

# Shared care in de oncologie

*Met uitwerking voor systeemtherapie*

*Opgesteld door de werkgroep Shared care van de Werktafel Governance*

*Vastgesteld door de Ronde Tafel Concentratie & Spreiding Oncologie op 24 oktober 2024*

***Dit document is opgesteld door de werkgroep Shared care van de IZA Werktafel Governance***

*Voorzitter: Haiko Bloemendal*

- *FMS/SONCOS – Peter van Duijvendijk, Rutger Koornstra*
- *NFK – Irene Dingemans, Else Wolak*
- *NFU – Jourik Gietema*
- *NVZ – Bianka Mennema, Leon Aarts*
- *Oncologienetwerken Nederland – Ester Siemerink, Carla Smits, Annemieke Thijssen*
- *V&VN – Saskia Claassen, Lisette Bruijnis*
- *ZN – Jan-Willem Verlijndonk*

*Ondersteuning: Louwke Meinardi, Patrick Veldhuis*

|                                                                   |                             |                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Eerste concept                                                    | Di 18 juni                  | Naar schrijvers voor reactie/aanvulling                                                                  |
| Eerste concept aangevuld met inbreng van ZN, NVZ, FMS/NVMO en NFK | Vr 21 juni                  | Naar schrijvers en meelezers ter bespreking op 26/06                                                     |
| Concept v 2                                                       | Vr 5 juli                   | Inbreng op eerste concept + conclusies 26/06 verwerkt – naar schrijvers voor input                       |
| V2 met inbreng schrijvers                                         | Wo 10 juli                  | Naar werkgroep ter bespreking op 15/07                                                                   |
| V3                                                                | Vr 17 juli                  | Naar schrijvers voor input                                                                               |
| V3                                                                | Vr 1 aug                    | Naar werkgroep ter bespreking op 5/8                                                                     |
| V4                                                                | Ma 12 aug                   | Naar werkgroep ter bespreking op 19/8                                                                    |
| V5                                                                | Vr 23 aug                   | Naar werkgroep voor input schrijvers en tbv achterban                                                    |
| V5 met input                                                      | Di 3 sept                   | Naar werkgroep ter bespreking op 5/9                                                                     |
| V6 schone versie                                                  | Dinsdag 10 september        | Naar werkgroep en Werktafel (ter gezamenlijke bespreking op 19/9)                                        |
| V7                                                                |                             | Naar werkgroep voor overleg op 1/10                                                                      |
| V8                                                                | Vrijdag 4 oktober           | Naar werkgroep ter vaststelling op 8/10                                                                  |
| DEF concept                                                       | Vrijdag 11 oktober          | Aanbieding aan Ronde Tafel C&S Oncologie per mail, bespreking door RT op 24/10                           |
| <b>Vastgesteld</b>                                                | <b>Donderdag 24 oktober</b> | <b>DEF concept inclusief aanbevelingen ongewijzigd vastgesteld door de Ronde Tafel C&amp;S Oncologie</b> |

# Inhoud

|                                                                   |    |
|-------------------------------------------------------------------|----|
| Inhoud.....                                                       | 3  |
| Voorwoord.....                                                    | 4  |
| Samenvatting .....                                                | 5  |
| 1. Inleiding.....                                                 | 8  |
| 1.1 De opdracht .....                                             | 8  |
| 1.2 Generiek model, focus op systeemtherapie .....                | 8  |
| 1.3 Landelijk kader, regionale invulling .....                    | 9  |
| 2. Wat verstaan we onder shared care? .....                       | 10 |
| 2.1 Definitie van shared care in de oncologie .....               | 10 |
| 2.2 Landelijke kwaliteitseisen voor shared care .....             | 10 |
| 2.3 Tumorspecifieke echelonnering .....                           | 12 |
| 2.4 Regionaal MDO als scharnierpunt.....                          | 13 |
| 3. Shared care bij systeemtherapie .....                          | 14 |
| 3.1 Echelonnering systeemtherapie .....                           | 14 |
| 3.2 Tumorspecifieke volumennormen voor systeemtherapie .....      | 15 |
| 3.3 Een generiek minimumvolume voor systeemtherapie .....         | 15 |
| 3.4 Kwaliteitscriteria voor shared care bij systeemtherapie ..... | 19 |
| 4. Impact in de praktijk.....                                     | 22 |
| 4.1 Algemene impact.....                                          | 22 |
| 4.2 Impact in de regionale oncologienetwerken.....                | 22 |
| 5. Aanbevelingen, verdere uitwerking en randvoorwaarden .....     | 24 |
| 5.1 Aanbevelingen.....                                            | 24 |
| 5.2 Verdere uitwerking .....                                      | 24 |
| 5.3 Randvoorwaarden.....                                          | 25 |

# Voorwoord

Geachte lezer,

Voor u ligt een (eerste) uitwerking van een model voor shared care in de oncologische zorg.

