

# NOTA STIJGBEUGEL

Versie 1.0

Verantwoording

NVOG

# Samenstelling Rapportage Commissie 2010

Prof.dr. J.B.M.Z. Trimbos	Leids Universitair Medisch Centrum (voorzitter)
Dr. K.N. Gaarenstroom	Leids Universitair Medisch Centrum
Dr. R.H.M. Hermans	Catharina Ziekenhuis Eindhoven
Prof. dr. R.F.P.M. Kruitwagen	Maastricht Universitair Medisch Centrum
Prof. dr. L.F.A.G. Massuger	Universitair Medisch Centrum St. Radboud Nijmegen
Prof. dr. H.W. Nijman	Universitair Medisch Centrum Groningen
Drs. H.W.R. Schreuder	Universitair Medisch Centrum Utrecht
Dr. E.M.J. Schutter	Medisch Spectrum Twente Enschede
Dr. J. van der Velden	Centrum voor Gynaecologische Oncologie Amsterdam
Dr. C.W.M. Wensveen	Erasmus Medisch Centrum Rotterdam

## Opdracht

De Werkgroep Oncologische Gynaecologie (WOG) van de NVOG gaf de Commissie 2010 de volgende opdracht mee:

- Het actualiseren van de toetsingscriteria voor oncologische centra aan de hand van het eindverslag van de Commissie 2005. Deze aangepaste toetsingscriteria worden vanaf 2012 actueel en zullen gebruikt worden bij een toekomstige beoordeling.
- Het doen van een aanbeveling welke gynaecologisch-oncologische centra anno 2010 in Nederland erkend zouden moeten worden op basis van de criteria uit 2005.
- Het betrekken van de volume-kwaliteitsdiscussie op de bestaande praktijk in de gynaecologische oncologie in Nederland.

## Het landschap van de gynaecologische oncologie in Nederland

### Het landschap van de gynaecologische oncologie in Nederland

Anno 2010 is het landschap van de oncologische gynaecologie in Nederland veranderd ten opzichte van 2005, zoals de situatie in 2005 ook anders was dan die in 2000. Al sinds enige tijd is de (operatieve) behandeling van het cervixcarcinoom gecentraliseerd in de oncologische centra en dit geldt eveneens voor de vulvacarcinomen. De endometriumcarcinomen worden decentraal behandeld en dit zal denkkelijk zo blijven tot de bestaande discussie over de wenselijkheid van de chirurgische stadiëring van het hoogrisico-endometriumcarcinoom zou uitvallen ten gunste van deze stadiëring.

De behandeling van het ovariumcarcinoom is in beweging. Een onderzoek in eigen land (Groningen, Utrecht) en in het buitenland (EORTC Interval Debulking Study; GOG) wijst uit dat de prognose van de patiënt met ovariumcarcinoom verbetert wanneer de behandeling door meer gespecialiseerde zorgverleners wordt gedaan. In de boeggolf van die studies is in veel IK-regio's inmiddels een systeem van *managed clinical networks* van kracht. In deze MCN's zijn afspraken vastgelegd over de behandeling van het ovariumcarcinoom waarbij is omschreven dat een gynaecologisch oncoloog betrokken is bij de besluitvorming over de behandeling waarbij het vaak al zo geregeld is dat de gynaecologisch oncoloog bij de cytoreductieve en stageringschirurgie aan tafel staat. Naast de keuze tussen centraal of decentraal behandelen is er nog het alternatief van de gastoperaties, waarbij de gynaecologisch oncoloog uit het centrum mee-opereert in het ziekenhuis waar de patiënt zich heeft aangemeld, waarbij de gastoperaties dan meetellen als nieuwe casus. In de laatste vijf jaar is het aantal gastoperaties in de verschillende IK-regio's toegenomen. Hierbij moet aangetekend worden dat het fenomeen gastoperaties voor de oncologische centra een inefficiënte inzet van menskracht betekent, maar aan de andere kant mogelijke capaciteitsproblemen in het centrumziekenhuis kan voorkomen. Hierbij moet verder aangetekend worden dat de financiering van de gastoperaties op landelijk niveau geregeld moet worden. Het ligt in de rede dat hierover overleg met ziektekostenverzekeraars dan wel

DBC/DOT-commissies moet plaatsvinden vanuit de NVOG. In de voortschrijdende discussie over de behandeling van het ovariumcarcinoom staat een fysiek aanwezig zijn van de gynaecologisch oncoloog bij de (cytoreductieve) chirurgie van iedere patiënt centraal en tevens waar deze hoogcomplexere-laagvolume-chirurgie moet plaatsvinden.

