemotherapie) kan leiden tot significante tumor groei en opschuiven naar een hoger tumor stadium met vermindering van de genezingskans, verandering van therapeutische opties of zelfs verandering van curatieve naar palliatieve behandeling.
- **Definitie:** Doorstroom tijd = aantal dagen vanaf eerste consult tot startdatum primaire behandeling (chirurgie, radiotherapie en/of chemotherapie).
- **Norm:** **80% van de patiënten start binnen 30 kalenderdagen na eerste consult in hoofd Hals oncologisch centrum met de primaire behandeling.** Wachtijd = doorstroom tijd – 30 dagen.
- **Betreft:** Alle patiënten met een primaire maligniteit in het hoofd Hals gebied van de index locaties, die voor de eerste keer gezien zijn.

## **Gliomen**

Een zorginstelling die patiënten met gliomen behandelt, moet voldoen aan de kwaliteitscriteria zoals vastgelegd in het document kwaliteitscriteria gliomen (LWNO, [http://richtlijndatabase.nl/uploaded/docs/IKNL\\_in\\_ontw/Kwaliteitscriteria\\_Gliomen\\_def\\_mei2014.pdf](http://richtlijndatabase.nl/uploaded/docs/IKNL_in_ontw/Kwaliteitscriteria_Gliomen_def_mei2014.pdf) ). De zorginstelling dient voorts te beschikken over/voldoen aan de volgende voorwaarden:

- Diagnostiek middels MRI (volgens criteria sectie neuroradiologie NVvR) wordt met voorrang verricht (bij verdenking hersentumor), verslagen door een ter zake deskundige radioloog, en bij voorkeur binnen 5 werkdagen met de patiënt besproken.
- Er is een neuro-oncologie verpleegkundige beschikbaar, deze heeft een eigen spreekuur.
- Bij het wekelijkse regionale multidisciplinaire overleg dienen in ieder geval de volgende specialisten met aandachtsveld neuro-oncologie vertegenwoordigd zijn: neurochirurg, neuroloog, radiotherapeut, internist-oncoloog, radioloog, patholoog, neuro-oncologie verpleegkundige.
- Er is toegang tot een afdeling radiologie en pathologie, waar aanvullende diagnostiek kan worden verricht en door ter zake deskundige specialisten worden verslagen (inclusief moleculair genetische diagnostiek).
- Het behandelplan wordt in het multidisciplinair overleg vastgelegd. Bij progressie/recidief wordt patiënt opnieuw besproken.
- Er wordt actief deelgenomen in (pre)klinische studies of patiënten worden voor deze studies naar andere centra verwezen.
- Tijdens de behandeling en follow-up vindt structurele screening plaats naar lichamelijke, cognitieve en gedragsmatige beperkingen. Eveneens wordt gescreend op behoefte aan psychosociale zorg bij patiënten en hun naasten.
- Per jaar worden ten minste 50 nieuwe patiënten met een glioom in het MDO besproken.
- Het participerende neurochirurgisch centrum voert ten minste 50 hersentumor gerelateerde operaties per jaar uit.
- Zodra geïmplementeerd, wordt deelgenomen aan de landelijke patiëntregistratie.

## **Bronnen**

- 1) Kwaliteitskader organisatie oncologische zorg, IKNL, maart 2010
- 2) Algemene principes van palliatieve zorg, Pallialine, 2010
- 3) NABON-nota, Handboek organisatie mammazorg, NABON, april 2008

## Bijlage 1

### Kwaliteitsnormen Radiotherapie in Nederland\*

(Nvro Kwaliteitsnormen Radiotherapie in Nederland – 28 november 2014 – versie 3.0)

#### Inleiding

De radiotherapie in Nederland behoort tot de top in de wereld en wordt voor alle inwoners goed tot voldoende bereikbaar aangeboden.

Radiotherapie is een effectieve behandeling met relatief lage kosten<sup>1</sup> die bij ongeveer 45% van de patiënten met kanker wordt toegepast<sup>2</sup>, zowel voor curatie als palliatie. Op het gebied van radiotherapie speelt Nederland bovendien internationaal een belangrijke innoverende rol die leidt tot een voortdurende verbetering van kwaliteit van zorg door implementatie van nieuwe bestralingstechnologieën.