De discussie aan de Ronde Tafel Concentratie en Spreiding (C&S) Oncologie over concentratie en spreiding van oncologische zorg kwam begin 2024 op het punt dat er behoefte ontstond aan een goed uitgewerkt en breed gedragen voorstel voor shared care.

De Ronde Tafel C&S Oncologie verzocht in maart dit jaar de door haar ingestelde Werktafel *Regionale governance en landelijke dekking vanuit oncologieregio's* (hierna Werktafel Governance) om deze uitwerking met spoed op zich te nemen. Dit betekende een extra opdracht naast de opdrachten die de Werktafel Governance al had vanuit het *Plan van aanpak Passende zorg in oncologieregio's*. Deze extra opdracht heeft de Werktafel Governance op verzoek van de voorzitter van de Ronde Tafel C&S Oncologie met voorrang aangepakt en uitgewerkt voor de systeemtherapie.

De Werktafel Governance heeft voor deze urgente opdracht een breed samengestelde werkgroep Shared care gevormd. Deze werkgroep kende een vertegenwoordiging van meerdere belanghebbende partijen, te weten NVZ, NFU, FMS/SONCOS, NFK, ZN, V&VN en Oncologienetwerken Nederland. Zij dachten, schreven en lazen mee vanuit hun respectievelijke perspectieven en betrokken hun achterban daar steeds bij. Wij hopen dat deze brede vertegenwoordiging in de werkgroep zich vertaalt in een groot draagvlak in het veld voor het shared-caremodel zoals dat in gezamenlijkheid is uitgewerkt en onze aanbevelingen daarbij.

Shared care geeft mede vorm aan de ambitie van het IZA om de zorg voor iedereen toegankelijk, kwalitatief goed en betaalbaar te houden en is in lijn met het uitgangspunt: passende zorg op de juiste plek. De hier gepresenteerde uitwerking voor het onderdeel systeemtherapie ziet de werkgroep uitdrukkelijk als de eerste stap in een verdere uitwerking van shared care ook voor andere onderdelen van de oncologische zorg.

Wij bevelen daarbij onder meer aan om de uitwerkingen van shared care inclusief volumenormenten en kwaliteitseisen op te nemen in het SONCOS normeringsrapport, zodat zij net als de andere normeringen in het normeringsrapport jaarlijks waar nodig worden herzien, uitgebreid en/of aangescherpt. Daarbij zal FMS/SONCOS moeten zorgen voor een verbreding van het draagvlak door belanghebbenden zoals patiëntvertegenwoordigers, de regionale oncologienetwerken en zorgverzekeraars te betrekken.

Namens de werkgroep Shared care van de Werktafel Governance,

Haiko Bloemendal, voorzitter

# Samenvatting

## **Wat is shared care in de oncologie?**

Shared care in de oncologie is gedeelde zorg in een regionaal oncologienetwerk, die voldoet aan de landelijke kwaliteitscriteria van het shared-caremodel en is vastgelegd in strikte, toetsbare regionale (en waar nodig bovenregionale of landelijke) afspraken.

## **Een generiek model voor de hele oncologische zorg**

Het shared-caremodel is een hulpmiddel waarmee regionale oncologienetwerken de oncologische zorg efficiënt en effectief inrichten, zodat iedere patiënt passende oncologische (expert)zorg krijgt. Het model gaat uit van echelonnering van ziekenhuizen in 3 echelons, met het regionaal MDO als scharnierpunt. De echelonnering is tumorspecifiek. Het regionale oncologienetwerk en alle daarin samenwerkende instellingen, locaties, teams en professionals functioneren daarbij als één organisatie; alsof ze onder één dak werken.

Dit generieke shared-caremodel is toepasbaar voor de hele oncologische zorg.

## **Shared care bij systeemtherapie**

Het shared-caremodel voor shared care bij systeemtherapie berust op drie pijlers:

1. Tumorspecifieke volumenormen van prevalentie inclusief follow-up;
2. Algemene kwaliteitscriteria voor shared care bij systeemtherapie;
3. Generiek minimumvolume per ziekenhuis per tumorsoort van 10 nieuwe met systeemtherapie behandelde patiënten per jaar.

