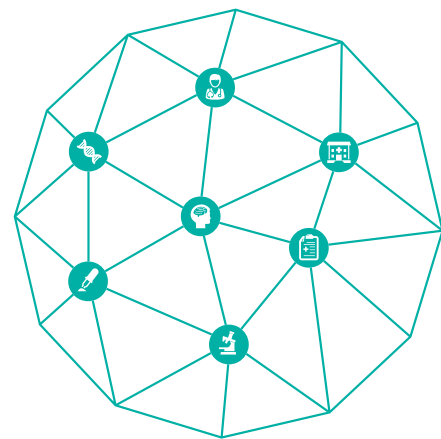


# SONCOS

Stichting Oncologische Samenwerking



## MULTIDISCIPLINAIRE NORMERING ONCOLOGISCHE ZORG IN NEDERLAND

SONCOS  
NORMERINGSRAPPORT 7  
2019



Aan dit SONCOS normeringsrapport 7 hebben de volgende organisaties meegewerkt:

#### INITIËRENDE VERENIGINGEN

Nederlandse Vereniging voor Chirurgische Oncologie*	NVCO
Nederlandse Vereniging voor Medisch Oncologie	NVMO
Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie	NVRO

#### ANDERE SONCOS LEDEN

Nationaal AYA 'Jong & Kanker' Platform	AYA
Nederlands Oogheekkundig Gezelschap	NOG
Nederlandse Federatie van Kankerpatiënten organisaties	NFK
Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose	NVALT
Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie	NVDV
Nederlandse Vereniging voor Endocrinologie	NVvE
Nederlandse Vereniging voor Gastro-intestinale Chirurgie*	NVGIC
Nederlandse Vereniging voor Heelkunde	NVvH
Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde	NVKNO
Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie	NVKG
Nederlandse Vereniging voor Longchirurgie*	NVvL
Nederlandse Vereniging voor Maag-darm-leverartsen	NVMDL
Nederlandse Vereniging voor Neurochirurgie	NVVN
Nederlandse Vereniging voor Neurologie	NVN
Nederlandse Vereniging voor Nucleaire Geneeskunde	NVNG
Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie	NVOG
Nederlandse Vereniging voor Pathologie	NVVP
Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie	NVPC
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie	NVvP
Nederlandse Vereniging voor Radiologie	NVvR
Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie	NVT
Nederlandse Vereniging voor Urologie	NVU
Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers	NVZA
Nederlandse Werkgroep Hoofd-Hals Tumoren	NWHHT
Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland Oncologie	V&VN oncologie
Vereniging voor Klinische Genetica Nederland	VKGN

\* De NVCO, NVGIC en de NVvL zijn officiële subverenigingen van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH)



# In tro DUCtie

## Introductie

Voor u ligt het zevende SONCOS normeringsrapport (2019). Het eerste SONCOS normeringsrapport werd gepubliceerd in december 2012. Het rapport voorzag in de behoefte van de beroepsgroepen van chirurg-oncologen (NVCO), internist-oncologen (NVMO) en radiotherapeut-oncologen (NVRO) om de (rand) voorwaarden waar goede oncologische zorg aan zou moeten voldoen, vast te leggen. Normen zijn geen doel op zich, maar gebaseerd op het streven van medisch specialisten om de zorg voor hun patiënten voortdurend te verbeteren. Professionaliteit is dan ook het uitgangspunt van de normen. De normen zijn een onderdeel van het professioneel kwaliteitssysteem van wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten, waar ook richtlijnen, kwaliteitsregistraties en –visitaties een onderdeel van zijn. Oncologische zorg is echter bij uitstek multidisciplinair, hetgeen zich uit in een groot aantal disciplines dat een bijdrage levert aan de SONCOS normen. Dit jaar hebben 26 partijen een bijdrage geleverd aan de totstandkoming van het normeringsrapport.

Op basis van technische innovaties, wetenschappelijke inzichten, ervaringen in de dagelijkse praktijk en consensus binnen de beroepsgroep, is oncologische

zorg voortdurend aan verandering onderhevig. Dat is de reden dat het SONCOS normeringsrapport dynamisch is en jaarlijks herzien wordt. Het streven is om de verbetering van de zorg voor oncologiepatiënten voortdurend aan te jagen. Voor de centra die oncologische zorg verlenen is afgesproken dat er na publicatie van nieuwe normen een jaar implementatietijd is om hier aan te voldoen, tenzij anders omschreven in dit document.

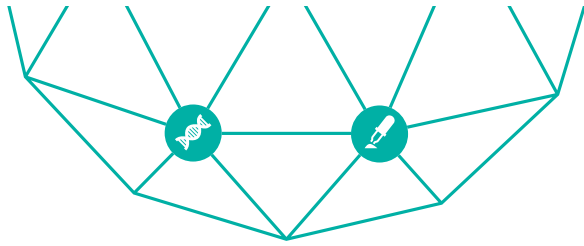
Zoals voorgaande jaren bevat het rapport een algemeen deel waarin de eisen die aan een oncologisch centrum gesteld kunnen worden beschreven staan en daarnaast een tumorspecifiek deel. In het algemene deel wordt aandacht gevraagd voor de behandeling van zeldzame tumoren. In het tumorspecifiek deel zijn nieuwe normen voor OVHIPEC behandelingen bij ovariumcarcinoom toegevoegd. Voor deze normen verliep de commentaarfase van SONCOS gelijk aan de autorisatiefase van de richtlijn vanuit waar deze normen afkomstig zijn. De bijlagen met kwaliteitsnormen van verschillende beroepsverenigingen zijn wederom integraal opgenomen in het rapport.



# In houds OP GAVE

1. Algemene voorwaarden voor oncologische zorg	6
Informatie en organisatie	6
Faciliteiten	7
Therapie en onderzoek	10
2. Voorwaarden voor oncologische zorg van specifieke tumortypen	12
BOT EN WEKE DELEN TUMOREN	12
Maligne bottumoren	12
Weke delen tumoren	12
HUIDTUMOREN	13
Melanoom	13
ENDOCRIENE EN NEURO-ENDOCRIENE TUMOREN	14
Neuro-endocriene tumoren	14
Schildkliercarcinoom	14
Overige endocriene tumoren	15
GASTROENTEROLOGISCHE TUMOREN	15
Oesophagus- en maagcarcinoom	15
Lever- en proximale galwegtumoren	16
Pancreas / distale galgang carcinoom	17
Colorectaal carcinoom	17
Peritoneale metastasering	18
GYNAECOLOGISCHE TUMOREN	19
Cervixcarcinoom	19
Endometriumcarcinoom	20
Ovariumcarcinoom (inclusief tuba- en peritoneaal carcinoom)	20
Vulvacarcinoom	21
HERSENTUMOREN	22
Gliomen	22
HOOFD-HALSTUMOREN	22
LONGTUMOREN	26
MAMMACARCINOOM	27
OOGTUMOREN	27
Retinoblastoom	27
Uveamelanomen	27
UROLOGISCHE TUMOREN	28
Blaascarcinoom	28
Niercelcarcinoom	28
Peniscarcinoom	29
Prostaatcarcinoom	29
Testiscarcinoom	30
Bijlagen	
Bijlage A) Normendocument NVvR	32
Bijlage B) Kwaliteitsrichtlijnen van de NVNG	32
Bijlage C) Aandachtsgebieden van de NVVP	32
Bijlage D) Kwaliteitsnormen Radiotherapie in Nederland*	34
Bijlage E) Criteria oncologieverpleegkundigen	37
Bijlage F) Beroepsprofiel verpleegkundig specialist	37
Bijlage G) Kwaliteitscriteria klinische farmacie	38
Bijlage H) Criteria voor Centra voor Longkankerpatiënten met zeldzame DNA afwijkingen	38

# 1. 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 behandelmogelijkheden 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 kwaliteitscontroles.
- Er wordt deelgenomen aan door de oncologische beroepsgroepen geaccordeerde landelijke kwaliteitsregistraties, waarbij wordt voldaan aan de minimum eisen per registratie per tumorsoort.
- 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” (IKNL oktober 2014, te raadplegen via [www.iknl.nl](http://www.iknl.nl)).
- Een samenwerkingsovereenkomst met één of meerdere referentiecentra voor consultatie en/of verwijzing, waarbij vastgelegd is wat het “service level” is, bij voorkeur schriftelijk. Voor een voorbeeld, zie [www.soncos.org/normeringsrapport](http://www.soncos.org/normeringsrapport).
- 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.
- Voor zeldzame kankers (incidentie < 6 nieuwe gevallen per jaar per 100.000 personen, dat wil zeggen minder dan ongeveer 1000 nieuwe gevallen per jaar in Nederland) worden patiënten voor diagnose, behandelplan en eventuele studieparticipatie overlegd met of verwezen naar een referentiecentrum. In een deel van de patiënten kan het behandelplan in het verwijzende centrum uitgevoerd worden.
- Een afdeling radiotherapie of een samenwerkingsovereenkomst met een afdeling radiotherapie.
- Eén of meerdere multidisciplinaire overleggen worden gehouden met voor ieder een tenminste wekelijkse frequentie (voor minder frequent voorkomende tumoren, mits het biologisch gedrag van de tumor dat toelaat, kan hiervan worden afgeweken en besloten tot een tweewekelijkse frequentie), waarin tenminste 90% van de patiënten wordt besproken met de mogelijkheid van consultatie van het referentiecentrum. De laagstadium huid- en blaastumoren 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.

