

MULTIDISCIPLINAIRE NORMERING ONCOLOGISCHE ZORG IN NEDERLAND

1. Introductie

Dit document is opgesteld door SONCOS (Stichting ONCOlogische Samenwerking), het samenwerkingsverband tussen de Nederlandse Vereniging voor Chirurgische Oncologie, de Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie en de Nederlandse Vereniging voor Medische Oncologie). Het is gemaakt om te komen tot een uniform multidisciplinair kwaliteitskader voor de oncologische zorg bij volwassenen in Nederland. Het moet garant staan voor hoogkwalitatieve transparante oncologische zorg waarin de belangen van de patiënt centraal staan. Het document maakt duidelijk aan welke minimumeisen een zorginstelling en de bij de zorg betrokken artsen en andere professionals moeten voldoen om optimale zorg aan kankerpatiënten te verlenen. De afgelopen jaren kwamen er allerlei instanties zoals ziektekostenverzekeraars, inspecties en individuele patiëntenverenigingen met telkens verschillende eisen komen betreffende de door een instelling te leveren oncologische zorg. Het nu door de beroepsgroep zelf opgestelde normeringsrapport moet hiervoor in de plaats komen.

Bij het opstellen van de multidisciplinaire normering oncologie is onder anderen gebruik gemaakt van de conclusies en aanbevelingen uit het rapport “Zorgketen voor kankerpatiënten moet verbeteren” (IGZ, maart 2009¹), “Kwaliteitskader organisatie oncologische zorg” van het IKNL (IKNL, maart 2010²), nota over hoogcomplex, laagvolume oncologische zorg van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ, mei 2010³), “Kwaliteit van Kankerzorg in Nederland” van het Koningin Wilhelmina Fonds (KWF, juni 2010⁴) en “Normering Chirurgische Behandelingen” versie 3.0 van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH, juni 2012⁵). Ook is het rapport “Kanker in Nederland tot 2020” van het KWF (KWF, sept 2011⁶) in ogenschouw genomen om reeds rekening te houden met de toenemende incidentie en prevalentie van kanker bij een vergrijzende bevolking.

Over deze multidisciplinaire normering is meerdere malen overleg geweest met de Nederlandse Federatie voor Kankerpatiëntenorganisaties (NFK), de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra (NFU), de Orde van Medisch Specialisten en het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL). Met verschillende andere bij de behandeling van kanker betrokken beroepsverenigingen is overleg geweest. Aanvullingen van de Nederlandse Vereniging voor MDL-artsen (NVMDL) en de Nederlandse Vereniging voor Oncologische Gynaecologie (NVOG) en de Nederlandse Artsen voor Longziekten en Tuberculosebestrijding (NVALT) zijn opgenomen in het normeringsrapport. Genoemde verenigingen stemmen in met de inhoud van het gehele document. Overleg heeft ook plaatsgevonden met de Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU). Deze wil in dit stadium haar normering nog geen onderdeel uit laten maken van dit multidisciplinaire normeringsrapport. Normering ten aanzien van kinderoncologie en hemato-oncologie zijn in dit document buiten beschouwing gelaten omdat hier reeds andere regelingen gelden. Hetzelfde geldt voor de behandeling van hoofd/hals tumoren en hersentumoren. Ook voor een aantal zeldzaam voorkomende tumoren is nog geen normering opgenomen.

Dit document is goedgekeurd door de NVCO (en geaccordeerd door de Nederlands Vereniging voor Heelkunde), de NVRO en de NVMO.

Het zal een dynamisch document blijven, dat in ieder geval eens per jaar zal worden bijgesteld, ook als er geen aanleiding is om wijzigingen door te voeren. Daarmee kunnen ook lacunes die er nu nog instaan, zoals nadere omschrijving van de rol van ondersteuners als radiologen en pathologen, worden ingevuld. Daarnaast blijft er ruimte om in de toekomst aanvullingen te geven voor nu nog niet beschreven tumorsoorten en palliatieve zorg. Het rapport bevat een algemeen deel waarin de eisen die aan een oncologisch centrum gesteld kunnen worden, beschreven staan en daarnaast een tumorspecifiek deel.

Het rapport “Kwaliteitsnormen van Radiotherapie” van de NVRO is integraal als bijlage toegevoegd.

2. Algemene voorwaarden voor oncologische zorg

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

Informatie en organisatie

- Een informatievoorziening (bijv. via website) voor patiënten waarin de voorzieningen en behandel mogelijkheden van de betreffende zorginstelling voor de geboden oncologische zorg worden aangegeven.
- Een door de beroepsgroep geaccepteerde multidisciplinaire kwaliteitscontrole.
- Landelijke registratieprojecten, waaronder Dutch Surgical Colorectal Audit (DSCA) en Dutch Breast Cancer Audit/NABON Breast Cancer Audit.
- 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”²⁾.
- Een samenwerkingsovereenkomst met één of meerdere referentiecentra voor consultatie en/of verwijzing, waarbij vastgelegd is wat het “service level” is, bijvoorbeeld binnen hoeveel tijd een patiënt gezien kan worden.
- Een referentiecentrum moet tenminste voldoen aan de in dit document gestelde normen. Het is mogelijk dat een referentiecentrum niet voor alle tumortypen deze taak kan uitvoeren en het dus nodig kan zijn voor een zorginstelling om met meerdere referentiecentra samen te werken om de juiste expertise voor de verleende zorg te verkrijgen. Een referentiecentrum moet bovendien second opinions verlenen en actief zijn in onderzoek en onderwijs, blijkend uit deelname en initiatie van wetenschappelijk onderzoek, relevante publicaties en organisatie van (supra)regionale nascholingsactiviteiten.
- Een afdeling radiotherapie of een samenwerkingsovereenkomst met een afdeling radiotherapie.
- Eén of meerdere multidisciplinaire besprekingen worden gehouden met ieder een tenminste wekelijkse frequentie, waarin tenminste 90% van de patiënten worden besproken met de mogelijkheid van consultatie van het referentiecentrum. De laagstadium huidtumoren zijn hiervan uitgezonderd. Patiënten worden besproken voorafgaand aan de primaire behandeling en in geval van primair chirurgische behandeling ook postoperatief ten behoeve van het vervolgbeleid. Van alle besproken patiënten wordt het afgesproken beleid vastgelegd in het patiëntendossier.
- Behandelingen worden verricht conform geldende landelijke en/of regionale richtlijnen.
- 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. In uitzonderingsgevallen kan gemotiveerd van deze termijnen worden afgeweken.