De grens tussen echelon 1 en echelon 2 wordt gemarkeerd door de tumorspecifieke volumenorm. De grens tussen echelon 2 en echelon 3 wordt gemarkeerd door het generieke minimumvolume voor systeemtherapie. Zie het schema op pagina 7 voor een compacte weergave van de echelonnering voor systeemtherapie.

## **De algemene kwaliteitscriteria voor shared care bij systeemtherapie**

Alle ziekenhuizen voldoen aan de volgende kwaliteitseisen:

- Aantoonbare relevante bijscholing van medisch specialisten, verpleegkundig specialisten en (gespecialiseerd) verpleegkundigen.
- Werken volgens landelijke en regionale afspraken over de inclusie van patiënten in relevante trials.
- Actief bijdragen aan innovatie en groei van kennis.

De ziekenhuizen in echelon 1 en echelon 2 voldoen bovendien aan de volgende kwaliteitscriteria voor de toepassing van systeemtherapie bij de desbetreffende tumorsoorten:

- Volledig bijwonen van het (regionale) MDO en eventuele andere overleggen zoals dat per tumorsoort is afgesproken in het regionale oncologienetwerk (of landelijk).
- Verzamelen van kwaliteitsinformatie aangaande de desbetreffende tumorsoorten conform landelijke afspraken die daarover zijn gemaakt of nog worden gemaakt, eventueel met regionale aanvullingen.

- Deelnemen aan regionale en interregionale evaluaties en benchmarkbijeenkomsten aangaande de desbetreffende tumorsoorten volgens landelijke afspraken die daarover zijn gemaakt.
- Met behulp van dit geheel aan kwaliteitsinformatie systematisch werken aan cyclische kwaliteitsverbetering en transparantie aangaande de desbetreffende tumorsoorten.

### **Shared care bij systeemtherapie in de praktijk**

Het shared-caremodel voor shared care bij systeemtherapie en de (tumorspecifieke) indeling van ziekenhuizen in een bepaald echelon die daaruit volgt, vormt het startpunt voor het gesprek over de inrichting van de systeemtherapie in de regio (scenario's).

Verschillende afwegingen zijn bij dat gesprek mede van belang:

- Het doel is (meer) passende zorg – volumenormen zijn hulpmiddel;
- Het gaat om de balans van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid;
- De regio mag en moet anticiperen op ontwikkelingen: ook strategische keuzes wegen mee;
- Denk ook aan continuïteit en stabiliteit van de oncologische zorg in de regio;
- Versterk een 'lerende cultuur' met continue evaluatie, innovatie en verbetering in en tussen netwerken.

# Echelonnering systeemtherapie

## Echelon 1



### Wat biedt echelon 1?

- volledig palet aan diagnostiek, systeemtherapie, palliatieve zorg en ondersteuning
- verwijzing naar echelon 2 voor systeemtherapie
- verwijzing naar echelon 2 of 3 voor symptoomgerichte palliatieve zorg en ondersteuning
- kan fungeren als expertisecentrum in regio (of landelijk)



### Hoe komt de patiënt binnen?

- rechtstreeks
- vanuit echelon 2 of 3 voor verdere diagnostiek en/of behandeling

Grens:  
tumorspecifieke  
volumenorm

## Echelon 2



### Wat biedt echelon 2?

- diagnostiek en eventueel behandeladvies
- verwijzing naar echelon 1 voor verdere diagnostiek en behandeling
- systeemtherapie in samenspraak met echelon 1
- symptoomgerichte palliatieve zorg en ondersteuning
- verwijzing naar echelon 3 of 1 voor symptoomgerichte palliatieve zorg en ondersteuning



### Hoe komt de patiënt binnen?

- rechtstreeks
- vanuit echelon 3 voor verdere diagnostiek en behandeling
- vanuit echelon 1 voor systeemtherapie en/of symptoomgerichte palliatieve zorg en ondersteuning

Grens:  
generiek  
minimumvolume

## Echelon 3



### Wat biedt echelon 3?

- initiële diagnostiek
- verwijzing naar echelon 1 of 2
- symptoomgerichte palliatieve zorg en ondersteuning



### Hoe komt de patiënt binnen?

- rechtstreeks
- vanuit echelon 1 of 2 voor symptoomgerichte palliatieve zorg en ondersteuning