Bij sommige tumoren is het lastig te bepalen in welk multidisciplinair overleg patiënt het beste besproken kan worden, bijvoorbeeld een melanoom in het hoofd-hals gebied. Voor de beste kwaliteit van zorg in deze gevallen kan het noodzakelijk zijn om patiënt in twee multidisciplinaire overleggen te bespreken, of alle behandelaren van belang van deze patiënt op andere wijze bij elkaar te brengen. Het verslag van het multidisciplinaire overleg wordt binnen 2 werkdagen 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. Het is mogelijk dat voor bepaalde tumorsoorten specifieke tijden zijn benoemd (zie specifieke tumortypen). 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 aandoe-ningen worden behandelprotocollen gevolgd die actueel (d.w.z. maximaal 3 jaar oud) zijn.
- Voor frequent behandelde aandoeningen (d.w.z. 20 of meer patiënten per jaar) zijn zorgpaden beschikbaar, waarbij is vastgelegd welke onderzoeken gedaan moeten worden, wat de minimum doorlooptijden zijn, welke indicatoren verzameld worden en wie op welk moment verantwoordelijk is voor onderzoek en beleid.
- Het verdient grote voorkeur dat patiënten waarbij de diagnose maligniteit is gesteld vóór start van een behandeling daarvoor gezien worden door een oncologieverpleegkundige voor nadere informatie en begeleiding.
- Steeds moet duidelijk zijn voor de patiënt en vastgelegd in het patiëntendossier, wie de hoofdbehandelaar is.
- Naast de hoofdbehandelaar heeft de patiënt toegang tot tenminste één vast aanspreekpunt cq case manager in de keten, zoals een verpleegkundig specialist, een oncologieverpleegkundige of een andere zorgverlener die de hierna te noemen rol kan vervullen:
  - Deze zorgverlener maakt onderdeel uit van een team waarin men elkaar onderling kan vervangen en dat onderdeel uitmaakt van het multidisciplinaire team voor diagnostiek en behandeling.
  - Deze zorgverlener overziet het hele multidisciplinaire en transmurale traject van diagnostiek, behandeling en nazorg.
  - Deze zorgverlener is inhoudelijk gespecialiseerd (middels officiële specialisatie of als aandachtsgebied) op de betreffende aandoening.
  - Deze zorgverlener kent de patiënt in zijn hele context.
  - Deze zorgverlener functioneert als vast aanspreekpunt voor de patiënt. Dit betekent dat:
    - Deze zorgverlener een vast anker is voor de patiënt gedurende het hele traject van diagnostiek en behandeling;
    - En dat deze zorgverlener toegang heeft tot het dossier van de patiënt en telefonisch of per email laagdrempelig en snel bereikbaar is voor vragen en begeleiding van de patiënt en/of naasten.
- Over follow-up na initiële behandeling zijn afspraken vastgelegd in de behandelprotocollen/zorgpaden.
- Er wordt deelgenomen aan een complicatieregistratie door alle betrokken specialismen.
- Er dient sprake te zijn van een kwaliteitscyclus: tenminste tweemaal per jaar wordt een complicatiebespreking gehouden, waaruit verbetertrajecten voor frequente en/of ernstige complicaties worden gestart. Resultaten uit de tumorspecifieke kwaliteitsregistraties genoemd in dit document worden elk kwartaal besproken en zo nodig worden verbeteracties ingezet, waarbij het effect wordt geëvalueerd.
- De oncologiecommissie van een ziekenhuis maakt een jaarverslag met daarin opgenomen 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 oncologische systeemtherapie). Minimaal de helft van het verpleegkundig personeel moet oncologieverpleegkundige zijn of de opleiding hiertoe volgen. (Bijlage E) 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. Per dienst dient tenminste één oncologieverpleegkundige op de dagbehandeling werkzaam te zijn. Toediening van oncologische systeemtherapie wordt gedaan door een oncologieverpleegkundige of iemand die hiervoor in opleiding is onder supervisie van een oncologieverpleegkundige. Een uitzondering hierop is blaasspoeling voor een laaggradig blaascarcinoom. Zorginstellingen hebben tot [1 januari 2022](#) de tijd om aan deze norm 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. Per dienst dient tenminste één oncologieverpleegkundige op de betreffende afdeling werkzaam te zijn. Toediening van oncologische systeemtherapie wordt gedaan door een oncologieverpleegkundige of iemand die hiervoor in opleiding is onder supervisie van een oncologieverpleegkundige. Een uitzondering hierop is blaasspoeling voor een laaggradig blaascarcinoom. Zorginstellingen hebben tot [1 januari 2022](#) om aan deze norm ten aanzien van het verpleegkundig personeel te voldoen.
- Voor dagbehandelingen en klinische afdelingen waar neuro-oncologische patiënten worden verzorgd geldt een uitzondering op bovenstaande eisen ten aanzien van oncologieverpleegkundigen. Voor deze afdelingen wordt een toegesneden opleiding ontwikkeld waarbij zowel in neurologische als oncologische deskundigheid wordt opgeleid. De norm die bovenstaand genoemd wordt voor oncologieverpleegkundigen geldt voor de neuro-oncologische afdelingen ten aanzien van deze specifiek neuro-oncologisch opgeleide verpleegkundigen.
- Indien een oncologische patiënt wordt opgenomen op een klinische afdeling die niet is ingericht voor oncologische zorg zoals bovengenoemd (bv bij een spoedopname), is consultatie van ter zake deskundige hulpverleners (oncologieverpleegkundige, artsen) beschikbaar.
- Elke verpleegkundige die verantwoordelijk is voor zorg aan oncologische patiënten, toont via deelname aan het kwaliteitsregister van V&VN (Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland) en/of het bijhouden van een portfolio van de eigen instelling aan dat hij/zij actueel vakbekwaam is op het gebied van de oncologieverpleegkunde.
- **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.
- Tenminste twee chirurgen met certificering in oncologische of gastro-intestinale chirurgie.
- Tenminste een plastisch chirurg op afroep beschikbaar, eventueel vanuit een ander centrum.
- 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 een internist-oncoloog en chirurg met certificering.
- Tenminste twee longartsen met aantoonbare expertise op het gebied van diagnostiek en behandeling van longoncologie.
- Van andere specialismen en aandachtsvelden tenminste twee specialisten met aantoonbaar specifieke expertise in de aandoening waarvoor zorg wordt verleend.
- In dit document wordt met de term "aantoonbaar specifieke expertise" bedoeld dat de specialist voor de aandoening die het betreft ervaring heeft, nascholing volgt en regelmatig patiënten met dergelijke aandoening behandelt/diagnosticeert op een door de eigen beroepsgroep geaccepteerd niveau.
- **Afdeling Radiologie**, functionerend conform het "Normendocument Nederlandse Vereniging voor Radiologie" (geaccordeerd 04-06-2015, te raadplegen via: [www.radiologen.nl](http://www.radiologen.nl)), met radiologen met hun aandachtsgebied in de behandelde aandoeningen. (Bijlage A)
  - Indien bij een MDO nucleaire of radiologische beeldvorming besproken wordt kan inbreng van expertise gedaan worden door één persoon, een radioloog met nucleair geneeskundige expertise of een nucleair genees-



kundige met radiologische expertise. Indien de betreffende aanvullende expertise bij de specialist niet aanwezig is wordt het MDO gedaan door zowel een radioloog als een nucleair geneeskundige.

- **Afdeling Nucleaire Geneeskunde**, functionerend conform de “Kwaliteitsrichtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Nucleaire Geneeskunde 2014” (te raadplegen via [www.soncos.org](http://www.soncos.org)). (Bijlage B)
  - Indien bij een MDO nucleaire of radiologische beeldvorming besproken wordt kan inbreng van expertise gedaan worden door één persoon, een radioloog met nucleair geneeskundige expertise of een nucleair geneeskundige met radiologische expertise. Indien de betreffende aanvullende expertise bij de specialist niet aanwezig is wordt het MDO gedaan door zowel een radioloog als een nucleair geneeskundige.
- **Afdeling Pathologie**, functionerend conform de eisen van de Nederlandse Vereniging Voor Pathologie (NVVP). Bij de afdeling werken pathologen (zgn aandachtspathologen) die voldoen aan de criteria van de NVVP voor de aandachtsgebieden in de ziektebeelden die in de zorginstelling(en) waaraan service wordt verleend, worden behandeld. (Bijlage C)
- Een zorginstelling dient eveneens te beschikken over een adequaat ingericht **laboratorium** voor Klinische Chemie, Medische Microbiologie (CCKL/ISO15189-geaccrediteerd) en Klinische Farmacie.
- Een afdeling **Klinische Farmacie** voldoet aan de criteria, zoals gesteld door de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers. (Bijlage G)
- Radiotherapeutische zorg met vaste contacten en afspraken voor verwijzing, waarbij vastgelegd is wat het “service level” is, bijvoorbeeld binnen hoeveel tijd een patiënt gezien kan worden. De **afdeling Radiotherapie** voldoet aan de normen die zijn vastgelegd in de “Kwaliteitsnormen Radiotherapie in Nederland” (versie 3.0 NVRO, 28 november 2014). (Bijlage D)
- **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 aan oncologie toegewijde anesthesioloog met registratie in pijngeneeskunde, waarbij het “service level” is vastgelegd.
- Faciliteiten en expertise in **palliatieve zorg**:
  - De zorginstelling dient te beschikken over een multidisciplinair team palliatieve zorg dat werkt volgens de richtlijnen palliatieve zorg ([www.pallialine.nl](http://www.pallialine.nl), 2017) en gebruik maakt van een instrument 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. De verpleegkundige is bij voorkeur een oncologieverpleegkundige of verpleegkundig specialist oncologie of anesthesiologie/pijngeneeskunde.
  - Tenminste één van de medisch specialisten in het multidisciplinaire team dient een 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, verpleegkundig specialist, palliatief verpleegkundige, psycholoog, psychiater, geestelijk verzorger, maatschappelijk werkende en eventueel oncologieverpleegkundige, 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.
- Er is aandacht in de instelling voor leeftijdsspecifieke zorg.
  - Voor Adolescents & Young Adults is het wenselijk dat een contactpersoon voor AYA's aanwezig is en er verwezen kan worden naar AYA kenniscentra waar een multidisciplinair AYA poli-zorgteam aanwezig is ([www.aya4net.nl](http://www.aya4net.nl)).
  - Voor ouderen, waarbij gebruik gemaakt kan worden van een frailty instrument.