Deze vooraanstaande positie kon de radiotherapie mede innemen omdat het specialisme onderworpen was aan een vergunningenstelsel, aanvankelijk artikel 18, later artikel 2 Wet Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV), waardoor capaciteit, zorgvraag en de spreiding daarvan werden gereguleerd op basis van adviezen van de Gezondheidsraad, scenariocommissies, planningsbesluiten en de beroepsgroep.

In het Planningsbesluit Radiotherapie 2009<sup>3</sup> wordt geconcludeerd dat radiotherapie (met uitzondering van protonetherapie) voldoet aan de voorwaarden om per 01-01-2012 uit de WBMV te treden (per 01-08-2014 geëffectueerd). Ook wordt aangegeven dat de kwaliteitseisen van de beroepsgroepen, inclusief de minimumomvang van een centrum, na uitstroom onverminderd van kracht blijft. Gegeven dat voornemen, adviseerde een commissie van de Gezondheidsraad de Minister in plaats van het vergunningenstelsel een accreditatieverplichting in te stellen voor nieuwe en bestaande aanbieders, ook rekening houdend met spreiding en concentratie van radiotherapie zorg. Het Ministerie heeft de Nvro verzocht met voorstellen te komen voor een accreditatie document dat de normen beschrijft waaraan bestaande en nieuw op te richten afdelingen moeten voldoen. Voor nieuw op te richten afdelingen zou deze toetsing vooraf dienen plaats te vinden.

Sinds de invoering van het huidige zorgstelsel vastgelegd in de Zorgverzekeringswet per 01-01-2006 is de rol van de zorgverzekeraars veranderd. Zij proberen onder andere aan de hand van normen/indicatoren selectief in te kopen. Daarbij wordt gebruik gemaakt van de normen door het veld zelf opgesteld. Ook daarom is het van groot belang dat de Nvro normen beschrijft.

In dit document worden de normen beschreven waaraan een radiotherapie-afdeling (zowel hoofdlocatie als nevenvestiging) volgens de Nvro moet voldoen. De Nvro is van mening dat deze normen gehandhaafd moeten worden d.m.v. toetsing aan dit document. Een belangrijk toetsingsmoment van deze normen vormt de kwaliteitsvisitatie.

\*Deze versie van het document is besproken en geaccordeerd door de leden van de Nvro op de vergadering van 28-11-14.

<sup>1</sup>Norlund A; SBU Survey Group. Costs of radiotherapy. Acta Oncol. 2003;42(5-6):411-5.

<sup>2</sup>Nvro Rapport "Groei met Kwaliteit in de Radiotherapie. Een vooruitblik tot 2015". Juni 2007.

<sup>3</sup>Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 23 oktober 2009, nr. CZ/TSZ-2963442, houdende vaststelling van het Planningsbesluit radiotherapie 2009.

<sup>4</sup>Gezondheidsraad. "De radiotherapie belicht. Een vooruitblik tot 2015". Den Haag: Gezondheidsraad, 2008; publicatienr. 2008/27.

## **De normen**

De hieronder beschreven normen vormen een geheel en kunnen niet los van elkaar worden gezien. We maken onderscheid in:

1. Wettelijke en Ministeriële normen
2. Kwantitatieve normen
3. Kwalitatieve normen

### **Ad 1. Wettelijke en Ministeriële normen**

- Kernenergiewet
- Kwaliteitswet zorginstellingen
- IGZ rapporten
- WGBO
- Wet BIG
- WMO

### **Ad 2. Kwantitatieve normen**

Radiotherapie is hoog complexe oncologische zorg. In het NVRO rapport “Groei met Kwaliteit in de Radiotherapie. Een vooruitblik tot 2015” (2007)<sup>2</sup> en het Gezondheidsraad advies “De radiotherapie belicht. Een vooruitblik tot 2015” (2008)<sup>4</sup> zijn kwaliteitseisen vastgelegd voor instellingen waar radiotherapie wordt uitgevoerd of in de toekomst zal worden uitgevoerd. De volgende kwantitatieve normen zijn overeengekomen voor de hoofdlocatie van een afdeling Radiotherapie:

- a. Tenminste 4 lineaire versnellers (LV)
- b. Tenminste 8 radiotherapeuten en minimaal 6,4 fte
- c. Tenminste 3 fte klinisch fysici
- d. Tenminste 36 fte radiotherapeutisch laboranten
- e. In een instelling van bovengenoemde omvang worden minimaal 1200 nieuwe bestralingspatiënten per jaar behandeld (inclusief herhalingsbehandelingen overeenkomend met 1600 - niet “gewogen” - bestralingsseries per jaar). De instelling dient daartoe over een adherente bevolking van minimaal 500.000 inwoners te beschikken<sup>2,4</sup>.