- Voor betreffende aandoeningen worden behandelprotocollen gevolgd die actueel (dwz. maximaal 3 jaar oud) zijn.
- Voor frequent behandelde aandoeningen (dwz. 20 of meer patiënten per jaar) zijn zorgpaden beschikbaar, waarbij vastgelegd is wat het “service level” is van de in het zorgpad betrokken afdelingen en zorgverleners.
- Voor alle patiënten is een case manager beschikbaar of iemand anders die goed bereikbaar moet zijn voor patiënten en in staat is om deze in contact te brengen met de relevante zorgverlener.
- Steeds moet duidelijk zijn aan de patiënt en vastgelegd in het patiëntendossier wie de hoofdbehandelaar is.
- Over follow-up na initiële behandeling zijn afspraken vastgelegd in de behandelprotocollen/zorgpaden.
- Er wordt deelgenomen aan complicatieregistratie door alle betrokken specialismen.
- Tenminste tweemaal per jaar wordt een complicatiebespreking gehouden, waaruit verbetertrajecten voor frequente en/of ernstige complicaties worden gestart.

Faciliteiten

- Adequate (conform visitatie eisen IKNL) poliklinische faciliteiten, ingericht voor het verlenen van multidisciplinaire oncologische zorg. Tevens kunnen er hulpverleners in opleiding, onder supervisie werkzaam zijn.
- Een adequaat (conform visitatie eisen IKNL) ingerichte dagbehandeling, bemand door gediplomeerd personeel, voor behandeling van de betreffende aandoening, inclusief complicaties (bv dagbehandeling medische oncologie ingericht voor toediening van cytostatica). Minimaal de helft van het verpleegkundig personeel moet de aantekening oncologie hebben of de opleiding hiertoe volgen. Er kunnen hulpverleners in opleiding onder supervisie werkzaam zijn.
- 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 de aantekening oncologie hebben of de opleiding hiertoe volgen. Er kunnen hulpverleners in opleiding onder supervisie werkzaam zijn. Afdelingen longziekten waar patiënten met longkanker worden behandeld, zijn voor de komende drie jaar nog uitgezonderd van de bovengenoemde eis dat minimaal de helft van het verpleegkundig personeel de aantekening oncologie moet hebben of hiervoor in opleiding is.
- 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 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.
- Van andere specialismen en aandachtsvelden tenminste twee specialisten met aantoonbare deskundigheid in de aandoening waarvoor zorg wordt verleend.

- Er is een verpleegkundig specialist oncologie beschikbaar voor poliklinische en klinische patiënten.
- State-of-the-art radiologische afdeling met toegang tot moderne apparatuur, met radiologen met aantoonbare deskundigheid in de behandelde aandoeningen (bijlage met wat state-of-the-art inhoudt van radiologen, inclusief “service level”).
- State-of-the-art pathologische diagnostiek (bijlage met wat state-of-the-art inhoudt van pathologen, inclusief “service level”).
- State-of-the-art nucleaire diagnostiek (bijlage met wat state-of-the-art inhoudt van nucleair geneeskundigen, inclusief “service level”).
- State-of-the-art klinisch-chemische en microbiologische laboratoriumfaciliteiten (evt noemen aan welke DIN of andere norm men voldoet).
- State-of-the-art afdeling klinische farmacie (bijlage met wat state-of-the-art inhoudt van apothekers, ook aantal dedicated ziekenhuisapothekers noemen, inclusief “service level”).
- State-of-the-art radiotherapeutische zorg met vaste contacten en afspraken voor verwijzing, waarbij vastgelegd is wat het “service level” is, bijvoorbeeld binnen hoeveel tijd een patiënt gezien kan worden. De afdeling radiotherapie voldoet aan de normen die zijn vastgelegd in de “Kwaliteitsnormen Radiotherapie in Nederland” (NVRO, november 2011⁷). Dit document is bijgevoegd als bijlage 1.
- Klinische genetica met vaste contacten en afspraken voor verwijzing, waarbij vastgelegd is wat het “service level” is.
- Psychosociale zorgverlening, waarbij het “service level” is vastgelegd.
- Een afdeling diëtetiek, waarbij het “service level” is vastgelegd.
- Pijnteam met aan oncologie toegewijde anesthesioloog met registratie in pijngeneeskunde, waarbij het “service level” is vastgelegd.
- Faciliteiten en expertise in palliatieve zorg, waarbij het “service level” is vastgelegd.