# 1. Inleiding

## 1.1 De opdracht

In haar concept Plan van aanpak schrijft de Werktafel Governance het volgende over de aanpak:

*De Werktafel Governance neemt de uitwerking van shared care inclusief definities, kwaliteitscriteria en afbakeningen met voorrang ter hand [...]. De betrokken beroepsgroepen/wetenschappelijke verenigingen hebben een belangrijke rol te vervullen bij de uitwerking van shared-caremodellen per tumortype. De Werktafel zorgt daarbij dat ook de nodige randvoorwaarden worden geadresseerd.*

*De Werktafel doet dit in samenspraak met en inbreng van de kartrekkers en de actieve participanten van deze Werktafel (NVZ, NFU, FMS/SONCOS, NFK, NZa, ZN, V&VN) en in nauwe samenwerking met de regionale oncologienetwerken en hun landelijk platform Oncologienetwerken Nederland alsmede andere partijen die hieraan kunnen bijdragen.*

De Werktafel Governance kreeg daarbij het verzoek van de Ronde Tafel C&S Oncologie haar concept-uitwerking van shared care op te leveren in oktober 2024 om zodoende aan te sluiten op het tijdsplan van de separaat lopende impactanalyse Concentratie en Spreiding Medisch Specialistische Zorg naar de invoering van door de Ronde Tafel C&S Oncologie voorgestelde volumenormen bij de tumorsoorten van IZA-‘tranche 1’: hoofd-hals-, long-, niercel-, pancreas- en maag-slokdarmkanker. Het model voor shared care bepaalt mede de impact van de invoering van volumenormen in de oncologische zorg.

Dit document behelst een generiek model voor shared care, beschreven in hoofdstuk 2, dat in hoofdstuk 3 nader is uitgewerkt voor systeemtherapie. De impact van invoering van dit model in de praktijk wordt geschetst in hoofdstuk 4. In hoofdstuk 5 worden aanbevelingen gedaan en randvoorwaarden benoemd.

Het generieke model kan vervolgens ook uitgewerkt worden voor lokale therapie, diagnostiek, follow-up, prehabilitatie en nazorg (zoals revalidatie of oncologische herstellende zorg) enzovoort, zodat de uitwerking uiteindelijk de volle breedte van de oncologische zorg beslaat.

## 1.2 Generiek model, focus op systeemtherapie

De opdracht is een generiek model voor shared care te ontwikkelen dat toepasbaar is op alle oncologische zorg. Uitwerking over de volle breedte ziet de werkgroep als te veelomvattend om binnen de korte beschikbare periode (juni-oktober 2024) uit te werken. Zij heeft daarom gekozen om de focus in eerste instantie te leggen op systeemtherapie. Shared care voor lokale therapie (zoals een operatie of radiotherapie) en shared care voor systeemtherapie (chemotherapie, hormoontherapie, immuuntherapie, radionuclide therapie en doelgerichte therapie) hoeven niet identiek georganiseerd te zijn.

Aan de Ronde Tafel C&S Oncologie is besproken dat concentratie van systeemtherapie voor een deel van de patiënten gevolgen kan hebben voor de geografische spreiding/beschikbaarheid van deze zorg. Systeemtherapie vraagt in veel gevallen veel ziekenhuisbezoeken van de patiënt. Door concentratie van zorg kan de geografische spreiding van die zorg afnemen. Voor een deel van de patiënten betekent dit mogelijk dat zij verder moeten reizen naar het ziekenhuis van behandeling, als de zorg niet op een andere manier dicht bij huis georganiseerd kan worden. Voor deze patiënten

betekent dat bij ieder bezoek een hogere reisbelasting. Ook het optimaal benutten van beschikbare capaciteit is een belangrijk uitgangspunt bij zowel concentratie als spreiding van de oncologische zorg.

De kwaliteit van systeemtherapie wordt in algemene zin meer bepaald door weging van de beschikbare opties in een MDO waar alle nodige expertise aan tafel zit, dan alleen door de locatie waar de toediening ervan plaatsvindt. Na de start van de behandeling zijn goede monitoring, bijwerkingenmanagement en handelen bij uitblijven van resultaat of het zich voordoen van te veel negatieve effecten van de behandeling, de belangrijke pijlers onder de kwaliteit van de systeemtherapie. Deze vereisen voldoende kennis, infrastructuur en klinische ervaring. Shared care is daarom zeker voor systeemtherapie een model dat goed bruikbaar is bij het optimaal inrichten van de zorg in het regionale oncologienetwerk. De werkgroep meent dat het in het licht van deze overwegingen een logische keus is om shared care in eerste instantie uit te werken voor systeemtherapie.