## Therapie en onderzoek

- Oncologische systeemtherapieën (cytostatica, endocriene therapie, immunotherapie, biologicals) worden voorgeschreven door medisch specialisten met aantoonbare bekwaamheid (d.w.z. adequate opleiding en relevante ervaring t.a.v. de te geven therapie) in de toepassing van de betreffende therapie inclusief complicaties.
- Bij de systeemtherapieën dient gewerkt te worden middels een behandelprotocol wat is vastgesteld in een multidisciplinair team, waarvan tenminste de internist-oncoloog onderdeel is. Hiervan zijn behandelprotocollen van de longoncologie uitgezonderd gezien de specifieke deskundigheid van de longartsen op dit terrein.
- Indien immunotherapie met immuun-checkpoint inhibitors bij andere tumoren dan het gemetastaseerd melanoom toegepast gaat worden, dient voor het wekelijks multidisciplinair overleg een internist-oncoloog met aantoonbaar specifieke expertise in immunotherapie beschikbaar te zijn. Daarnaast moet er in de betreffende zorginstelling een multidisciplinair team, met onder andere MDL-arts, dermatoloog, immunologisch geïnteresseerde arts of endocrinoloog, en longarts, beschikbaar zijn om bijwerkingen te kunnen behandelen. Indien immunotherapie met checkpointinhibitors bij longcarcinoom wordt toegepast, dient voor het wekelijks multidisciplinair overleg een longarts met aantoonbare expertise in deze behandeling beschikbaar te zijn.
- In een centrum waar immunotherapie met immuun-checkpoint inhibitors gegeven wordt dienen minstens 20 patiënten per jaar hiermee behandeld te worden. Dit kunnen patiënten zijn met verschillende soorten kanker (bijvoorbeeld melanoom, longkanker, nierkanker of blaaskanker). Daarnaast moet voldaan worden aan de minimale normen voor ieder specifiek tumortype (zie onder).
- Bestralingsbehandeling, inclusief brachytherapie wordt uitgevoerd door een radiotherapeut-oncoloog volgens de kwaliteitseisen die door de NVRO 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.
- 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 geïncludeerd over een periode van 3 jaar.
- 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.
- Moleculaire Tumor Boards zijn aanwezig in gespecialiseerde referentiecentra en kunnen door ziekenhuizen geraadpleegd worden voor advies ten aanzien van specifieke mutaties in tumoren.
- Indien de wens bij een patiënt bestaat om palliatieve therapie of supportieve care in een andere (bijv. 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 (bijv. palliatieve chemotherapie voor gemetastaseerd oesophaguscarcinoom in een zorginstelling waar geen oesophaguschirurgie plaatsvindt).



## 2. Voorwaarden voor oncologische zorg van specifieke tumortypen



### BOT EN WEKE DELEN TUMOREN

#### Maligne bottumoren

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

#### 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, beoordeeld en verslagen door een radioloog met het betreffende aandachtsgebied.
- 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-oncoloog, internist-oncoloog, radioloog, radiotherapeut-oncoloog, patholoog, vertegenwoordiger van het referentiecentrum, case manager 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.
- Operaties worden uitgevoerd door een gecertificeerd chirurg-oncoloog.
- Er worden per jaar tenminste 10 nieuwe patiënten primair chirurgisch behandeld.
- Het besluit over systemische behandeling, inclusief de instelling waar deze wordt gegeven, vindt plaats in overleg met het referentiecentrum.

### 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 weergegeven dat bij verdenking door de huisarts op een melanoom de patiënt binnen twee weken gezien dient te worden door een dermatoloog. De mate van verdenking is hierbij ook van belang, een overduidelijk/gevorderd melanoom moet binnen enkele dagen gezien worden door een dermatoloog.
- Er is een afdeling pathologie beschikbaar met aantoonbaar specifieke expertise op het gebied van melanoom die toegang heeft tot alle benodigde technieken.
- Er is toegang tot een afdeling nucleaire geneeskunde die over een PET/CT faciliteit beschikt.
- 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 schildwachtklieeronderzoek op lokalisaties specifiek voor melanoom. Er is een operatiekamer met adequate faciliteiten waaronder een gamma probe. Operaties worden uitgevoerd door een gecertificeerd chirurg-oncoloog.
- Bij het wekelijkse multidisciplinaire overleg dienen in ieder geval de volgende specialisten vertegenwoordigd te zijn: chirurg, internist-oncoloog, radioloog/nucleair geneeskundige, radiotherapeut-oncoloog, patholoog, case manager en/of oncologieverpleegkundige en/of verpleegkundig specialist oncologie 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.
- Geïsoleerde extremitetsperfusies of –infusies vinden alleen plaats als er in de zorginstelling tenminste 10 van deze ingrepen per jaar worden verricht.

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.
- 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.

### Neuro-endocriene tumoren

Neuro-endocriene tumoren (waaronder ook de hooggradige neuro-endocriene tumoren, de zgn neuro-endocriene carcinomen) vormen een heterogene verzameling van tumoren waarvan de primaire tumor op verschillende lokalisaties in het lichaam kan voorkomen, meest frequent in longen, thymus, maag-darmstelsel en alvleesklier. Deze tumoren kunnen onderdeel zijn van een genetisch syndroom. Gezien het zeldzame karakter van deze tumoren heeft het de voorkeur deze patiënten te overleggen met één van de referentiecentra. Patiënten met gemetastaseerde neuro-endocriene tumoren dienen altijd overlegd te worden en bij voorkeur behandeld te worden in de referentiecentra. De neuro-endocriene tumoren van de long en kleincellige longcarcinomen vallen niet onder de hier genoemde normering, deze vallen onder de voorwaarden genoemd in het hoofdstuk over longcarcinoom.

Een referentiecentrum moet beschikken over/voldoen aan de volgende voorwaarden:

- Er zijn tenminste twee geregistreerde MDL-artsen met endo-echografische expertise, twee chirurgen, twee radiologen, één nucleair geneeskundige, één patholoog, één radiotherapeut, één internist-oncoloog, één internist-endocrinoloog, één longarts, één anaesthesist, één verpleegkundig specialist, allen met aantoonbaar specifieke expertise in neuro-endocriene tumorpathologie.
- Multislice CT en MRI zijn beschikbaar, waarbij is vastgelegd binnen hoeveel tijd de CT of MRI kan worden verricht, beoordeeld en verslagen door een radioloog met het betreffende aandachtsgebied.
- Dubbel ballon enteroscopie is beschikbaar of er is een centrum bekend waarnaar verwezen kan worden voor dubbel ballon enteroscopie.
- Er is een afdeling nucleaire geneeskunde met beschikbaarheid van tumorspecifieke tracers.
- Bij het wekelijkse multidisciplinaire overleg dienen in ieder geval de volgende specialisten met aantoonbaar specifieke expertise vertegenwoordigd te zijn: chirurg, MDL-arts, internist (endocrinoloog/oncoloog), longarts (bij de patiënten voor wie dit relevant is), radioloog/nucleair geneeskundige, radiotherapeut (bij de patiënten voor wie dit relevant is), patholoog, case manager en/of verpleegkundig specialist.
- In een referentiecentrum worden tenminste 50 nieuwe patiënten per jaar gezien.
- Pancreas-neuro-endocriene tumoren dienen geopereerd te worden in een centrum dat ook aan de eisen van chirurgie voor pancreascarcinoom voldoet.

Er bestaat de mogelijkheid om patiënten met gemetastaseerde neuro-endocriene tumoren in een niet-referentiecentrum te behandelen. Hiervoor dient de casus van de patiënt altijd te worden voorgelegd aan een referentiecentrum. Vanuit het referentiecentrum wordt aangegeven of de patiënt alsnog moet worden verwezen ofwel behandeling op locatie in het niet-referentiecentrum kan plaatsvinden en wat de behandeling (inclusief follow-up, evaluatie en nieuw overleg met het referentiecentrum) moet inhouden. Dit advies is bindend. In dit kader kan gekozen worden voor gedeeld behandelaarschap waarbij een patiënt op aangegeven tijden wordt geëvalueerd, overlegd met het referentiecentrum en verder op locatie behandeld. In een niet-referentiecentrum wordt de zorg voor patiënten met neuro-endocriene tumoren door één specialist met specifieke expertise in neuro-endocriene tumorpathologie gecoördineerd. Dit centrum dient de bovengenoemde faciliteiten voor beeldvorming (CT, MRI en nucleair geneeskundige scans) beschikbaar te hebben.

### 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, radioloog / nucleair geneeskundige, 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 tenminste 20 operaties voor (bij)schildklierafwijkingen per 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 tenminste 20 operaties voor (bij)schildklierafwijkingen per jaar.
- 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 schildklier-carcinoom 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.
- 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.

## 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 (of urologen voor bijniertumoren), 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.

## **GASTROENTEROLOGISCHE TUMOREN**

### Oesophagus- en 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 de zorg voor patiënten rondom oncologische oesophagus/maagchirurgie.
- 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 faciliteit beschikt.
- Neo-adjuvante en perioperatieve chemotherapie en chemoradiotherapie zijn beschikbaar. Medicamenteuze behandeling kan, in overleg met 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.
- 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/nucleair geneeskundige, radiotherapeut-oncoloog, patholoog, case manager en/of oncologieverpleegkundige en/of verpleegkundig specialist oncologie 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, worden tenminste 20 oesophagusresecties voor oesophaguscarcinoom verricht.
- Per jaar, per locatie, 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)

## 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-oncoloog, één internist-oncoloog en één nucleair geneeskundige, allen met aantoonbaar specifieke expertise in lever- en galwegtumoren.
- 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 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 (SLA) 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-oncoloog, patholoog, case manager en/of oncologieverpleegkundige en/of verpleegkundig specialist oncologie en eventueel andere verpleegkundigen. Er dient de mogelijkheid te zijn tot wekelijkse consultatie van een vertegen-



- woordiger 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, 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).
- Operaties worden uitgevoerd door een gecertificeerd chirurg-oncoloog of gecertificeerd gastro-intestinaal chirurg.

## Pancreas / distale galgang carcinoom

**Om pancreascarcinoom te kunnen behandelen moet een zorginstelling 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 de zorg voor patiënten rondom pancreaschirurgie.
- 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 scan faciliteit beschikt.
- Neo-adjuvante en perioperatieve chemotherapie en radiotherapie zijn beschikbaar. Medicamenteuze behandeling kan, in overleg met 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.
- 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-oncoloog, patholoog, case manager en/of oncologieverpleegkundige en/of verpleegkundig specialist oncologie 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, worden tenminste 20 pancreaticoduodenectomieën verricht.
- Specifieke, weinig voorkomende verrichtingen (zoals hilustumoren) worden binnen enkele centra in Nederland geconcentreerd en patiënten worden daar naartoe verwezen.
- Er wordt deelgenomen aan de Dutch Pancreatic Cancer Audit (DPCA).

## Colorectaal carcinoom

**Voor de behandeling van colorectaal 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 (of één MDL-arts en één internist met een geldig certificaat voor het verrichten van endoscopieën), twee chirurgen, twee radiologen, één patholoog, één radiotherapeut-oncoloog, één internist-oncoloog, allen met aantoonbaar specifieke expertise in colorectale pathologie.

- Multislice CT en MRI zijn beschikbaar, waarbij is vastgelegd binnen hoeveel tijd de CT of MRI kan worden verricht en verslagen door een radioloog met het betreffende aandachtsgebied.
- 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.
- Er zijn schriftelijke afspraken over genetische counseling en testen, inclusief sneldiagnostiek, waarbij in ieder geval de doorlooptijden zijn vastgelegd.
- 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/nucleair geneeskundige, radiotherapeut-oncoloog, patholoog, case manager en/of oncologieverpleegkundige en/of verpleegkundig specialist oncologie 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, multi-modaliteitsbehandelingen, reconstructieve chirurgie en eventueel intra-operatieve radiotherapie).
- Er wordt deelgenomen aan de Dutch Surgical Colorectal Audit (DSCA).
- Per jaar, per locatie, 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.
- Operaties worden uitgevoerd door een gecertificeerd chirurg-oncoloog of gecertificeerd gastro-intestinaal chirurg.