Therapie en onderzoek

- Alle oncologische systeemtherapieën (cytostatica, endocriene therapie, immunotherapie, biologicals) worden gegeven door of in overleg met een internist-oncoloog. Oncologische systeemtherapieën voor longmaligniteiten worden gegeven door of in overleg met een longarts of internist-oncoloog. Indien gewerkt wordt met een behandelprotocol, kunnen andere specialisten endocriene systeemtherapie binnen een dergelijk protocol geven, mits een internist-oncoloog (of in voorkomende gevallen een longarts) het protocol heeft beoordeeld en goedgekeurd. In uitzonderingsgevallen kunnen andere specialisten ook de verdere oncologische systeemtherapieën geven indien gewerkt wordt met een behandelprotocol en de betreffende specialist kan aantonen bekwaam te zijn (dwz adequate opleiding en relevante ervaring tav de te geven therapie) in de toepassing van de betreffende therapie inclusief complicaties.
- De indicatie tot een bestralingsbehandeling, inclusief brachytherapie wordt gesteld en uitgevoerd door een radiotherapeut-oncoloog volgens de kwaliteitseisen die door het betreffende NVRO Landelijk Platform zijn vastgelegd.
- Er wordt deelgenomen aan klinisch wetenschappelijk onderzoek. Er wordt meegedaan aan minimaal 3 klinische studies waarbij per jaar totaal minimaal 15 patiënten worden geïncludeerd.
- Er bestaat de mogelijkheid om in een zorginstelling nieuwe geregistreerde therapieën toe te passen waarmee nog geen ervaring is en wel eisen aan worden gesteld. Vóór start van een dergelijke therapie dient het betrokken team van zorgverleners kennis en ervaring op te doen, bijvoorbeeld door volgen van informatiebijeenkomsten en cursussen. De infrastructuur van de zorginstelling dient geschikt te zijn (gemaakt) voor toepassen van de nieuwe therapie, inclusief opvang van complicaties. Na twee jaar wordt geëvalueerd en moet worden aangetoond dat aan

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

- Indien de wens bij een patiënt bestaat om palliatieve therapie of supportieve care in een andere (bv dichterbij gelegen) zorginstelling te krijgen dan de instelling van primaire behandeling, kan daar in overleg voor worden gekozen. Ook indien in de gewenste zorginstelling de betreffende primaire therapie niet wordt gegeven (bijv. palliatieve chemotherapie voor gemetastaseerd oesophaguscarcinoom in een zorginstelling waar geen oesophaguschirurgie plaatsvindt).

3. Voorwaarden voor oncologische zorg van specifieke tumortypen

Mammacarcinoom

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

- Er is een mammateam, bestaande uit tenminste een mammacare verpleegkundige, twee chirurgen, één plastisch chirurg, twee radiologen, één patholoog, één radiotherapeut, één internist-oncoloog, allen met aantoonbaar specifieke expertise in mammapathologie (conform NABON-Nota, april 2008⁸).
- Er is een herkenbare mammapoli.
- Mamma-MRI is beschikbaar, waarbij het “service level” is vastgelegd.
- Stereotactische biopsieën zijn beschikbaar, waarbij het “service level” is vastgelegd
- Er is toegang tot nucleaire diagnostiek.
- 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: een chirurg, internist-oncoloog, radioloog, radiotherapeut, patholoog, mammacare verpleegkundige en eventueel andere verpleegkundigen. Er dient de mogelijkheid te zijn tot wekelijkse consultatie van een vertegenwoordiger van het referentiecentrum en plastisch chirurg bij dit overleg.
- Er is een operatiekamer met adequate faciliteiten waaronder een gamma probe.
- Er wordt deelgenomen aan de Dutch Breast Cancer Audit/NABON Breast Cancer Audit.
- Per jaar worden tenminste 50 operaties voor mammacarcinoom verricht.

Colorectale carcinomen

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

- Er is een adequaat (conform eisen van de Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen) ingerichte endoscopie afdeling met beschikking over een dagcentrum voor bewaking na de procedure.
- Er zijn tenminste twee geregistreerde MDL-artsen (eventueel één MDL arts en één internist met deelcertificaat MDL/endoscopie), twee chirurgen, twee radiologen, één patholoog, één radiotherapeut, één internist-oncoloog, allen met aantoonbaar specifieke expertise in colorectale pathologie.
- Multislice CT en MRI zijn beschikbaar, waarbij het “service level” is vastgelegd.
- 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.
- Neo-adjuvante (chemo)radiotherapie is beschikbaar, waarbij het “service level” is vastgelegd.

- Er is een stomapolikliniek met stomaverpleegkundige.
- Bij het wekelijkse multidisciplinaire overleg dienen in ieder geval de volgende specialisten vertegenwoordigd te zijn: een chirurg, MDL-arts, internist-oncoloog, radioloog, radiotherapeut, patholoog, case manager en eventueel andere verpleegkundigen. Er dient de mogelijkheid te zijn tot wekelijkse consultatie van een vertegenwoordiger van het 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 (dwz. ervaring met excenteraties, multi-modaliteitsbehandelingen en intra-operatieve radiotherapie).
- Er wordt deelgenomen aan de Dutch Surgical Colorectal Audit.
- Per jaar worden tenminste 50 colorectale resecties verricht.
- Indien in een zorginstelling rectumresecties worden verricht, moeten dit er tenminste 20 per jaar zijn.