## Concentratie en de volumediscussie

Het lijkt een (politiek) gegeven dat er verdere concentratie van de laagfrequente, hoog complexe zorg zal plaatsvinden. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) hanteert 20 behandelingen/operaties per team/instituut per jaar als richtgetal voor de volumediscussie. Het volumegetal van 20 per jaar als minimale norm wordt door IGZ opgelegd. IGZ stelt zich op het standpunt dat het wachten op besluiten uit de beroepsgroep te lang duurt en dat er voortgang gemaakt moet worden. In deze notitie wordt voortgeborduurd op deze stellingname. De discussie over het behandelaarschap en plaats van zorg bij patiënten met een ovarium- carcinoom vindt op dit moment plaats binnen onze wetenschappelijke vereniging en de conclusies/aanbevelingen worden vastgelegd in een nieuwe nota. (Nota: Organisatie van de gynaecologisch-oncologische zorg, deel II; behandeling van het ovariumcarcinoom).

## Criteria voor een oncologisch centrum anno 2010

Van de criteria die geformuleerd zijn in de Notitie 2000 en aangescherpt in de Notitie 2005 blijven de volgende van kracht.

Deze criteria zijn gebruikt bij de beoordeling van de centra door de Commissie 2010.

- Aantal nieuwe casus van ten minste 150 per jaar.
- Ten minste 2,4 fte gynaecologisch oncologen per centrum.
- Bij het gestructureerd multidisciplinair samenwerkingsverband in het oncologisch centrum is van belang dat het voorzitterschap en de organisatie door de gynaecologisch oncoloog c.q. de afdeling gynaecologie moet geschieden en dat er een vaste verslaglegging is. Bij voorkeur zou deze bespreking ingebed moeten zijn in de ziekenhuisstructuur.
- Voor wat betreft het klinisch en basaal wetenschappelijk onderzoeksprogramma van het oncologisch centrum is een richtlijn maar geen eis dat er 10 publicaties per jaar moeten zijn verschenen in een internationaal *peer-reviewed* tijdschrift en een aanwezigheid van circa 2,0 fte onderzoeksformatie uit het wervend vermogen van de afdeling.
- Het centrum oefent een consultfunctie uit in de betreffende IK-regio. Dit komt tot uiting door gastoperaties, permanente mogelijkheid tot overleg en structurele oncologische besprekingen.
- Psychosociale begeleiding als criterium voor het oncologisch centrum: hierbij wordt de aanwezigheid van structureel maatschappelijk werk of oncologisch verpleegkundige met als taak de psychosociale begeleiding, palliatieve zorg c.q. terminale zorg als uitgangspunt genomen.
- Structurele consultatie van klinisch genetici: hierbij moet uitgegaan worden van gestructureerde patiëntenbesprekingen of gemeenschappelijke poliklinieken.
- Aanwezigheid van radiotherapie.
- Aanwezigheid van intensive care-unit level 1C.
- Aanwezigheid van oncologische databank voor toetsen behandelingsresultaten.
- Opleidingsfaciliteiten (medisch, specialistisch, paramedisch).
- Aanwezigheid van een pijnteam of pijnpolikliniek en een palliatief team met expertise in oncologische pijnbestrijding.
- Samenwerkingsverband tussen centrumziekenhuis en ziekenhuis met oncologische taakstelling in de vorm van managed clinical network: hierbij moet een schriftelijke overeenkomst bestaan, bij voorkeur ondertekend op instituutniveau

## De volgende criteria zullen gebruikt worden vanaf 2011

- Aantal nieuwe casus in een centrum van ten minste 200 (toetsing aantal casus per centrum). Nadrukkelijk wordt hier met casus ziektegeval bedoeld en niet individuele patiënt. Het zou dus kunnen dan één patiënt bijvoorbeeld tweemaal meegeteld zou moeten worden vanwege twee afzonderlijke