## 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:**

- Er is een één- á tweewekelijks multidisciplinair overleg voorafgaand aan de behandeling c.q. operatie.
- HIPEC behandelingen worden uitgevoerd door een operatieteam dat expertise heeft in de uitvoering van deze complexe hoog-risico ingrepen: dit geldt, naast de chirurgen, voor alle betrokken specialismen, zoals anesthesiologen, intensivisten en perfusionisten. Er is 24 uur beschikbaar van een interventie-radioloog die bekwaam is in het uitvoeren van interventies bij patiënten met complicaties van grote gastro-intestinale en oncologische ingrepen.
- Operaties worden uitgevoerd door een gecertificeerd chirurg-oncoloog of gecertificeerd gastro-intestinaal chirurg.
- 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, waarbij er 24 uur beschikking is over een arts voor de intensive care.
- De instelling moet vertegenwoordigd zijn in de landelijke HIPEC werkgroep.
- Per jaar, per locatie, 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.

Voor het uitvoeren van HIPEC behandelingen bij ovariumcarcinoom gelden andere normen. Deze zijn te vinden onder 'ovariumcarcinoom'.

## GYNAECOLOGISCHE TUMOREN

In de gynaecologische oncologie is sprake van zogenaamde gynaecologisch oncologische 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 permanente mogelijkheid tot overleg en structurele oncologische besprekingen.
- Er wordt deelgenomen aan de kwaliteitsregistratie voor gynaeco-oncologie, de Dutch Gynaecological Oncology Audit (DGOA).

## Cervixcarcinoom

**De diagnostiek, behandeling en follow up van cervixcarcinoom wordt bij voorkeur (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:**

- Het verdient de voorkeur om regionaal zorgpaden te ontwikkelen.
- Bij het wekelijkse multidisciplinaire overleg dienen in ieder geval de volgende specialisten vertegenwoordigd te zijn: gynaecoloog-oncoloog, internist-oncoloog, radioloog, radiotherapeut-oncoloog, patholoog, case manager en/of oncologieverpleegkundige en/of verpleegkundig specialist oncologie en eventueel andere verpleegkundigen.
- In een zorginstelling anders dan het gynaecologisch oncologisch centrum werken tenminste twee gynaecologen met aandachtsgebied gynaecologische oncologie (GOA) (of gynaecoloog-oncologen) die zorgen voor continuïteit van zorg.
- Alle chirurgische behandelingen van Stadia IA-2 en hoger vinden plaats in het gynaecologisch oncologisch centrum.
- Alle behandelingen van recidief cervixcarcinoom worden gecoördineerd door 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. Zie hiervoor ook de norm zoals die beschreven is in de notitie van de NVRO.
- Er dienen tenminste 20 (radicale) chirurgische ingrepen voor cervixcarcinoom per zorginstelling, per jaar verricht te worden, gerekend over een periode van 3 jaar.
- Er wordt deelgenomen aan de kwaliteitsregistratie voor gynaeco-oncologie, de Dutch Gynaecological Oncology Audit (DGOA).

## 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 bij voorkeur wekelijkse en minimaal tweewekelijkse multidisciplinaire overleg waarbij de hoog risico patiënten prospectief besproken worden, dienen in ieder geval de volgende specialisten vertegenwoordigd te zijn: gynaecoloog met aandachtsgebied gynaecologische oncologie, internist-oncoloog, radioloog, radiotherapeut-oncoloog, patholoog, case manager. Er dient de mogelijkheid te zijn tot consultatie van een gynaecoloog-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. In geval van een graad 3 endometriumcarcinoom waarbij een chirurgische stadiëring wordt verricht, wordt dit gedaan in een zorginstelling waar ook de stadiëring voor ovariumcarcinoom plaatsvindt.
- De zorginstelling waar patiënten met endometriumcarcinoom behandeld worden heeft toegang tot radiotherapie.
- Er zijn afspraken over het bespreken cq verwijzen van patiënten voor genetische counseling bij die patiënten waarbij dit geïndiceerd is.
- 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 moet een zorginstelling beschikken over/voldoen aan de volgende voorwaarden:**

- De zorginstelling vormt een integraal onderdeel van het regionaal samenwerkingsverband.
- Bij het wekelijkse multidisciplinaire overleg waarbij patiënten prospectief besproken worden, dienen in ieder geval de volgende specialisten vertegenwoordigd te zijn: gynaecoloog-oncoloog, evt gynaecoloog met aandachtsgebied gynaecologische oncologie, internist-oncoloog, radioloog, radiotherapeut-oncoloog, patholoog, case manager.
- In een niet-centrum zorginstelling werken tenminste twee gynaecologen met aandachtsgebied gynaecologische oncologie (GOA) (of gynaecoloog-oncologen), die zorgen voor continuïteit van zorg.
- De gynaecoloog-oncoloog participeert in elke stagering of debulkingoperatie.
- Er is een gastro-intestinaal chirurg aanwezig/beschikbaar.
- In een zorginstelling waar patiënten met ovariumcarcinoom worden geopereerd, worden minstens 20 debulkingoperaties per jaar verricht, gemiddeld over een periode van 3 jaar.
- Patiënten met sterke verdenking op ovariumcarcinoom en patiënten met ovariumcarcinoom waarvoor een stadiëringoperatie 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 volumenormenten.
- Chirurgische behandeling van een recidief ovariumcarcinoom vindt plaats in het gynaecologisch oncologisch centrum.
- Iedere patiënt met een recidief ovariumcarcinoom moet besproken worden met een internist-oncoloog uit een in Nederland erkend gynaecologisch oncologisch centrum.

- Er is beschikbaarheid van vriescoupe op locatie.
- Er zijn afspraken over het bespreken cq verwijzen van patiënten voor genetische counseling bij die patiënten waarbij dit geïndiceerd is.
- Er is beschikking over een intensive care afdeling met personeel, dat bekwaam is in de verzorging van patiënten na grote gynaecologisch oncologische ingrepen.
- Er wordt deelgenomen aan de kwaliteitsregistratie voor gynaeco-oncologie, de Dutch Gynaecological Oncology Audit (DGOA).

Om een veilige, gecontroleerde en kosteneffectieve introductie van Cytoreductieve Chirurgie (CRS) en Hypertherme Intraperitoneale Chemotherapie (HIPEC) bij het ovariumcarcinoom in Nederland te bewerkstelligen zal deze behandeling niet in elk ziekenhuis uitgevoerd worden. Voor het uitvoeren van deze behandelingen moet een zorginstelling beschikken over/voldoen aan de volgende voorwaarden:

- HIPEC voor het ovariumcarcinoom kan uitgevoerd worden in een van de erkende gynaecologische oncologische centra. In deze centra is tenminste 2,4 fte gynaecologisch oncoloog aanwezig om de pre- en postoperatieve zorg rondom deze procedure te waarborgen.
- De zorginstelling die geen gynaecologisch oncologisch centrum is maar waar wel de HIPEC voor het coloncarcinoom uitvoert, kan ook de HIPEC voor het ovariumcarcinoom gaan uitvoeren.
- Centra anders dan de erkende gynaecologische oncologische centra die de HIPEC willen gaan opzetten kunnen dit alleen doen na overleg binnen het regionale verband en in afstemming met het betreffende gynaecologisch oncologisch centrum.
- Start van HIPEC-behandeling voor ovariumcarcinoom in nieuwe centra gebeurt onder supervisie van een reeds bestaand centrum met aantoonbare deskundigheid in HIPEC-behandeling met ovariumcarcinoom of coloncarcinoom.
- Bij elke operatie waarbij cytoreductieve chirurgie en HIPEC voor het ovariumcarcinoom wordt uitgevoerd, is een gynaecologisch oncoloog aanwezig en is er een goede samenwerking met de GE-chirurg met ervaring in de HIPEC-behandeling binnen de colorectale chirurgie.
- Binnen de instelling wordt de HIPEC-behandeling door tenminste twee gynaecologen uitgevoerd die getraind zijn in de HIPEC-behandeling. Ook van de andere betrokken specialismen zoals anesthesiologie en perfusie zijn er tenminste twee specialisten met aantoonbaar specifieke expertise in HIPEC-behandeling.
- Er is beschikking over een intensive of medium care afdeling met personeel dat bekwaam is in de verzorging van patiënten na HIPEC en debulkingoperaties voor het ovariumcarcinoom. Er is beschikking over een verpleegafdeling waarbij verpleegkundigen werken die bekwaam zijn in de verzorging van patiënten na HIPEC en debulkingoperaties voor het ovariumcarcinoom.
- De instelling die HIPEC voor het ovariumcarcinoom verricht, moet vertegenwoordigd zijn in de Dutch Peritoneal Oncology Group om up-to-date te zijn met alle ontwikkelingen op dit gebied.
- Per jaar, per locatie, worden in het eerste jaar tenminste 10 HIPEC-behandelingen verricht voor de indicatie ovariumcarcinoom. Na dit eerste jaar zal besloten worden of deze norm gelijk gesteld wordt met de norm van minimaal 20 zoals bij andere hoogcomplexere chirurgie.
- Er wordt een prospectieve kwaliteitsregistratie bijgehouden binnen de DGOA zodat de kwaliteit tijdens de implementatiefase van deze nieuwe techniek gemonitord wordt en er na verloop van tijd beoordeeld kan worden of de indicatie voor het verrichten van een HIPEC na zowel een complete als een optimale debulking geïndiceerd blijft.
- Het nieuwe centrum dient te voldoen aan de eerder in het SONCOS normeringsrapport genoemde eisen ten aanzien van het starten van nieuwe therapieën.

## Vulvacarcinoom

**De primaire 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: gynaecoloog-oncoloog, internist-oncoloog, radioloog, radiotherapeut-oncoloog, patholoog, case manager en/of oncologieverpleegkundige en/of verpleegkundig specialist oncologie en eventueel andere verpleeg-

kundigen. Voor de niet-centrum zorginstellingen dient er de mogelijkheid te zijn tot wekelijkse consultatie van een gynaecoloog-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) die zorgen voor de continuïteit van zorg. Hier kan het volgende plaatsvinden: diagnostiek van primaire tumor en recidief, follow-up na primaire behandeling, chirurgische behandeling vulvacarcinoom 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 in de eerste twee jaar na sentinel node vindt plaats in een gynaecologisch oncologisch centrum.
- Er dienen tenminste 20 (radicale) chirurgische ingrepen voor vulvacarcinoom per zorginstelling, per jaar verricht te worden, gerekend over een periode van 3 jaar.
- Er wordt deelgenomen aan de kwaliteitsregistratie voor gynaeco-oncologie, de Dutch Gynaecological Oncology Audit (DGOA).