Levertumoren

Om leverchirurgie 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 in leverchirurgie bekwame chirurgen, twee geregistreerde MDL-artsen met ervaring in interventiescopieën (ERCP met stentplaatsing), twee interventieradiologen, één patholoog, één radiotherapeut en één internist-oncoloog.
- De chirurg is bij voorkeur gespecialiseerd in hepatobiliaire chirurgie.
- 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 radiofrequente ablatie (RFA), high intensity focused ultrasound (HIFU) en stereotactic body radiation therapy (SBRT).
- 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.
- Er wordt deelgenomen aan wetenschappelijk onderzoek ondersteund door de wetenschappelijke (sub)verenigingen of werkgroepen.
- Per jaar worden tenminste 20 leverresecties verricht, gemiddeld over een periode van de drie voorafgaande jaren.
- Specifieke en weinig voorkomende aandoeningen (zoals proximale galwegtumoren) worden binnen enkele centra geconcentreerd.

Behandeling van peritoneale metastasering

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

- HIPEC behandeling wordt door tenminste twee hierin bekwame chirurgen in de vakgroep uitgevoerd. Ook van de andere betrokken specialismen zoals anesthesiologie (en perfusionist) zijn er tenminste twee specialisten die toegewijd zijn aan HIPEC behandeling.
- Er is beschikking over een intensive care afdeling met personeel, inclusief artsen, dat bekwaam is in de verzorging van patiënten na HIPEC en andere grote gastro-intestinale en oncologische ingrepen.
- De instelling moet vertegenwoordigd zijn in de landelijke HIPEC werkgroep.

- Er wordt deelgenomen aan wetenschappelijk onderzoek ondersteund door de wetenschappelijke (sub)verenigingen of werkgroepen.
- Per jaar worden tenminste 20 HIPEC behandelingen verricht, gemiddeld over een periode van de drie voorafgaande jaren.
- Er wordt een database bijgehouden van alle patiënten die een HIPEC behandeling ondergaan inclusief gegevens over complicaties.
- 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.

Oesophagus/maagcarcinoom

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

- Er is een adequaat (conform eisen van de Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen) ingerichte endoscopie afdeling met beschikking over een dagcentrum voor bewaking na de procedure.
- Orale endo-echografie is beschikbaar, waarbij het “service level” is vastgelegd.
- Er zijn tenminste twee geregistreerde MDL-artsen met ervaring in interventiescopieën (dilataties, stentplaatsing, orale endo-echografie).
- 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.
- Neo-adjuvante chemotherapie en chemoradiotherapie zijn beschikbaar, waarbij het “service level” is vastgelegd.
- Zowel oncologische oesophagus- als maagchirurgie wordt door tenminste twee hierin bekwame chirurgen in de vakgroep uitgevoerd. Ook van de andere betrokken specialismen zoals anesthesiologie en interventieradiologie zijn er tenminste twee specialisten die toegewijd zijn aan oncologische oesophagus/maagchirurgie.
- Chirurgen die oncologische oesophagus- en maagchirurgie uitvoeren moeten gespecialiseerd zijn in oncologische chirurgie van de bovenste tractus digestivus.
- 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, inclusief artsen, 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: een chirurg, MDL-arts, internist-oncoloog, radioloog, radiotherapeut, patholoog, case manager en eventueel andere verpleegkundigen. Er dient de mogelijkheid te zijn tot wekelijkse consultatie van een vertegenwoordiger van het referentiecentrum bij dit overleg.
- Er wordt deelgenomen aan wetenschappelijk onderzoek ondersteund door de wetenschappelijke (sub)verenigingen of werkgroepen.
- Per jaar worden tenminste 20 oesophagusresecties voor oesophaguscarcinoom verricht.
- Per jaar worden in 2012 tenminste 10 en vanaf 2013 tenminste 20 maagresecties voor maagcarcinoom verricht.
- Specifieke, weinig voorkomende verrichtingen (zoals coloninterposities) worden binnen enkele centra geconcentreerd.

Pancreas/galwegcarcinoom

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

- Er is een adequaat (conform eisen van de Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen) ingerichte endoscopie afdeling met beschikking over een dagcentrum voor bewaking na de procedure met mogelijkheid tot het verrichten van interventie ERCP's.
- Orale endo-echografie, zowel diagnostisch als therapeutisch, is beschikbaar, waarbij het "service level" is vastgelegd.
- Er zijn tenminste twee geregistreerde MDL-artsen met ervaring in interventiescopieën (ERCP, dilataties, stentplaatsing, orale endo-echografie).
- Pancreas- en galwegcarcinoom chirurgie wordt door tenminste twee hierin bekwame chirurgen in de vakgroep uitgevoerd. Ook van de andere betrokken specialismen zoals anesthesiologie en interventieradiologie zijn er tenminste twee specialisten die toegewijd zijn aan pancreas- en galwegcarcinoom chirurgie.
- De chirurg is bij voorkeur gespecialiseerd in hepatobiliaire chirurgie.
- Er is beschikking over een intensive care afdeling met personeel, inclusief artsen, 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: een chirurg, MDL-arts, internist-oncoloog, radioloog, radiotherapeut, patholoog, nucleair geneeskundige, diëteticus, case manager en eventueel andere verpleegkundigen. Er dient de mogelijkheid te zijn tot wekelijkse consultatie van een vertegenwoordiger van het referentiecentrum bij dit overleg.
- De medicamenteuze behandeling kan, in overleg met het referentiecentrum, in het verwijzend ziekenhuis plaatsvinden, mits tevens uitgerust met ervaren MDL-artsen op het gebied van galwegpathologie.
- Er wordt deelgenomen aan wetenschappelijk onderzoek ondersteund door de wetenschappelijke (sub)verenigingen of werkgroepen.
- Per jaar worden tenminste 20 pancreas- en galwegcarcinoomresecties verricht.
- Specifieke, weinig voorkomende verrichtingen (zoals hilustumoren) worden binnen enkele centra geconcentreerd.