Bij deze normen zijn de volgende kanttekeningen te maken:

1. De kwantitatieve normen kunnen niet los worden gezien van de kwalitatieve normen; deze vormen samen een integraal geheel.
2. De normen zijn gebaseerd op standaard bedrijfstijden (08.00 - 18.00 uur).
3. Er worden tenminste 4 grote tumorsoorten (i.c. mamma, prostaat, long, rectum) behandeld in de gehele breedte (stadium I-IV) van de aandoening. Een aantal relatief weinig voorkomende aandoeningen en behandelingen wordt landelijk geconcentreerd, bijvoorbeeld, totale huidbestraling, hyperthermie, bestraling van oogtumoren en brachytherapie voor baarmoederhalskanker.

De hoofdlocatie van de instelling waar radiotherapie wordt uitgevoerd, is echter in staat de overige radiotherapeutische zorg aan te bieden.

Indien er bewust van wordt afgezien de overige radiotherapeutische zorg in de volle breedte en binnen standaard bedrijfstijden aan te bieden, kan men afwijken van de kwantitatieve normen door het creëren van allianties. Bij een alliantie werkt een afdeling die de radiotherapeutische zorg niet in de volle breedte kan aanbieden, of niet aan de kwantitatieve normen kan voldoen, nauw samen met een afdeling Radiotherapie die wel voldoet aan alle normen zodat ze gezamenlijk daartoe wel in staat zijn en verantwoorde zorg kunnen leveren. Tenminste één partner in de alliantie voldoet aan de in dit document geformuleerde normen. Een nevenvestiging (zie 5) kan geen deel uitmaken van de alliantie. De alliantie wordt vastgelegd in een schriftelijke overeenkomst. In deze samenwerkingsovereenkomst wordt tenminste beschreven:

- Tussen welke partners de overeenkomst wordt gesloten en hun juridische positie.
- Welke behandelingen niet zullen plaatsvinden bij de betreffende partner.
- Op welke wijze de zorg en logistiek voor deze patiëntengroepen plaatsvindt.
- Op welke wijze de partner participeert in de MDO's waar deze patiënten worden besproken.
- Welke afspraken gemaakt zijn over behandelprotocollen.
- Hoe de medische en andere verantwoordelijkheden zijn geregeld (indien van toepassing).
- Op welke wijze de samenwerking wordt geëvalueerd en met welke interval.
- Op welke gronden de samenwerking kan worden beëindigd.

Indien er kwaliteitseisen worden gesteld aan de radiotherapeutische zorg welke door de NVRO zijn geautoriseerd, dient ook binnen allianties aan deze kwaliteitseisen te worden voldaan.

4. Afdelingen kunnen er om verschillende redenen (zoals capaciteitsuitbreiding, spreiding en concentratie van oncologische zorg) ook voor kiezen om nevenvestigingen (satellieten) te exploiteren. Voor een nevenvestiging geldt dat dit een behandellocatie is welke verbonden is met en functioneert onder verantwoordelijkheid van de hoofdlocatie. Daarnaast dient – indien sprake is van bestralingen op meer dan één locatie – minimaal te worden voldaan aan de volgende randvoorwaarden:

- 4.1. De nevenvestiging beschikt over minimaal twee klinisch beschikbare lineaire versnellers.
  - 4.2. Er is sprake van compatibele apparatuur, eenheid van beleid, kwaliteitssystemen, behandeling en scholing zodat de continuïteit en uitwisselbaarheid van behandelingen zijn gewaarborgd.
  - 4.3. De beschikbaarheid van klinische, fysische en technische/ICT expertise in kwantitatieve en kwalitatieve zin is voldoende gewaarborgd.
  - 4.4. De bestralingsvoorbereiding (*treatment planning*) voor alle locaties wordt centraal uitgevoerd en beheerd, of wordt decentraal onder supervisie van de hoofdlocatie uitgevoerd.
  - 4.5. Tussen hoofdlocatie en nevenvestiging(en) bestaat een voorziening t.b.v. elektronische data uitwisseling.
  - 4.6. Ook in de nevenvestiging wordt door de radiotherapeut-oncologen en fysici gewerkt volgens aandachtsgebieden.
5. De ontwikkelingen in de gezondheidszorg gaan snel. Ook deze normen hebben daarom een beperkte “houdbaarheidsdatum”. Het normdocument zal derhalve regelmatig worden geactualiseerd.

Ondanks deze beperkingen kiest de NVRO ervoor deze kwantitatieve normen in het belang van het behoud van kwaliteit te handhaven. De eisen aan de omvang van de medische en fysieke staf zijn namelijk gebaseerd op het uitgangspunt dat een radiotherapeutische generalist zonder steun van de superspecialist onvoldoende in staat geacht kan worden verantwoorde zorg te leveren. De oncologie is verdeeld in aandachtsgebieden. Hieronder wordt verstaan de behandeling van een tumorsoort (mamma, long, GE, etc.). Elk aandachtsgebied heeft een voortrekker (en een plaatsvervanger) die deelneemt aan het Landelijk Platform, de tumorspecifieke MDO's en eventueel richtlijnontwikkeling, zodat door superspecialisatie het hoogste niveau van zorg geboden kan worden.

Een radiotherapeut heeft 2-3 aandachtsgebieden en in verband met de noodzakelijke back-up zijn er voor elk aandachtsgebied tenminste twee radiotherapeuten beschikbaar. Een verdeling naar aandachtsgebied geldt ook voor de klinisch fysici. De "specialist" radiotherapeut heeft voldoende kennis en kunde van de radiotherapie die tijdens diensten nodig kan zijn.

Een radiotherapie-afdeling (hoofdlocatie en nevenvestiging) dient aan te tonen dat er een zorgvraag is die haar in staat stelt aan deze kwantitatieve eisen te voldoen, zonder de kwaliteit en toegankelijkheid van de radiotherapie regionaal en nationaal te schaden. Immers, naast de plicht per instelling verantwoorde zorg te leveren, is het evenzeer noodzakelijk om in Nederland goed gespreide zorg te leveren.

### **Ad 3. Kwalitatieve normen**

Deze zijn te beschouwen als normen voor "Good Radiotherapy Practice":

- De instelling participeert in diverse externe kwaliteitsaudits/-visitaties, in elk geval van de NVRO/NVKF/NVMBR.
- De instelling biedt *state of the art* zorg, maakt gebruik van moderne technieken zoals stereotaxie, en volgt landelijke en/of regionale multidisciplinaire richtlijnen en kan bij afwijking hiervan een transparante onderbouwing overleggen.
- De instelling participeert aantoonbaar in multidisciplinair overleg van de verwijzende instellingen met betrekking tot de diverse tumortypen.
- De instelling heeft een vastgelegd beleid voor kwaliteit en veiligheid, met name ook ten aanzien van apparatuur, dosimetrie en bestralingsuitvoering.
- De instelling werkt mee aan de kankerregistratie en kan de registratiegegevens van erkende prestatie-indicatoren overleggen.
- De instelling heeft een complicatieregistratie en neemt op basis hiervan aantoonbare maatregelen.
- De instelling registreert de wacht- en doorstroomtijden van patiënten en conformeert zich aan de geldende landelijke richtlijn.
- De instelling participeert in ketenzorg met andere disciplines die naast orgaangerichte disciplines ook betreffen medische oncologie, pathologie, radiologie, nucleaire geneeskunde, en bij voorkeur ook palliatieve zorg, psychosociale zorg en klinische genetica.
- Alle medewerkers van de instelling scholen zich permanent bij volgens landelijke voorschriften of bij afwezigheid daarvan volgens een eigen nascholingsplan, dat er naar streeft dat elke medewerker optimale zorg levert.