## HERSENTUMOREN

### Gliomen

**Een zorginstelling die patiënten met gliomen behandelt, moet voldoen aan de kwaliteitscriteria zoals vastgelegd in het document "Kwaliteitscriteria voor Neuro-Oncologie (LWNO, 2014, te raadplegen via [www.werkgroepeniknl.nl](http://www.werkgroepeniknl.nl)). De zorginstelling dient voorts te beschikken over/voldoen aan de volgende voorwaarden:**

- Diagnostiek middels MRI (volgens criteria sectie neuroradiologie NVvR) wordt bij verdenking op een hersentumor met voorrang verricht, verslagen door een radioloog met aantoonbare expertise in de neuro-oncologie en bij voorkeur binnen 5 werkdagen met de patiënt besproken.
- Er is een verpleegkundige met neuro-oncologische expertise beschikbaar, deze heeft een eigen spreekuur.
- Bij het wekelijkse (regionale) multidisciplinaire overleg dienen in ieder geval de volgende specialisten met aandachtsveld neuro-oncologie vertegenwoordigd te zijn: neurochirurg, neuroloog, radiotherapeut-oncoloog, internist-oncoloog, radioloog, patholoog, neuro-oncologie verpleegkundige.
- Er is toegang tot een afdeling radiologie en pathologie, waar aanvullende diagnostiek (inclusief moleculaire genetische diagnostiek) kan worden verricht, beoordeeld en door specialisten met aantoonbare expertise in de neuro-oncologie kan worden verslagen.
- Bij progressie/recidief wordt patiënt opnieuw besproken in het multidisciplinaire overleg.
- Er wordt actief deelgenomen aan (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 (regionale) multidisciplinaire overleg besproken.
- Het participerende neurochirurgisch centrum voert ten minste 50 hersentumor gerelateerde operaties per jaar uit.
- Er wordt deelgenomen aan de landelijke patiëntregistratie (Dutch Brain Tumor Registry (DBTR)).

## HOOFD-HALSTUMOREN

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

- Lip en Mondholte (ICD-10 code: C00, C02-C06).
- Orofarynx (ICD-10 code: C01, C05.1,2, C09, C10 en C14.2).
- Nasofarynx (ICD-10 code: C11).
- Hypofarynx (ICD-10 code: C12-C13).
- Larynx (ICD-10 code: C10.1, C32).

- Neusholte en neusbijholten (ICD-10 code: C30 en C31).
- Speekselklieren (ICD-10 code: C06.9, C07 en C08).
- Lymfkliermetastasen plaveiselcelcarcinoom van onbekende origine (ICD-10 code: C80.9).
- Gehoorgang/middenoor carcinomen (laterale schedelbasis) (ICD-10 code: C44.2).

**Naast bovengenoemde index tumoren kunnen ook de volgende tumoren als 'hoofdhals oncologie' worden beschouwd en kunnen dus vallen binnen de definities en kaders voor wat betreft organisatie:**

- Grote basaalcelcarcinomen, (lentigo maligna) melanomen, plaveiselcelcarcinomen stadium II en III of metastasen van huidtumoren in/van hoofdhals gebied.
- Hoofd-hals maligniteiten met schedelbasisbetrokkenheid waarvoor op indicatie multidisciplinaire behandeling met een neurochirurg geïndiceerd is.
- Schildkliercarcinomen met betrokkenheid van de larynx (ICD-10 code: C73).
- Cervicale oesophagus en trachea tumoren met/zonder betrokkenheid van de larynx (ICD-10 code: C15.0, C34.0).
- Maligne orbita-, niet oculaire tumoren, zoals oog-adnex tumoren inclusief traanklieren (ICD-10 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 opgezette 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 opgezette 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 patiënt-behandeling betrokken zorgverleners, waaruit een onderzoek- en behandeladvies aan de hoofdbehandelaar voortvloeit.

### Kaders

- 1 Alle patiënten met eerdergenoemde index ICD-10 codes dienen voor behandeling te worden beoordeeld door alle disciplines die bij de behandeling zullen worden betrokken, bij voorkeur gemeenschappelijk, 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 specialisten uit de desbetreffende instelling hebben deelgenomen aan het MDO, of nadat ruggespraak tussen de beoogde behandelaars heeft plaatsgevonden. Een concomitante combinatiebehandeling van radiotherapie en systeemtherapie (chemotherapie/targeted therapie) wordt beschouwd als één behandeling en dient daarom in één centrum gegeven te worden. Een HHOC mag samenwerken met één PP-HHO en één PPR. Om moverende redenen kan hiervan 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 (bijlage 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 voor wat betreft de genoemde indextumoren. Alleen patiënten die een deel van hun behandeling (chirurgie, radiotherapie, en/of chemotherapie / targeted therapie) in het betreffende instituut ontvangen mogen meegeteld worden in de aantallen patiënten. 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). Bij onvoldoende expertise wat betreft tumorchirurgie met betrokkenheid van de schedelbasis dient patiënt verwezen te worden naar een HHOC met voldoende ervaring.

Een PPR dient aan de volgende voorwaarden te voldoen:

- Minimaal 2 radiotherapeut-oncologen met als aandachtsgebied hoofdhal oncologie en daarin aantoonbare ervaring, voor een van de radiotherapeut-oncologen, 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-oncoloog.
- 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 therapie uit.
- Een PPR hanteert gelijke richtlijnen als het HHOC.



**TABEL 1: Minimale personele bezetting**

	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 radiotherapeut-oncoloog	2	2	2
Hoofdhals internist-oncoloog	1 (1)	1 (1)	
Dermatoloog	1	1	
Hoofdhals radioloog	1	1	
Reconstructief chirurg*	2	2	
Patholoog	1	1	
Nucleair geneeskundige	1	1	
Oncologieverpleegkundige/Case manager	1	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**

	HHOC*	Preferred Partner HHO*	Preferred Partner radiotherapie
Aantal nieuw behandelde patiënten/jaar	200	80	50
Chemoradiotherapie (CRT) / targeted therapy-RT	20	20	Nvt
Uitgebreide ablatieve resecties + (microchirurgische) reconstructies	20	20	Nvt
Maligne tumorbehandeling met betrokkenheid schedelbasis	10	10	Nvt
Percentage doorstroomtijd binnenkomst centrum – start behandeling < 30 dagen	80%	80%	Nvt
Deelname aan de Kwaliteits Audit hoofdhals tumoren (DHNA)	Ja	Ja	Nvt

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

## INDICATOR DOORSTROOMTIJDEN

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

## LONGTUMOREN

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

- Er zijn tenminste twee longartsen, twee chirurgen, één radiotherapeut-oncoloog, twee radiologen/nucleair geneeskundigen, één patholoog, allen met aantoonbaar specifieke expertise in longkanker.
- Bij het wekelijkse multidisciplinaire overleg dienen in ieder geval de volgende specialisten vertegenwoordigd te zijn: longarts, (long- en/of thorax)chirurg, radiotherapeut-oncoloog, radioloog/nucleair geneeskundige, patholoog, , case manager en/of oncologieverpleegkundige en/of verpleegkundig specialist oncologie en eventueel andere verpleegkundigen. Er dient de mogelijkheid te zijn tot wekelijkse consultatie van een vertegenwoordiger van het referentiecentrum bij dit overleg.
- Er is toegang tot 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 via de afdeling pathologie op een gestandaardiseerde manier waarbij minimaal therapie relevante mutaties en translocaties moet worden bepaald.
- Neo-adjuvante chemotherapie, chemoradiotherapie en stereotactische radiotherapie zijn beschikbaar, waarbij het "service level" is vastgelegd.
- Per jaar worden tenminste 50 nieuwe patiënten met longkanker behandeld per ziekenhuis.
- Indien in een zorginstelling longresecties worden verricht, moeten dit tenminste 20 longresecties per jaar zijn, gedefinieerd als segmentresectie, lobectomie en pneumectomie. De resecties worden verricht door een gecertificeerd longchirurg of thoraxchirurg.
- 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 longkanker behandelen, longresecties verrichten en/of behandelen met radiotherapie, nemen deel aan de landelijke registraties hiervan, de Dutch Lung Cancer Audit (DLCA-L), de Dutch Lung Surgery Audit (DLCA-S) en de Dutch Lung Radiotherapy Audit (DLCA-R).
- Een zorginstelling die immunotherapie geeft, moet aan de NVALT kwaliteitseisen voldoen en deelnemen aan de NVALT "Dure geneesmiddelen" registratie.
- Een zorginstelling die "targeted" therapie geeft voor patiënten met een zeldzame drivermutatie (prevalentie <5% van adenocarcinomen of plaveiselcelcarcinomen) dient een aantoonbare expertise te hebben en te voldoen aan de criteria voor longkankerpatiënten met zeldzame DNA afwijkingen (bijlage H).

## 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 en/of verpleegkundig specialist oncologie, twee chirurg-oncologen, één plastisch chirurg, twee radiologen, één patholoog, één radiotherapeut-oncoloog, één internist-oncoloog en één nucleair geneeskundige, allen met aantoonbaar specifieke expertise in mammapathologie (conform NABON-nota, april 2008, te raadplegen via [www.oncoline.nl](http://www.oncoline.nl)).
- Er is een herkenbare mammapoli.
- Mamma-MRI is beschikbaar, waarbij is vastgelegd binnen hoeveel tijd de MRI kan worden verricht, beoordeeld en verslagen door een radioloog / nucleair geneeskundige met het betreffende aandachtsgebied.
- Stereotactische biopsieën zijn beschikbaar, waarbij is vastgelegd binnen hoeveel tijd de biopsie kan worden verricht en verslagen door een patholoog.
- Er is toegang tot een afdeling nucleaire geneeskunde die de schildwachtlier 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 specialismen vertegenwoordigd: chirurg-oncoloog, internist-oncoloog, radioloog, radiotherapeut-oncoloog, patholoog, case manager, mammacare verpleegkundige en/of oncologieverpleegkundige en/of verpleegkundig specialist oncologie. 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 operatiekamer geschikt voor protheseschirurgie.
- Er is een zorgpad voor neo-adjuvante chemotherapie.
- Er zijn schriftelijke afspraken over genetische counseling en testen, 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, worden tenminste 50 operaties voor mammacarcinoom verricht.
- Operaties worden uitgevoerd door een gecertificeerd chirurg-oncoloog.