Het shared-caremodel voor systeemtherapie berust op algemene landelijke kwaliteitseisen voor shared care bij systeemtherapie met 3 pijlers: tumorspecifieke volumenormen voor systeemtherapie, een generiek minimumvolume voor systeemtherapie en algemene kwaliteitscriteria voor shared care bij systeemtherapie. Het shared-caremodel vervangt uitdrukkelijk niet bestaande normeringen zoals die zijn opgenomen in het SONCOS normeringsrapport, noch andere bestaande afspraken<sup>1</sup> en vormen van samenwerking die bijdragen aan de kwaliteit van zorg.

De aangegeven algemene kwaliteitscriteria voor shared care bij systeemtherapie moeten per tumorsoort nader worden uitgewerkt en concreet en toetsbaar (en eventueel gedifferentieerd voor bepaalde tumorkenmerken) worden ingevuld door de betrokken wetenschappelijke verenigingen, waaronder in ieder geval de NVMO en de NVALT.

### 1.3 Landelijk kader, regionale invulling

Het model voor shared care biedt een leidraad aan de (boven)regionale oncologienetwerken – en waar nodig over de grenzen van de netwerken heen – voor het effectief inrichten van de oncologische zorg.

Na vaststelling van het shared-caremodel en de uitwerking voor systeemtherapie door de Ronde Tafel C&S Oncologie kunnen de regionale oncologienetwerken aan de slag met de inrichting. Welk ziekenhuis voldoet aan de eisen van welk echelon; welke afspraken zijn benodigd binnen het netwerk en welke zorg wordt verschoven?

Indien in uitzonderlijke gevallen een individuele patiënt moet worden behandeld in een ziekenhuis<sup>2</sup> dat niet aan de volumenorm of kwaliteitscriteria voldoet, dan worden voor dit specifieke geval in overleg met de betrokken zorgverzekeraar samenwerkingsafspraken gemaakt in het regionale oncologienetwerk om de kwaliteit en veiligheid van zorg voor deze individuele patiënt zo goed mogelijk te borgen. De afwegingen en het behandeladvies worden besproken in het regionaal MDO en vastgelegd in het MDO-verslag. Ook voor uitzonderingsgevallen gelden de uitgangspunten zoals benoemd in het SONCOS normeringsrapport.

---

<sup>1</sup> Dit betreft o.a. bestaande afspraken tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars, op basis van aanwezige expertise en de bestaande afspraken tussen de CieBAG en de betrokken wetenschappelijke verenigingen.

<sup>2</sup> De werkgroep Shared care hanteert in dit document consequent de term 'ziekenhuis' en bedoelt daarmee de instelling als geheel van alle locaties met vaste behandelteams over de locaties heen.

## 2. Wat verstaan we onder shared care?

De werkgroep presenteert in dit hoofdstuk een algemeen model voor shared care dat toepasbaar is op de verschillende vormen van diagnostiek en behandeling in de (oncologische) zorg in Nederland. Dit algemene model is in hoofdstuk 3 uitgewerkt voor systeemtherapie.

### 2.1 Definitie van shared care in de oncologie

In de internationale literatuur zijn uitsluitend publicaties te vinden (onder meer uit Scandinavië en Australië<sup>3</sup>) over shared care in de oncologie tijdens de follow-up periode tussen ziekenhuizen en de eerste lijn. Hierin staat beschreven dat shared care modellen met een multidisciplinair team in de follow-up periode de patiëntervaringen en uitkomsten van zorg kunnen verbeteren, maar ook dat er tot op heden weinig bekend is over de rol van de betrokken zorgverleners en de uitkomsten van zorg die zo georganiseerd is.

De werkgroep Shared care omschrijft shared care in de oncologie als volgt:

**Shared care is gedeelde zorg in een regionaal oncologienetwerk die voldoet aan de landelijke kwaliteitscriteria van het shared-caremodel en is vastgelegd in strikte, toetsbare regionale (en waar nodig bovenregionale of landelijke) afspraken.**

De werkgroep ziet het shared-caremodel zoals dat hier wordt gepresenteerd als een hulpmiddel waarmee regionale oncologienetwerken de zorg efficiënt en effectief inrichten, waarbij iedere patiënt passende oncologische (expert)zorg krijgt. Het regionale oncologienetwerk en alle daarin samenwerkende instellingen, locaties, teams en professionals functioneren daarbij als één organisatie; alsof ze onder één dak werken. Dit shared-care model bouwt voort op het gedachtengoed van oncologische netwerkzorg zoals die in Nederland al functioneert.