Neuroendocriene tumoren

Neuroendocriene tumoren vormen een brede verzameling van tumoren waarvan de primaire tumor op verschillende plekken in het lichaam voorkomen, meest frequent in het maag-darmstelsel en de alvelesklier. Deze tumoren kunnen onderdeel zijn van een genetisch syndroom. Gezien het zeldzame karakter van deze tumoren dienen patiënten verwezen te worden naar een centrum. Voor de behandeling van neuroendocriene tumoren moet een zorginstelling beschikken over/voldoen aan de volgende voorwaarden:

- Er is een adequaat (conform eisen van de Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen) ingerichte endoscopie afdeling met beschikking over een dagcentrum voor bewaking na de procedure.
- Er zijn tenminste twee geregistreerde MDL-artsen met endo-echografische expertise, twee chirurgen met ervaring in pancreas- en darmchirurgie, twee radiologen, één nucleair geneeskundige, één patholoog, één radiotherapeut, één internist-oncoloog, één endocrinoloog, allen met aantoonbaar specifieke expertise in neuroendocriene tumorpathologie.

- Multislice CT en MRI zijn beschikbaar, waarbij het “service level” is vastgelegd.
- Chemotherapie en targeted therapie behandeling is beschikbaar, waarbij het “service level” is vastgelegd.
- Er is een stomapolikliniek met stomaverpleegkundige.
- Bij het multidisciplinaire overleg dienen in ieder geval de volgende specialisten vertegenwoordigd te zijn: een chirurg, MDL-arts, internist-oncoloog, internist-endocrinoloog, radioloog, radiotherapeut, nucleair geneeskundige, patholoog, case manager en eventueel andere verpleegkundigen.
- Er is een nauwe relatie met de medisch geneticus.
- Er worden minimaal 20 nieuwe patiënten per jaar behandeld, waarvan minimaal 10 met systemische therapie.

Endocriene tumoren (chirurgisch deel, aanvullingen vanuit andere disciplines volgen)

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

- Patienten worden zowel voor als na de behandeling c.q. operatie multidisciplinair besproken.
- (Neo)-adjuvante behandeling is beschikbaar.
- Er is toegang tot peroperatieve scintigrafie/gammaprobe, echografie en/of rapid PTH meting.
- Er zijn tenminste twee chirurgen met ervaring in endocriene chirurgie, 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.
- Bij medullair of anaplastisch schildklier carcinoom wordt overleg gevoerd met een expertisecentrum.
- Bij bewezen schildklier carcinoom dient behandeling plaats te vinden in een instituut met aantoonbare expertise in ‘state of the art’ halsklierdissecties voor schildklier carcinoom.
- Voor (bij-)schildklierchirurgie geldt dat per jaar minimaal 20 operaties verricht moeten worden.
- Voor bijnierchirurgie geldt dat per jaar minimaal 10 operaties verricht moeten worden.

Melanoom

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

- Er is laagdrempelige toegang tot een afdeling dermatologie met specifieke expertise op het gebied van melanoom, waarbij het “service level” is vastgelegd.
- Er is een afdeling pathologie beschikbaar met specifieke expertise op het gebied van melanoom die beschikt over alle benodigde technieken.
- Er is een afdeling nucleaire geneeskunde beschikbaar die sentinel node procedure bij melanoom kan uitvoeren, waarbij het “service level” is vastgelegd.
- Er zijn tenminste twee chirurgen met expertise in het verrichten van schildwachtklieronderzoek op lokalisaties specifiek voor melanoom.
- Er is een operatiekamer met adequate faciliteiten waaronder een gamma probe.
- Bij het wekelijkse multidisciplinaire overleg dienen in ieder geval de volgende specialisten vertegenwoordigd te zijn: een chirurg, internist-oncoloog, radioloog, radiotherapeut, patholoog, case manager en eventueel andere verpleegkundigen. Er dient de mogelijkheid te zijn tot wekelijkse consultatie van een vertegenwoordiger van het melanoomcentrum bij dit overleg.

- Voorafgaand aan de behandeling van patiënten met stadium IIIb, IIIc en IV wordt overleg gepleegd met het melanoomcentrum.
- Pelviene liesklierdissecties (iliacale/obturator klieren) voor lymfekliermetastasen van melanoom vinden alleen plaats als er in de zorginstelling 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.
- Behandeling van patiënten met een gemetastaseerd melanoom vindt alleen plaats in een melanoomcentrum of in een centrum dat de officiële status van partner van een melanoomcentrum heeft.
- Een melanoomcentrum heeft tenminste twee internist-oncologen met affiniteit en ervaring in immunotherapie en targeted therapy, specifiek de behandeling met ipilimumab, vemurafenib en nog komende nieuwe middelen. Daarnaast is een melanoomcentrum aantoonbaar betrokken bij het initiëren van nieuwe diagnostiek en/of nieuwe behandelingen op het gebied van melanoom.
- Een melanoomcentrum behandelt jaarlijks minstens 20 patiënten met een gemetastaseerd melanoom.
- Een partner van een melanoomcentrum dient aan dezelfde criteria te voldoen als een melanoomcentrum, maar hoeft niet zelf betrokken te zijn bij het initiëren van onderzoek naar nieuwe diagnostiek en/of behandelmethoden voor het gemetastaseerde melanoom. De partner moet schriftelijke werkafspraken hebben gemaakt met een melanoomcentrum. Daarin wordt onder andere vastgelegd dat een partnerziekenhuis via multidisciplinair overleg met het melanoomcentrum overlegt over een patiënt voorafgaande aan een nieuwe behandeling.
- Melanoomcentra en partnerziekenhuizen houden van al hun patiënten met een gemetastaseerd melanoom een register bij (Dutch Melanoma Treatment Audit)
- In overleg met een melanoomcentrum kan besloten worden om behandeling van een patiënt met een gemetastaseerd melanoom met dacarbazine of supportieve care bij een uitbehandelde patiënt, te laten plaatsvinden in een niet-partnerziekenhuis. Het melanoomcentrum houdt van deze patiënten ook een register bij.