## OOGTUMOREN

### Retinoblastoom

- Gezien het zeldzame karakter van retinoblastoom (kanker van het netvlies bij kinderen) en het officieel bestaan van een landelijk expertisecentra voor zeldzame aandoeningen/ referentie centrum in Nederland dienen deze patiënten verwezen te worden naar dit centrum. De behandeling of adviezen vindt plaats vanuit dit centrum.

### Uveamelanomen

- Er is een zorgpad geformuleerd voor de zorg voor patiënten met een oogmelanoom.
- Alle patiënten met een uveamelanoom worden voorafgaand aan de behandeling multidisciplinair besproken. Dit multidisciplinair overleg vindt minimaal iedere twee weken plaats en bij dit overleg zijn tenminste aanwezig twee oogartsen en een radiotherapeut met aantoonbare ervaring in de oogoncologie.
- De centra moeten beschikken over schriftelijk informatie materiaal waarin alle behandelopties beschreven staan.
- Er is dedicated verpleegkundige zorg.
- Behandelresultaten worden geregistreerd en geëvalueerd.
- Er is een afdeling pathologie beschikbaar met aantoonbare expertise op het gebied van pathologie van uveame-

lanomen.

- Patiënten bij wie in het MDO tot enucleatie wordt besloten kunnen eventueel elders worden geopereerd maar weefsel wordt in een oogoncolologisch centrum beoordeeld.
- Er is wekelijks toegang tot een MDO met de internist oncoloog en chirurg voor patiënten met gemetastaseerde ziekte.

## UROLOGISCHE TUMOREN

### Blaascarcinoom

**Voor de behandeling van spierinvasief 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.
- Ten aanzien van doorlooptijden, als uitzondering op de in hoofdstuk 2 genoemde tijden, geldt dat bij het spierinvasief blaascarcinoom de tijd tussen eerste polikliniekbezoek en cystectomie maximaal 12 weken is, tenzij neo-adjuvante chemotherapie wordt gegeven.
- Er is beschikking over een intensive care afdeling met personeel, 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 / nucleair geneeskundige, radiotherapeut-oncoloog, patholoog, case manager en/of oncologieverpleegkundige en/of verpleegkundig specialist oncologie en eventueel andere verpleegkundigen. Er dient de mogelijkheid te zijn tot wekelijkse consultatie van een vertegenwoordiger van het referentiecentrum bij dit overleg.
- Het aantal cystectomieën voor blaascarcinoom bedraagt vanaf 1 januari 2019 minimaal 20 per jaar per locatie, uitgevoerd door gekwalificeerde urologen.
- 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.

### 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, radiotherapeut-oncoloog, patholoog, case manager en/of oncologieverpleegkundige en/of verpleegkundig specialist oncologie 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.
- Er 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 intensive care opvang na een dergelijke ingreep.
- Zorginstellingen die operatieve behandeling van niercelcarcinoom doen, moeten jaarlijks minstens 10 oncologische ingrepen aan de nier doen en tenminste 20 nieuwe patiënten met een niercarcinoom diagnosticeren/

behandelen.

- 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 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.

## Peniscarcinoom

**Voor de behandeling van peniscarcinoom >T1aG1 moet een zorginstelling beschikken over/voldoen aan de volgende voorwaarden:**

- Voorafgaand aan de behandeling van het peniscarcinoom met mogelijke lymfeklier- of afstandsmetastasering vindt een gestructureerd multidisciplinair overleg plaats.
- Bij het wekelijkse multidisciplinaire overleg dienen in ieder geval de volgende specialisten vertegenwoordigd te zijn: uroloog, internist-oncoloog, radioloog / nucleair geneeskundige, radiotherapeut-oncoloog, patholoog, case manager en/of oncologieverpleegkundige en/of verpleegkundig specialist oncologie en eventueel andere verpleegkundigen. Er dient de mogelijkheid te zijn tot wekelijkse consultatie van een vertegenwoordiger van het referentiecentrum bij dit overleg.
- Teneinde het proces van zorgconcentratie voor laag-volume chirurgie te bevorderen wordt het minimaal aantal behandelingen van patiënten met peniscarcinoom van een hoog-stadium tumor (>T1aG1) per jaar per ziekenhuislocatie gesteld op minimaal 10 nieuwe patiënten.
- Bij verdenking op of bij de diagnose peniscarcinoom van een hoog-stadium tumor (>T1aG1) dient een patiënt verwezen te worden naar een centrum met de volgende ervaring op het gebied van diagnose en behandeling van peniscarcinoom:
  - het stellen van een diagnose en bepalen van de uitbreiding van peniscarcinoom (o.a. m.b.v. Dynamic Sentinel node Biopsy (DSNB) en SPECT-CT);
  - het nemen van echogeleide cytologische bipten uit de liezen (radioloog/uroloog) en de expertise voor de beoordeling hiervan (patholoog);
  - aanwezigheid van gestructureerde indicatiestelling voor verwijzing naar medisch oncoloog of radiotherapeut dan wel overleg met een externe consulent (nationaal of internationaal);
  - de behandeling van peniscarcinoom van verschillende stadia inclusief chemotherapie, radiotherapie, diep en oppervlakkige inguinale klierdissectie en pelviene klierdissectie.
- De uroloog is de zorgcoördinator in de diagnosefase en schakelt de röntgenafdelingen, nucleaire geneeskunde en laboratoria voor pathologie en klinische chemie in.
- De tijd die verstrijkt tussen het stellen van de indicatie voor en het uitvoeren van een behandeling dient niet langer te zijn dan zes weken.

## Prostaatcarcinoom

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

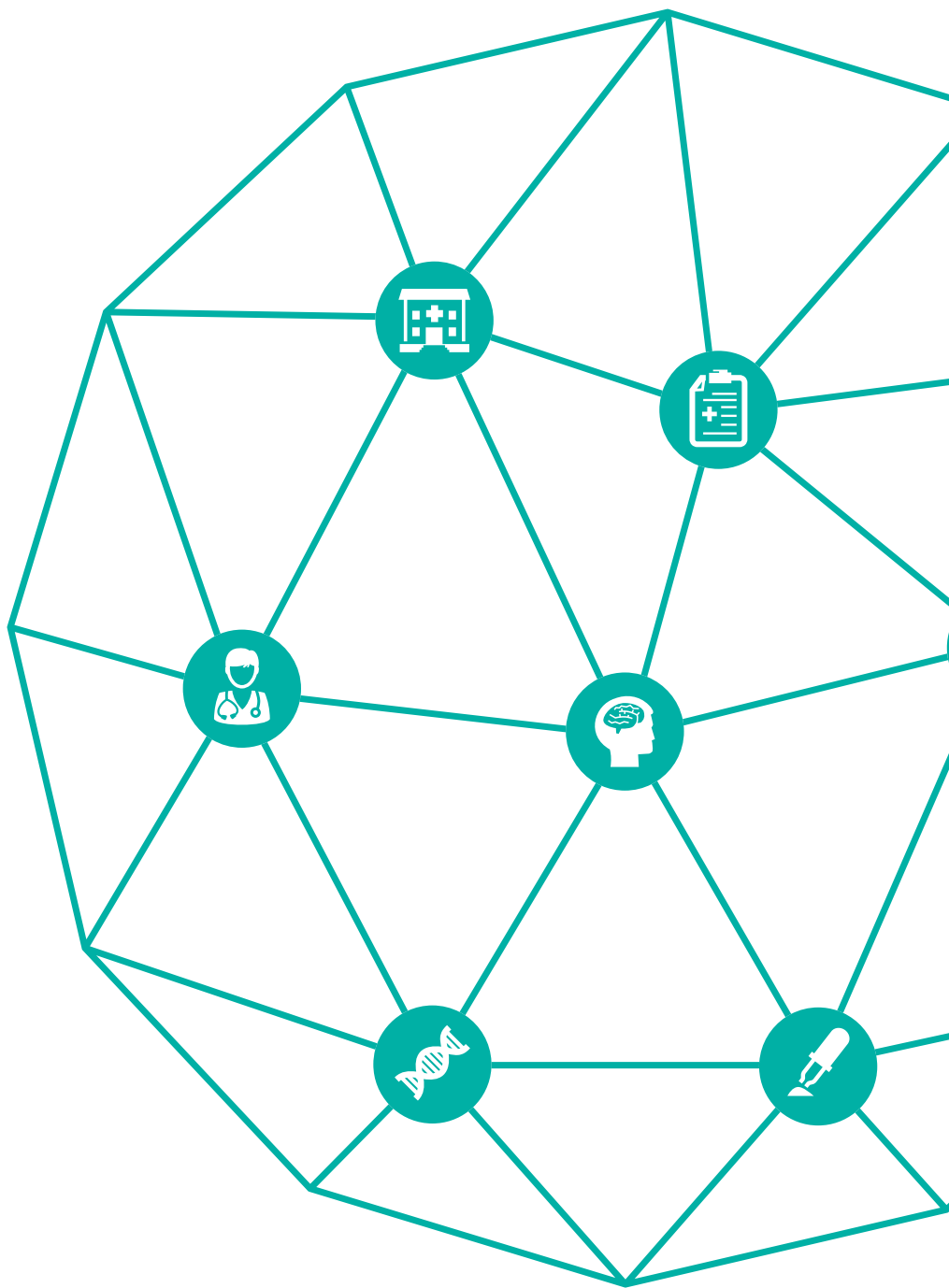
- Voorafgaand aan de behandeling vindt een gestructureerd multidisciplinair overleg plaats over het behandelvoorstel. Bij het wekelijkse multidisciplinaire overleg dienen in ieder geval de volgende specialisten vertegenwoordigd te zijn: uroloog, internist-oncoloog, radioloog/nucleair geneeskundige, radiotherapeut-oncoloog, patholoog, case manager en/of oncologieverpleegkundige en/of verpleegkundig specialist oncologie en eventueel andere verpleegkundigen. Er dient de mogelijkheid te zijn tot wekelijkse consultatie van een vertegenwoordiger van het referentiecentrum bij dit overleg.
- Op het moment dat sprake is van castratieresistent gemetastaseerd prostaatcarcinoom (d.w.z. tumorprogressie ondanks testosteron op castratieniveau) wordt het vervolgbeleid multidisciplinair besproken.
- In geval van gecombineerde hormonale en radiotherapie wordt afgesproken welke specialist verantwoordelijk is voor de hormonale therapie.