### 2.2 Landelijke kwaliteitseisen voor shared care

Er is een wezenlijk verschil tussen het hier voorgestelde shared-caremodel en de bestaande (oncologische) netwerkzorg en dat wordt gevormd door landelijke kwaliteitseisen voor shared care die de kwaliteit van de oncologische zorg in het regionale oncologienetwerk (en waar nodig over de grenzen van de regionale oncologienetwerken heen) garanderen. Deze landelijke kwaliteitseisen voor shared care kunnen verschillen per onderdeel van de zorg en zijn in dit document nader beschreven voor shared care bij systeemtherapie.

De landelijke kwaliteitseisen voor shared care bestaan ten eerste uit tumorspecifieke volumenormenten voor bepaalde onderdelen van de zorg. Het uitwerken en vaststellen daarvan is niet aan deze werkgroep maar gebeurt aan de Ronde Tafel C&S Oncologie.

De werkgroep doet in dit document voorstellen voor twee andere pijlers van shared care bij systeemtherapie: een generiek minimumvolume en algemene kwaliteitscriteria voor shared care bij systeemtherapie (hoofdstuk 3).

---

<sup>3</sup> 1. Lund, Borre et al., Shared care in prostate cancer: a three-year follow-up, Scand J Urol. 2016 Oct; 50(5): 346-51  
2. Deeble Institute for Health Policy Research, Issues Brief No.46, 31 May 2022: Integrating shared care teams into cancer follow-up care models, Dr. F. Crawford-Williams.  
3. Shared Care Plan: Shared follow-up and survivorship care for low-risk endometrial cancer; [https://www.canceraustralia.gov.au/sites/default/files/publications/shared-follow-and-survivorship-care-low-risk-endometrial-cancer-shared-care-plan/pdf/low-risk\\_endometrial\\_cancer\\_shared\\_care\\_plan.pdf](https://www.canceraustralia.gov.au/sites/default/files/publications/shared-follow-and-survivorship-care-low-risk-endometrial-cancer-shared-care-plan/pdf/low-risk_endometrial_cancer_shared_care_plan.pdf)

Deze combinatie van kwaliteitseisen vormt het shared-caremodel voor shared care bij systeemtherapie en is het startpunt voor het gesprek over de verdeling van systeemtherapie in het regionale oncologienetwerk. Daarbij blijven overige normeringen in het actuele SONCOS normeringsrapport, de CieBAG kwaliteitscriteria<sup>4</sup> en eventuele andere afspraken die de kwaliteit van de zorg dienen onverminderd gelden.

De algemene kwaliteitseisen voor systeemtherapie moeten door de betrokken beroepsgroepen per tumorsoort concreet en toetsbaar worden uitgewerkt en vervolgens geïmplementeerd in de regionale oncologienetwerken. Bij de implementatie zal, naast de directe patiëntenzorg, ook altijd oog moeten zijn voor het behouden of liever nog versterken van de innovatiekracht in het regionale oncologienetwerk. Dan gaat het bijvoorbeeld om het faciliteren en stimuleren van deelname aan studies over de muren van instellingen heen. Binnen het regionale oncologienetwerk neemt ieder ziekenhuis de eigen verantwoordelijkheid om volwaardig aan de kwaliteitscriteria voor shared care en aan alle afspraken daaromtrent in het regionale oncologienetwerk te voldoen. Daartoe is er monitoring op basis van de relatie tussen kwaliteit, uitkomsten, (kosten)effectiviteit en doelmatigheid. Dit is transparant voor patiënten, verzekeraars en toezichthouders<sup>5</sup>.