Weke delen tumoren

Weke delen tumoren cq sarcomen vormen een heterogene groep van zeldzaam voorkomende tumoren waarvan ca 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 het “service level” is vastgelegd.
- Er is een afdeling pathologie beschikbaar met specifieke expertise op het gebied van sarcomen, waaronder moleculaire diagnostiek.
- Er is een vast contact met een referentiecentrum met expertise in weke delen sarcomen.
- Er is een multidisciplinair team voor het bespreken van het diagnostisch en behandelbeleid dat tenminste bestaat uit een chirurg, internist-oncoloog, radioloog, radiotherapeut, patholoog, nucleair geneeskundige, vertegenwoordiger van het referentiecentrum, case manager en eventueel andere verpleegkundigen.
- Er is tenminste één keer per week multidisciplinair overleg waarin alle (100%) patiënten vóór invasieve diagnostiek en behandeling worden besproken met het referentiecentrum.

- Het in het multidisciplinair overleg geformuleerde advies voor diagnostiek en therapie (inclusief de instelling waar de therapie plaatsvindt) is bindend.
- Er is multidisciplinair overleg na de behandeling/operatie.
- Er worden per jaar tenminste 10 nieuwe patiënten chirurgisch behandeld door de afdeling chirurgie.
- Systemische behandeling, inclusief de instelling waar deze wordt gegeven, vindt plaats in overleg met het referentiecentrum.

Maligne bottumoren

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

Systemische behandeling van niercelcarcinoom

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

Specifiek urologische eisen worden nog ingevuld

- Bij het wekelijkse multidisciplinaire overleg dienen in ieder geval de volgende specialisten vertegenwoordigd te zijn: een uroloog, internist-oncoloog, radioloog, radiotherapeut, patholoog, case manager en eventueel andere verpleegkundigen. Er dient de mogelijkheid te zijn tot wekelijkse consultatie van een vertegenwoordiger van het referentiecentrum bij dit overleg.
- Er is tenminste één internist-oncoloog met bijzondere belangstelling voor het niercelcarcinoom en ervaring met systeemtherapie hiervoor, met name immunotherapie en targeted therapy.
- Systemische therapie wordt door een internist-oncoloog ingesteld.
- Systemische behandeling van niercelcarcinoom vindt alleen plaats als er in de betreffende zorginstelling jaarlijks tenminste 10 patiënten met deze aandoening systemisch behandeld worden, gemiddeld over een periode van de drie voorafgaande jaren, tenzij voor een specifieke patiënt in overleg met het referentiecentrum anders besloten wordt.

Testiscarcinoom

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

Specifiek urologische eisen worden nog ingevuld

- Bij het wekelijkse multidisciplinaire overleg dienen in ieder geval de volgende specialisten vertegenwoordigd te zijn: een uroloog, internist-oncoloog, radioloog, radiotherapeut, patholoog, vertegenwoordiger van het referentiecentrum, case manager en eventueel andere verpleegkundigen.
- Er is tenminste één patholoog en één radioloog met aantoonbaar specifieke expertise in testiscarcinoom.
- Er is een vast contact met een referentiecentrum met expertise tav testiscarcinoom.
- Er is multidisciplinair overleg na orchidectomie waarin alle (100%) patiënten worden besproken met het referentiecentrum. In geval van een patiënt met slechte prognose (poor risk) dient reeds direct bij het bekend worden van de status slechte prognose overleg met het referentiecentrum plaats te vinden.
- Het in het multidisciplinair overleg geformuleerde advies voor therapie is bindend.

- Er is tenminste één internist-oncoloog met bijzondere belangstelling voor het testiscarcinoom en ervaring met systeemtherapie hiervoor.
- Er worden per jaar tenminste 5 patiënten met klinisch stadium I en tenminste 10 patiënten met goede prognose gemetastaseerde ziekte behandeld, gemiddeld over een periode van de drie voorafgaande jaren.
- Alle patiënten met intermediaire of slechte prognose gemetastaseerde ziekte worden doorverwezen naar en behandeld in een referentiecentrum.
- Zenuwsparende retroperitoneale lymfeklierdissecties worden verricht in referentiecentra, die er tenminste vijf per jaar verrichten.