- oncologische gebeurtenissen zoals een primaire tumor met behandeling en later recidief.
- In lijn met het IGZ-standpunt wordt uitgegaan van het getal 20 voor de (radicale) chirurgie van het cervix-, endometrium- en vulvacarcinoom en de cytoreductieve chirurgie van het ovariumcarcinoom (20 per orgaantype). De getallen worden gehanteerd per ziekenhuis per jaar.
  - Wanneer een oncologisch centrum uit twee of meer instituten bestaat, worden deze als afzonderlijke ziekenhuizen beoordeeld wat betreft het aantal operatieve verrichtingen.
  - Wanneer een centrum uit twee of meer ziekenhuizen bestaat (Amsterdam, Rotterdam, Brabant) dient de radicale chirurgie per tumorsoort op één locatie geconcentreerd te zijn indien de volumecriteria anders niet gehaald worden.
  - Ten minste 2,4 fte gynaecologisch oncologen per centrum.
  - Bij het gestructureerd multidisciplinair samenwerkingsverband in het oncologisch centrum is van belang dat het voorzitterschap en de organisatie door de gynaecologisch oncoloog c.q. de afdeling gynaecologie moet geschieden en dat er een vaste verslaglegging is. Bij voorkeur zou deze bespreking ingebed moeten zijn in de ziekenhuisstructuur.
  - Voor wat betreft het klinisch en basaal wetenschappelijk onderzoeksprogramma van het oncologisch centrum is een richtlijn maar geen eis dat er 10 publicaties per jaar moeten zijn verschenen in een internationaal *peer-reviewed* tijdschrift en een aanwezigheid van circa 2,0 fte onderzoeksformatie uit het wervend vermogen van de afdeling
  - Het centrum oefent een consultfunctie uit in de betreffende IK-regio. Dit komt tot uiting door gastoperaties, permanente mogelijkheid tot overleg en structurele oncologische besprekingen.
  - Psychosociale begeleiding als criterium voor het oncologisch centrum: hierbij wordt de aanwezigheid van structureel maatschappelijk werk of oncologisch verpleegkundige met als taak de psychosociale begeleiding, palliatieve zorg c.q. terminale zorg als uitgangspunt genomen.
  - Structurele consultatie van klinisch genetici: hierbij moet uitgegaan worden van gestructureerde patiëntenbesprekingen of gemeenschappelijke poliklinieken.
  - Aanwezigheid van radiotherapie.
  - Aanwezigheid van intensive care-unit level 1C.
  - Aanwezigheid van oncologische databank voor toetsen behandelingsresultaten.
  - Opleidingsfaciliteiten (medisch, specialistisch, paramedisch).
  - Aanwezigheid van een pijnteam of pijnpolikliniek en een palliatief team met expertise in oncologische pijnbestrijding.
  - Samenwerkingsverband tussen centrumziekenhuis en ziekenhuis met oncologische taakstelling in de vorm van managed clinical network: hierbij moet een schriftelijke overeenkomst bestaan, bij voorkeur ondertekend op instituutniveau.

## Conclusies en aanbevelingen

- De oncologische centra voldoen aan de criteria anno 2010.
- Vergeleken met de situatie in 2005 is het aantal centra verminderd van 12 naar 9 omdat 3 centra in Amsterdam zijn samengevoegd en 2 in Rotterdam.
- In de Commissie 2010 is erover gesproken om het fenomeen chirurgische expertise en ervaring ook uit te kunnen drukken in het groeperen van bepaalde ingrepen, bijvoorbeeld radicale chirurgie van het cervixcarcinoom en uitgebreide retroperitoneale chirurgie voor andere aandoeningen zoals bijvoorbeeld uitgebreide endometriose. Hierover kon geen nadere precisering worden bereikt en dit punt verdient verdere aandacht bij toekomstige beoordelingen van de oncologische centra en in individuele lokale situaties.
- Conform het advies van IGZ zullen de klinieken tot uiterlijk 2012 mogen gebruiken om te voldoen aan bovenstaande criteria. Vanaf 2013 zal gewerkt moeten worden volgens de criteria en zal toetsing plaatsvinden.

## Colofon

© 2012 Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie.

Deze nota is vastgesteld in de 611<sup>e</sup> ledenvergadering d.d. 11 mei 2012 te Den Haag en is opgesteld door de Rapportage Commissie 2010 in opdracht van de Werkgroep Oncologische Gynaecologie (WOG).

*Dagtekening, mei 2012*

NVOG  
Postbus 20075  
3502 LB Utrecht  
<http://www.nvog.nl/>

## **Disclaimer**

De NVOG sluit iedere aansprakelijkheid uit voor de opmaak en de inhoud van de voorlichtingsfolders of richtlijnen, alsmede voor de gevolgen die de toepassing hiervan in de patiëntenzorg mocht hebben. De NVOG stelt zich daarentegen wel open voor attendering op (vermeende) fouten in de opmaak of inhoud van deze voorlichtingsfolders of richtlijnen. Neemt u dan contact op met het Bureau van de NVOG (e-mail: [info@nvog.nl](mailto:info@nvog.nl)).