- Er is toegang tot een afdeling nucleaire geneeskunde die beschikking heeft over PET/CT en therapie met botzoekende radiofarmaca kan geven, waarbij het "service level" is vastgelegd.
- Er is tenminste één radioloog met aantoonbaar specifieke expertise in prostaatacarcinoom.
- Er is tenminste één internist-oncoloog met aantoonbaar specifieke expertise van de systeemtherapie van patiënten met prostaatacarcinoom.
- Het aantal radicale prostatectomieën voor prostaatacarcinoom bedraagt vanaf 1 januari 2019 minimaal 100 per jaar per locatie.
- Er wordt deelgenomen aan de registratie prostatectomie van de NVU

## Testiscarcinoom

**Voor de behandeling van testiscarcinoom 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 / nucleair geneeskundige, radiotherapeut-oncoloog, patholoog, vertegenwoordiger van het referentiecentrum, case manager en/of oncologieverpleegkundige en/of verpleegkundig specialist oncologie en eventueel andere verpleegkundigen.
- Er is tenminste één patholoog met aantoonbaar specifieke expertise in testiscarcinoom.
- Er is tenminste één internist-oncoloog met aantoonbaar specifieke expertise in testiscarcinoom en de systeemtherapie hiervoor.
- Inguinale orchiectomie moet zo spoedig mogelijk (bij voorkeur binnen 72 uur) na eerste presentatie van een patiënt met testiscarcinoom worden uitgevoerd, tenzij er een indicatie bestaat voor directe start met chemotherapie.
- Voor bepaling van het verdere beleid vindt na de orchiectomie, met uitslagen van pathologie en beeldvorming, gestructureerd multidisciplinair overleg plaats waarin alle testiscarcinoompatiënten worden besproken. Er dient de mogelijkheid te zijn tot consultatie van een expert van het referentiecentrum bij dit overleg.
- 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.
- Vóór een radicale orchiectomie dient semenpreservatie besproken te worden. Als een azoöspermie blijkt, wordt de patiënt een radicale orchiectomie en simultane oncoTESE ter fertiliteitpreservatie aangeboden in een centrum dat TESE verzorgt.
- Een zorginstelling die patiënten met stadium I testiscarcinomen dient jaarlijks tenminste 5 nieuwe patiënten met dit stadium in follow-up te zien.
- Indien een zorginstelling patiënten met een stadium hoger dan stadium I, maar wel "good risk" behandelt, moeten dit er tenminste 10 per jaar zijn.
- Alle patiënten met intermediaire of slechte prognose gemetastaseerde ziekte worden doorverwezen naar en behandeld in een referentiecentrum.
- Een kliniek die retroperitoneale lymfeklierdissecties als behandeling aanbiedt, dient dat tenminste 10x per jaar uit te voeren.





# Bijlagen

## **Bijlage A)**

### Normendocument NVvR

De versie zoals geaccordeerd 04-06-2015, te raadplegen via: [www.radiologen.nl](http://www.radiologen.nl)

## **Bijlage B)**

### Kwaliteitsrichtlijnen van de NVNG

De versie zoals goedgekeurd tijdens de Algemene Ledenvergadering van 3 juni 2014, te raadplegen via [www.SONCOS.org](http://www.SONCOS.org)

## **Bijlage C)**

### Aandachtsgebieden van de NVVP

Versie april 2016, goedgekeurd door ALV op 17 november 2016

#### **Achtergrond:**

In het algemeen geldt dat specialisatie binnen de pathologie de kwaliteit bevordert en de variabiliteit terugdringt, zoals uitgebreid in de literatuur beschreven is voor diverse deelgebieden. Door de toename in de complexiteit van de diagnostiek, met sterke uitbreiding van protocollair vast te leggen parameters, alsmede de snelle ontwikkeling hiervan op diverse deelgebieden binnen de pathologie, is voortschrijdende deelspecialisatie onontkoombaar. Voorts is er naast de van oudsher verregaand gespecialiseerde pathologen in de academische afdelingen ook in de perifere centra reeds een sterke trend richting schaalvergroting met deelspecialisatie aan de gang, welke zichzelf mede reguleert door lokale omstandigheden en case mix.

Hieruit vloeit de wens voort om op korte termijn te komen tot door de beroepsgroep opgestelde kwaliteitseisen voor gedefinieerde aandachtsgebieden / deelspecialisatie, welke kunnen leiden tot toetsbare criteria voor 'aantoonbare expertise'. Dit zal ook langere termijn de beste basis zijn voor relevante, acceptabele, werkbare en



toetsbare definities. Het biedt ook een kans om de hoge kwaliteit zichtbaar te maken, zowel binnen onze afdelingen als naar de partners van de pathologie in de multidisciplinaire zorg.

Na uitwerking in een ad hoc werkgroep en hierop volgende uitgebreide consultatie van de leden van de NVVP, met verwerking van het door de leden geleverde commentaar, is het 'discussiestuk aandachtsgebieden NVVP' (maart 2015) verwerkt tot het huidige document, waarin de normen voor de aandachtspatholoog worden gedefinieerd.

### **Definitie van termen**

Met betrekking tot de terminologie kan in algemene zin worden gesteld dat de term "aandachtsgebied" voor niveauverhoging in de breedte geldt, zonder bekwaamheden uit te sluiten, en "deelspecialisatie" van toepassing is wanneer een patholoog alleen een/enkele gebieden doet, en andere delen afstoot. "Expertstatus" dient te worden gereserveerd voor erkenning door vakbroeders. De in dit document gestelde normen hebben specifiek betrekking op aandachtsgebieden.

### **1. Normen voor de aandachtspatholoog**

Een patholoog die ziekten op een deelgebied van de pathologie diagnosticeert, dient zich niet alleen aantoonbaar bekwaamd te hebben in dit specifieke deelgebied, maar ook door middel van bijscholing de kennis en kunde hieromtrent op niveau te houden. Concreet betekent dit dat de betreffende patholoog zich tijdens de opleiding en/of door middel van een specifieke cursus van voldoende gewicht op dit gebied kan hebben bekwaamd. Bijscholing kan o.a. worden vormgegeven door het actief participeren in coupe-clubs en (inter-)nationale bijeenkomsten dit deelgebied betreffende. De behandelcentra zijn hierbij gelieerd aan een 'pathologengroep' waarin expertise als hierboven genoemd aanwezig is (al dan niet op de eigen locatie), zodat ook continuïteit van zorg is gewaarborgd, eventueel middels laagdrempelige consultatie van een aandachtspatholoog door een generalist. Dit laatste heeft met name betrekking op het feit dat de pathologie geen poortspecialisme is, en derhalve ook slechts beperkte invloed heeft op de aangeboden case mix. Dit zorgt er ook voor dat volumennormen voor individuele pathologen of laboratoria als geheel niet eenvoudig te stellen zijn zonder de continuïteit van zorg in gevaar te brengen. De onderstaande normen zijn opgesteld volgens de waarderingsystematiek van de OMS (waarin basisnormen (B) -good practice- en streefnormen (S) -best practice- gedefinieerd zijn); deze kunnen worden getoetst in het kader van de LVC visitatie.

De normen voor de 'aandachtspatholoog / patholoog met aantoonbare expertise' omvatten:

1. Beheersing van het aandachtsgebied inclusief integratie van de moleculaire pathologie (B)
2. Structurele deelname in diagnostiek voor het aandachtsgebied (B)
3. Structurele deelname aan het desbetreffende multi-disciplinair overleg (MDO; mits aanwezig) (S)
4. Specifieke nascholing geven en/of volgen (B)
5. Aanspreekpunt zijn voor kliniek voor het aandachtsgebied, en kwaliteit als aandachtspatholoog herkenbaar en aantoonbaar voor desbetreffende klinische afdelingen (S)
6. Werkzaam in "state of the art" pathologieafdeling (zie onder) (B)
7. Participatie in (indien beschikbaar) panel / (richtlijn)werkgroep (waarbij panel/werkgroep moet voldoen aan eisen, nl. o.a. agenda, aanwezigheidsregistratie, verslaglegging incl. nummers en diagnoses) (S)

Voor de afdeling waarin de 'aandachtspatholoog' is ingebed geldt:

### **2. "State of the art" pathologie-afdeling**

1. CCKL of ISO15189 accreditatie (B)
2. Deelname aan NVVP Beroepsvisitation (is een eis voor herregistratie van medisch specialisten) (B)
3. Deelname van één of meer pathologen aan oncologiecommissie, tumorwerkgroep, boards, zorgpaden, binnen het eigen ziekenhuis/-huizen (B)
4. Expertise in moleculaire pathologie is op afdeling aanwezig en/of de afdeling participeert in een samenwerkingsverband waarin moleculaire diagnostiek op kwalitatief goed niveau en met adequate snelheid gedaan wordt (B)
5. Continuïteit van bezetting van het aandachtsgebied is geborgd. Bijvoorbeeld door dubbele bezetting, samenwerking in netwerk met laagdrempelige consultatie mogelijkheden, digitale pathologie, overdracht etc (B)
6. Afdeling dekt structureel (>80%) de MDO's met bezetting door een aandachtspatholoog (S)

## Bijlage D)

# Kwaliteitsnormen Radiotherapie in Nederland\*

(NVRO Kwaliteitsnormen Radiotherapie in Nederland –16-06-2017– versie 4.0)

## 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 vergunningstelsel, 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 protonentherapie) 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 vergunningstelsel 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 kwaliteitsvisie.

## 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. Afdelingen kunnen naast een hoofdlocatie ook een nevenvestiging hebben (zie 4). De volgende kwantitatieve normen zijn overeengekomen voor een afdeling Radiotherapie:

- a. Tenminste 4 lineaire versnellers (LV) op de hoofdlocatie of 3 versnellers op de hoofdlocatie en 2 versnellers in de nevenvestiging
- b. Tenminste 8 radiotherapeuten en minimaal 6,4 fte. Wanneer er sprake is van een of meer nevenvestigingen moet het totaal aantal fte radiotherapeut per nevenvestiging minimaal 1,6 fte extra bedragen.
- c. Tenminste 3 fte klinisch fysici, wanneer sprake is van een nevenvestiging minimaal 4 fte
- d. Tenminste 36 fte radiotherapeutisch laboranten
- e. In een instelling van bovengenoemde omvang worden minimaal 1600 A's (DOT's behandelingen) in de hoofdlocatie dienen tenminste 1200 categorie A behandelingen te worden uitgevoerd. 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 een afdeling niet aan alle, maar wel aan 4 van de 5 bovenstaande normen (a t/m e) voldoet, kan een alliantie worden aangegaan met een afdeling Radiotherapie die wel aan alle normen voldoet. Hierdoor kan gezamenlijk verantwoorde zorg worden geleverd. Een nevenvestiging 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 en met welk interval de samenwerking wordt geëvalueerd.
- 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.