Ovariumcarcinoom

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 dienen in ieder geval de volgende specialisten vertegenwoordigd te zijn: een gynaecoloog, internist-oncoloog, radioloog, radiotherapeut, patholoog, case manager en eventueel andere verpleegkundigen. Er dient de mogelijkheid te zijn tot wekelijkse consultatie van een vertegenwoordiger van het referentiecentrum bij dit overleg.
- Er zijn 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.
- Er worden minimaal 20 debulkingoperaties per jaar verricht.
- Stageringsoperaties worden uitgevoerd in de zorginstellingen die debulkingsoperaties verrichten.
- Beschikbaarheid van vriescoupe op locatie.
- Er is beschikking over een intensive care afdeling met personeel dat bekwaam is in de verzorging van patiënten na grote gynaecologisch oncologische ingrepen.

Endometriumcarcinoom

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

- Bij het wekelijkse multidisciplinaire overleg dienen in ieder geval de volgende specialisten vertegenwoordigd te zijn: een gynaecoloog, internist-oncoloog, radioloog, radiotherapeut, patholoog, case manager en eventueel andere verpleegkundigen. Er dient de mogelijkheid te zijn tot wekelijkse consultatie van een vertegenwoordiger van het referentiecentrum bij dit overleg.
- Er zijn tenminste twee gynaecologen met aandachtsgebied gynaecologische oncologie (GOA) (of gynaecoloog-oncologen), die zorgen voor continuïteit van zorg.
- Stadium I en het klinisch niet-manifeste Stadium II: diagnostiek, coördinatie, chirurgische behandeling, follow-up, diagnostiek recidief, chemotherapeutische en hormonale behandeling van het recidief moet plaatsvinden in overleg met het referentiecentrum.
- In opzet curatieve behandeling Stadium IIB, III en IV en chirurgische behandeling van een recidief vindt plaats in het referentiecentrum.
- Het klinisch manifeste Stadium IIB wordt behandeld in het referentiecentrum.
- Chirurgische behandeling van het clear cell of sereus papillair endometriumcarcinoom en Stadium IIA vindt plaats samen of in nauw overleg met de gynaecoloog-oncoloog, ter plaatse of in referentiecentrum.

- Palliatieve behandeling van Stadium III en IV en radiotherapeutische behandeling van recidief vindt plaats in overleg met het referentiecentrum.

Cervix carcinoom

Voor de behandeling van cervixcarcinoom 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: een gynaecoloog, internist-oncoloog, radioloog, radiotherapeut, patholoog, case manager en eventueel andere verpleegkundigen. Er dient de mogelijkheid te zijn tot wekelijkse consultatie van een vertegenwoordiger van het referentiecentrum bij dit overleg.
- Er zijn 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 referentiecentrum (IA-2 kan evt. ook in niet-centrum worden behandeld, na overleg met het referentiecentrum).
- Alle behandelingen van recidief cervixcarcinoom vinden plaats in het referentiecentrum. (nota organisatie gynaecologische oncologie, 2008).
- In de zorginstelling moeten minimaal 20 radicale hysterectomieën voor (vroeg stadium) cervixcarcinoom per jaar worden verricht, gemiddeld over een periode van de drie voorafgaande jaren, om deze patiënten chirurgisch te mogen behandelen.

Vulvacarcinoom

Voor de behandeling van vulvacarcinoom 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: een gynaecoloog, internist-oncoloog, radioloog, radiotherapeut, patholoog, case manager en eventueel andere verpleegkundigen. Er dient de mogelijkheid te zijn tot wekelijkse consultatie van een vertegenwoordiger van het referentiecentrum bij dit overleg.
- Er zijn tenminste twee gynaecologen met aandachtsgebied gynaecologische oncologie (GOA) (of gynaecoloog oncologen), die zorgen voor continuïteit van zorg.
- Chirurgische behandeling macro-invasief vulvacarcinoom en recidief vulvacarcinoom vindt plaats in het referentiecentrum.
- Follow-up na sentinel node vindt plaats in het referentiecentrum.
- In de zorginstelling moeten minimaal 20 ruime locale excisies in combinatie met sentinel node of liesklierdissectie voor vulvacarcinoom per jaar worden verricht, gemiddeld over een periode van de drie voorafgaande jaren, om deze patiënten chirurgisch te mogen behandelen

Longcarcinoom

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

- Er zijn tenminste twee longartsen, twee chirurgen, één radiotherapeut, twee radiologen, één nucleair geneeskundige en één patholoog, allen met aantoonbare expertise in longkanker.
- Bij het wekelijkse multidisciplinaire overleg dienen in ieder geval de volgende specialisten vertegenwoordigd te zijn: longarts, (thorax)-chirurg, radiotherapeut, radioloog, patholoog, nucleair geneeskundige, case manager en eventueel andere verpleegkundigen. Er dient de mogelijkheid te zijn tot wekelijkse consultatie van een vertegenwoordiger van het referentiecentrum bij dit overleg.

- Er is een adequaat ingerichte endoscopie afdeling waar bronchoscopie en endobronchiale echografie verricht kan worden. Er worden minimaal 100 scopieën per jaar worden verricht.
- Er is toegang tot endo-oesophageale echografie.
- Er is toegang tot spoedradiodiagnostiek met echografie, CT-scan en angiografie.
- Er is toegang tot nucleaire diagnostiek met tenminste ventilatie-perfusiescintigrafie en PET-scan.
- Er is toegang tot (minimaal invasieve) diagnostiek van het mediastinum.
- De doorlooptijd voor diagnostiek bij mediastinale uitbreiding is maximaal vijf weken.
- Er is mogelijkheid voor peroperatief vriescoupe onderzoek.
- Er is toegang tot moleculaire diagnostiek.
- Neo-adjuvante chemotherapie, chemoradiotherapie en stereotactische radiotherapie zijn beschikbaar, waarbij het “service level” is vastgelegd.
- Per jaar worden tenminste 25 patiënten met longkanker behandeld.
- Indien in de zorginstelling longresecties worden verricht, moeten dit tenminste 20 longresecties per jaar zijn, gedefinieerd als segmentresectie, lobectomie en pneumectomie.
- In zorginstellingen die longresecties verrichten is te allen tijde mogelijkheid tot het verrichten van spoedthoracotomie.
- In zorginstellingen die longresecties verrichten is beschikking over een intensive care afdeling met personeel dat bekwaam is in de verzorging van patiënten na longchirurgie.