Toetsing en handhaving van het landelijke kader zijn vervolgens noodzakelijk om werkelijk de verandering richting meer passende zorg in gang te zetten en maken daarom ook deel uit van onze aanbevelingen. De toetsing moet ook het overstijgende doel dienen, namelijk het streven naar optimale kwaliteit van oncologische zorg voor alle patiënten gegeven de beschikbare zorgprofessionals, voorzieningen en financiële middelen (macrokader). De kwaliteitscriteria die gelden voor shared care zijn daarom ook gericht op het faciliteren van een 'lerende cultuur' die gericht is op het leveren van de best mogelijke zorg. Daarbij horen continue evaluatie, innovatie en verbetering in een regionaal oncologienetwerk waarin als één team wordt samengewerkt, met waardering en respect voor ieders inbreng. De toetsing en handhaving moeten dusdanig worden ingericht dat zij daaraan bijdragen. Concreet gaat het dan om het inrichten van een regionale PDCA-cyclus waarbij relevante stuurinformatie met landelijke en regionale benchmark in een lerende context tijdig en regelmatig ter beschikking komt, wordt besproken en benut voor verbeteractie. De uitwerking van dit aspect maakt deel uit van een andere opdracht van de Werktafel Governance: *Netwerknormering met interregionale toetsing en verbeterprogramma* en is ook verbonden met de opdracht van de Werktafel *Transparantie en het delen van data*.

Shared care in de oncologie is dus netwerkgzorg op basis van algemene landelijke kwaliteitseisen die zijn uitgewerkt in strikte afspraken in het regionale oncologienetwerk. Om als regionaal oncologienetwerk daarvoor de verantwoordelijkheid te kunnen nemen en dragen, is een passende governance nodig en moeten de regionale oncologienetwerken kunnen beschikken over de juiste mensen en adequate middelen om dit waar te maken. Dit aspect wordt eveneens als aparte opdracht uitgewerkt door de Werktafel Governance in de werkgroep *Governance en financiering netwerkkosten*.

---

<sup>4</sup> De CieBAG (commissie beoordeling add-on geneesmiddelen) van Zorgverzekeraars Nederland organiseert en coördineert de toegankelijkheid van geneesmiddelen die via add-ons in de medisch specialistische zorg worden bekostigd. De CieBAG geeft aansluitend, in overleg met de beroepsgroep en relevante wetenschappelijke vereniging, adviezen aan de zorgverzekeraars voor inkoop, zodat afspraken breed bekend zijn, en er op naleving kan worden gestuurd.

<sup>5</sup> Dit wordt verder uitgewerkt als onderdeel van andere opdracht van de Werktafel Governance: *Netwerknormering met interregionale toetsing en verbeterprogramma*.

## 2.3 Tumorspecifieke echelonnering

In de praktijk krijgt het shared-caremodel vorm in echelonnering van ziekenhuizen in drie echelons. In deze paragraaf worden de uitgangspunten voor deze indeling nader toegelicht.

### **Uitgangspunten van echelonnering:**

- Bestaande of nog vast te stellen landelijke volumenormen leiden in combinatie met de landelijke kwaliteitscriteria voor shared care voor ieder ziekenhuis per tumorsoort tot een indeling in één van de drie echelons die hieronder worden beschreven.
- De echelonnering is tumorspecifiek, aangezien de volumenormen en overige normeringen (deels) tumorspecifiek zijn. Het kan dus zo zijn dat een ziekenhuis voor tumortype A in echelon 1 valt, voor tumortype B in echelon 2 en voor tumortype C in echelon 3.
- In het regionale oncologienetwerk gelden strikte afspraken over welke patiënten in welk lokaal of regionaal MDO worden besproken en waar welke zorg plaatsvindt, zodat iedere patiënt op het juiste moment naar het juiste echelon wordt verwezen.
- De grens tussen echelon 1 en echelon 2 wordt gemarkeerd door een landelijke, tumorspecifieke volumenorm.
- De grens tussen echelon 2 en echelon 3 wordt gemarkeerd door een landelijk generiek minimumvolume.
- Bij het verlenen van zorg in verschillende zorginstellingen is helder welke zorg waar wordt geboden en welke zorgprofessional op welk moment (eind)verantwoordelijk is voor de geleverde zorg<sup>6</sup>.
- Afspraken over een frictieloze patiëntreis en het voorkomen van dubbele diagnostiek, behandeling, controles en nazorg maken deel uit van zorgpad in het regionale oncologienetwerk.

### **Drie echelons**

De drie echelons hebben een verschillend aanbod op het gebied van de desbetreffende tumorsoort.

Echelon 1 kan fungeren als regionaal en soms landelijk expertisecentrum. Een echelon-1-ziekenhuis biedt een (vrijwel) volledig palet aan diagnostiek en behandeling voor de desbetreffende tumorsoort en biedt patiënten diagnostiek, behandeladvies en behandeling.

Echelon 2 biedt initiële diagnostiek. In geval van constatering of vermoeden van de desbetreffende tumorsoort wordt echelon 1 betrokken. Een echelon-2-ziekenhuis biedt in samenspraak met echelon 1 (specifieke vormen van) diagnostiek en/of behandeling voor de desbetreffende tumorsoort.