Indien een afdeling niet voldoet aan twee of meer normen (a t/m e), wordt een tijdelijke alliantie voor de duur van maximaal 2 jaar gedoogd. Dit moet vervolgens leiden tot de vorming van een nevenvestiging of een afdeling die wel aan minimaal 4 van de 5 normen voldoet.

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. Er worden minimaal 1200 plannings gemaakt op de hoofdlocatie.
  - 4.6. Ook in de nevenvestiging wordt door de radiotherapeut-oncologen en fysici gewerkt volgens aandachtsgebieden. Er is sprake van één team radiotherapeut-oncologen en één team klinisch fysici met vastgelegde taken en aandachtsgebieden. Er wordt minimaal een dag per week in de hoofdlocatie gewerkt.
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 fysische 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.

### **Ad 4. Brachytherapie**

Als de instelling gynaecologische brachytherapie<sup>5</sup> levert, bestaat het brachytherapie team uit minimaal twee radiotherapeut-oncologen, twee klinisch fysici en twee radiotherapeutisch laboranten. Dit team heeft de GEC-ESTRO

cursus voor gynaecologische brachytherapie gevolgd.

De planningen en behandelingen worden conform de GEC-ESTRO richtlijnen uitgevoerd.

- Voor cilinder/ovoïd vaginatop applicaties bestaat geen noodzaak tot centralisatie:

- Het team behandelt minimaal 10 patiënten en verricht 20 procedures per jaar, gemiddeld over drie jaar.

- Voor intra uterine applicaties bestaat wel noodzaak tot centralisatie:

- Het team behandelt minimaal 10 patiënten en verricht minimaal 20 procedures per jaar, gemiddeld over drie jaar.
- Ten behoeve van de planning wordt minimaal 1x een MRI gemaakt, met applicator in situ bij voorkeur tijdens de eerste applicatie.
- Naast de intracavitare applicator moet het mogelijk zijn gebruik te maken van de daarmee gecombineerde interstitiële techniek, in dit geval zeker met MRI planning.

- Voor interstitiële brachytherapie (anders dan interstitieel i.c.m. intracavitair bij het cervixcarcinoom) bestaat de noodzaak tot centralisatie.

---

*\*Deze versie van het document is besproken en geacordeerd door de leden van de NVRO op de vergadering van 16-06-2017*

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

2 NVRO Rapport "Groei met Kwaliteit in de Radiotherapie. Een vooruitblik tot 2015". Juni 2007.

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

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

5 Deze brachytherapie norm is besproken en geacordeerd door de leden van de NVRO op de vergadering van 14-6-2013.

---

## **Bijlage E)**

### Criteria oncologieverpleegkundigen

Een oncologieverpleegkundige is een persoon die aan één van de volgende voorwaarden voldoet:

- In bezit van een door College Zorg Opleidingen (CZO) goedgekeurd diploma.
- Indien tussen 2002 en 2006 gediplomeerd: een diploma dat in de Landelijke Regeling Verpleegkundige Vervolgopleidingen (LRVV) is goedgekeurd.

Indien voor 2002 gediplomeerd: een diploma behaald bij een zorginstelling die tussen 2002 en 2008 in de LRVV een erkenning voor deze opleiding heeft gekregen.

De werkzame oncologieverpleegkundige die niet aan bovenstaande gestelde criteria kan voldoen, maar wel een adequate opleiding heeft voltooid en een aantoonbare loopbaan binnen het oncologische vakgebied heeft, wordt aangemerkt als oncologieverpleegkundige.

Doordat vanaf 2008 een instelling een CZO-erkenning kan aanvragen en hierin een eigen verantwoordelijkheid heeft, is de vierde groep gericht op die verpleegkundigen die vòòr 2002 een opleiding hebben gevolgd, welke niet CZO erkend is en tot op de dag van vandaag bevoegd en bekwaam zijn binnen het specifieke oncologische vakgebied. Alleen een oncologieverpleegkundige met een CZO geaccrediteerde opleiding mag zich inschrijven bij wet BIG voor de module voorschrijfbevoegdheid.

Het expertisegebied oncologieverpleegkundige is te raadplegen via de link: [www.venvn.nl/Portals/1/Thema%27s/Beroepsprofiel/20150611%20Expertisegebied%20oncologieverpleegkundige.pdf?timestamp=1446635426413](http://www.venvn.nl/Portals/1/Thema%27s/Beroepsprofiel/20150611%20Expertisegebied%20oncologieverpleegkundige.pdf?timestamp=1446635426413)

## **Bijlage F)**

### Beroepsprofiel verpleegkundig specialist

Het beroepsprofiel van de Verpleegkundig Specialist is te raadplegen via de link:

[www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/Ouder%20dan%202010/4\\_profieel%20verpleegkundig%20specialist\\_def.pdf](http://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/Ouder%20dan%202010/4_profieel%20verpleegkundig%20specialist_def.pdf)

- Een verpleegkundig specialist (VS) heeft een verpleegkundige achtergrond en is BIG geregistreerd.
- Een VS is een zelfstandig behandelaar.

- Een VS is vaak een vast aanspreekpunt in de keten.
- Een VS heeft daarnaast een oncologie-opleiding gevolgd of de basisopleiding voor medisch oncologen.

## Bijlage G)

### Kwaliteitscriteria klinische farmacie

- In de zorginstelling wordt de farmaceutische oncologische zorg, zowel klinisch als poliklinisch, ingericht volgens kwaliteitskaders beschreven in Beroepsstandaard voor Apothekers van Ziekenhuizen (BAZ), 2016. Het door de NVZA opgestelde document Specifiek Zorgpad Specialistisch Farmaceutische Zorg Oncologie (versie 2017) vormt bij de inrichting van zorg een leidraad.
- Er is in de zorginstelling een ziekenhuisapotheker met aandachtsgebied oncologie. Deze aandachtsapotheker heeft zich bekwaamd door bijscholing, is laagdrempelig consulteerbaar en neemt zo nodig deel aan relevante MDO's en overleggen. Behandelprotocollen met chemotherapie worden mede-geautoriseerd door de apotheek.
- Door de zorginstelling wordt voldaan aan de Veldnorm "Voorschrijven, klaarmaken, ter hand stellen en toedienen van cytostatica", opgesteld door NVMO, NVZA en V&VN, versie 2015.
- De zorginstelling beschikt over (een overeenkomst met) een geaccrediteerd laboratorium waar klinisch farmaceutische bepalingen t.b.v. "therapeutic drug monitoring" en farmacogenetische bepalingen kunnen worden uitgevoerd.
- De zorginstelling beschikt over (een overeenkomst met) een bereidingsapotheek waar parenterale cytostatica en eventueel radiofarmaca voor toediening gereed gemaakt kunnen worden conform geldende kwaliteitsnormen beschreven in Good Manufacturing Practice Ziekenhuisfarmacie (GMP-z) hoofdstuk Z3 en Z4.

## Bijlage H)

### Criteria voor Centra voor Longkankerpatiënten met zeldzame DNA afwijkingen

Longkanker wordt gekenmerkt door afwijkingen in het DNA die verantwoordelijk zijn voor de groei van de tumor. Bij adenocarcinomen worden DNA afwijkingen die < 5% voorkomen zeldzaam genoemd. Omdat er een steeds groeiend aantal doelgerichte behandelingen (targeted therapy) ter beschikking komen, kunnen patiënten met deze zeldzame tumoren het best in een gespecialiseerd centrum behandeld worden. De NVALT heeft criteria opgesteld waaraan deze centra moeten voldoen om goede patiëntenzorg te leveren.

#### 1. Kwaliteit van Zorg

1. Hoog gespecialiseerde, vaak complexe zorg op het gebied van diagnostiek, behandeling, nazorg en follow-up voor patiënten met een zeldzame driver mutatie.
2. Ontwikkelt zorgstandaarden en richtlijnen en werkt mee aan verspreiding hiervan.
3. Zorgt voor een Moleculaire Tumor Board voor overleg en advisering over moleculaire afwijkingen bij longkanker.
4. Coördineert het zorgaanbod binnen de gehele keten voor doelgerichte behandelingen.
5. Draagt zorg voor wetenschappelijke ontwikkelingen ten aanzien van diagnostiek, behandeling en begeleiding van patiënten met driver mutaties blijkend uit wetenschappelijke publicaties en deelname klinische trials.
6. Beschikt over een systematiek om de kwaliteit van zorg te meten en waarborgen via NVALT Registry.

#### 2. Onderwijs en opleiding

1. Draagt zorg voor de opleiding van en overdracht van kennis naar nieuwe experts.

#### 3. Samenwerking met andere partijen

1. Werkt samen met patiëntenorganisaties om de kwaliteit van zorg te verbeteren.
2. Werkt samen op gebied van onderzoek en patiëntenzorg met andere expertisecentra in binnen- en buitenland.

#### **4. Informatie en communicatie**

1. Fungeert als informatiebron en vraagbaak voor zorgverleners, patiënten en hun familie.
2. Draagt zorg voor voorlichting over doelgerichte behandelingen targeted therapie en bijbehorende diagnostiek o.a. met NGS.

#### **5. Onderzoek**

1. Verricht (basaal) wetenschappelijk onderzoek op het gebied van zeldzame mutaties. Dat blijkt uit 10 publicaties over dit onderwerp de afgelopen 5 jaar door medewerkers van dit centrum.

#### **6. Grensoverschrijdende gezondheidszorg**

1. Coördineert en adviseert bij grensoverschrijdende gezondheidszorg met andere Centra in EU-landen waar patiënten en biologische samples kunnen worden doorverwezen.

## Colofon

Stichting Oncologische Samenwerking  
soncos@demedischspecialist.nl

Vormgeving: [www.ijzersterk.nu](http://www.ijzersterk.nu)

Deze uitgave is tot stand gekomen met financiële ondersteuning van het KWF.

© 2019 Niets uit deze uitgave mag geheel of gedeeltelijk worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar worden gemaakt, op welke wijze dan ook, zonder schriftelijke toestemming van de SONCOS. SONCOS sluit iedere aansprakelijkheid voor schade als gevolg van druk- en zetfouten uit.

# SONCOS

Stichting Oncologische Samenwerking