Bronnen

- 1) Zorgketen voor kankerpatiënten moet verbeteren, Inspectie voor de Gezondheidszorg, 11 maart 2009
- 2) Kwaliteitskader organisatie oncologische zorg, IKNL, maart 2010
- 3) Nota Voorstel voor een algemene aanpak voor het vaststellen van volumennormen voor hoogcomplexere verrichtingen met laag volume, Inspectie voor de Gezondheidszorg, 21 mei 2010
- 4) Kwaliteit van Kankerzorg in Nederland, KWF, juni 2010
- 5) Normering Chirurgische behandelingen versie 3.0, Nederlandse Vereniging voor Heelkunde, juni 2012
- 6) Kanker in Nederland tot 2020, trends en prognoses, Koning Wilhelmina Fonds, september 2011
- 7) Kwaliteitsnormen Radiotherapie in Nederland, Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie, 25 november 2011
- 8) NABON-Nota Handboek organisatie mammazorg, april 2008

Bijlage 1

Kwaliteitsnormen Radiotherapie in Nederland*

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 kosten¹ die bij ongeveer 45% van de patiënten met kanker wordt toegepast², 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 2009³ wordt geconcludeerd dat radiotherapie (met uitzondering van protontherapie) voldoet aan de voorwaarden om per 01-01-2012 uit de WBMV te treden. 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.

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.

*Dit document is besproken en geaccordeerd door de leden van de NVRO op de vergadering van 25-11-2011.

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

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

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

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

De normen

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

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

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. De “case mix” van de meeste afdelingen Radiotherapie is redelijk vergelijkbaar. Toch wordt een aantal relatief weinig frequent voorkomende aandoeningen en behandelingen landelijk geconcentreerd, bijvoorbeeld totale huidbestraling, hyperthermie, bestraling van oogtumoren en brachytherapie voor baarmoederhalskanker.

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

Indien er bewust van wordt afgezien de overige radiotherapeutische zorg in de volle breedte en binnen standaard bedrijfstijden aan te bieden, kan men afwijken van de kwantitatieve normen door het creëren van allianties. Bij een alliantie werkt een afdeling die de radiotherapeutische zorg niet in de volle breedte kan aanbieden, of niet aan de

kwantitatieve normen kan voldoen, nauw samen met een hoofdlocatie van een afdeling Radiotherapie zodat ze gezamenlijk daartoe wel in staat zijn en verantwoorde zorg kunnen leveren. Tenminste één partner in de alliantie voldoet aan de in dit document geformuleerde normen. Een nevenvestiging (zie 4) kan geen deel uitmaken van de alliantie. De alliantie is vastgelegd in een juridische samenwerkingsovereenkomst, waarin afspraken worden gemaakt over gezamenlijke richtlijnen, behandelprotocollen en een uniform kwaliteitssysteem, en waarin wordt geregeld welke behandelingen c.q. aandachtsgebieden op welke locatie binnen de alliantie worden gegeven. De overeenkomst beschrijft tevens de medische en andere verantwoordelijkheden binnen de alliantie. Indien er kwaliteitseisen worden gesteld aan de radiotherapeutische zorg welke door de NVRO zijn geautoriseerd, dient ook binnen allianties aan deze kwaliteitseisen te worden voldaan.

4. Afdelingen kunnen er om verschillende redenen (zoals capaciteitsuitbreiding, spreiding en concentratie van oncologische zorg) ook voor kiezen om nevenvestigingen (satellieten) te exploiteren. Voor een nevenvestiging geldt dat dit een behandellocatie is welke verbonden is met en functioneert onder verantwoordelijkheid van de hoofdlocatie. Daarnaast dient – indien sprake is van bestralingen op meer dan één locatie – minimaal te worden voldaan aan de volgende randvoorwaarden:
 - 4.1. De nevenvestiging beschikt over minimaal twee klinisch beschikbare lineaire versnellers.
 - 4.2. Er is sprake van compatibele apparatuur, eenheid van beleid, kwaliteitssystemen, behandeling en scholing zodat de continuïteit en uitwisselbaarheid van behandelingen zijn gewaarborgd.
 - 4.3. De beschikbaarheid van klinische, fysische en technische/ICT expertise in kwantitatieve en kwalitatieve zin is voldoende gewaarborgd.
 - 4.4. De bestralingsvoorbereiding (*treatment planning*) voor alle locaties wordt centraal uitgevoerd en beheerd, of wordt decentraal onder supervisie van de hoofdlocatie uitgevoerd.
 - 4.5. Tussen hoofdlocatie en nevenvestiging(en) bestaat een voorziening t.b.v. elektronische data uitwisseling.
5. De ontwikkelingen in de gezondheidszorg gaan snel. Ook deze normen hebben daarom een beperkte “houdbaarheidsdatum”. Het accreditatie document 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, 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 en tijdens dienst in een nevenvestiging 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 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.