Echelon 3 biedt initiële diagnostiek en verwijst bij constatering of vermoeden van de desbetreffende tumorsoort naar echelon 1 of echelon 2. Een echelon-3-ziekenhuis biedt de desbetreffende patiëntengroep eventueel wel symptoomgerichte palliatieve zorg en ondersteuning<sup>7</sup>, ook tijdens de fase waarin nog actieve ziektegerichte therapie wordt gegeven in een ander echelon.

Deze indeling in drie echelons wordt in hoofdstuk 3 in meer detail uitgewerkt voor systeemtherapie.

---

<sup>6</sup> Op deze manier wordt inzicht gegeven in het zorgpad aan de patiënt, verwijzers, zorgverzekeraars en toezichthouders, zodat op basis van de afspraken duidelijk is wie wat doet, waarvoor medisch/tuchtrechtelijk aansprakelijk is, en duidelijk is welke zorg wel/niet bij een zorgaanbieder wordt ingekocht

<sup>7</sup> Bijvoorbeeld bloedtransfusie, ascitespunctie en behandeling en/of opname in verband met pijnklachten (maar geen systeemtherapie).

## 2.4 Regionaal MDO als scharnierpunt

Het multidisciplinaire zorgpad van een patiënt zal zich soms in één echelon afspelen en soms in twee of zelfs drie echelons. Het regionaal multidisciplinair overleg (MDO) is te beschouwen als het belangrijkste scharnierpunt waar de verwijzing van patiënten naar het juiste echelon plaatsvindt. Voor sommige behandelvragen kan dit ook een regionaal monodisciplinair overleg zijn, bijvoorbeeld een overleg van medisch oncologen uit verschillende ziekenhuizen binnen het tumortypenetwerk ten behoeve van de afweging welke vorm van systeemtherapie voor een bepaalde patiënt passend zou zijn.

Bij het generieke model voor shared care met drie echelons hoort daarom een landelijke uitwerking van een samenhangend geheel aan lokale, regionale (en zo nodig supraregionale) MDO's en andere overleggen die minimaal nodig zijn om patiënten naar het juiste echelon te verwijzen. Dit samenhangende geheel aan overleggen moet door de betrokken beroepsgroepen en zorgprofessionals gezamenlijk worden uitgewerkt per tumorsoort en/of patiëntengroep, tot een landelijk multidisciplinair format dat kan worden toegesneden op het zorgpad van het betreffende regionale oncologienetwerk. Een belangrijke uitdaging is het vinden van een effectieve en werkbare balans tussen het belang van de patiënt om altijd in een MDO besproken te worden en de organisatorische en tijdsdruk die dit met zich meebrengt.

Hierbij zijn de volgende aandachtspunten van belang:

- MDO's kosten de betrokken zorgprofessionals veel tijd en er moet daarom gestreefd worden naar een zo slank en efficiënt mogelijke uitwerking.
- Een MDO dient om te komen tot passende zorg voor een patiënt, daarom stelt de uitwerking inhoudelijke eisen aan de agenda en de inbreng van de deelnemers. Er moet voorkomen worden dat het inbrengen van een patiënt in een MDO enkel plaatsvindt om te voldoen aan de criteria voor shared care.

In het SONCOS normeringsrapport 2024 zijn de volgende normen voor het (regionaal) MDO opgenomen:

- Maak afspraken met de samenwerkende instellingen in het regionale netwerk over welke patiëntcategorieën en medisch inhoudelijke overwegingen (technische haalbaarheid vs. medische zinvolheid) in de regionaal MDO's besproken worden. Zorg dat daarbij de benodigde gespecialiseerde expertise aanwezig is, afhankelijk van tumortype en complexiteit van de patiënten en te bespreken inhoud. Kijk hierbij ook naar landelijke voorbeelden van echelonneringsmodellen per tumortype.
- Maak met samenwerkende ziekenhuizen (bij voorkeur in het eigen regionale en/of tumortypenetwerk) afspraken welke expertise nodig is in welk MDO. Houdt hierbij de benoemde benodigde expertise bij de tumorspecifieke normen aan.
- Zorg voor evaluatiemomenten op het hele proces van het (regionaal) MDO en leg met elkaar vast hoe vaak deze plaatsvinden. [...]
- Voor zeldzame tumoren waarvoor in de regio te weinig expertise is, geeft het MDO advies waar deze patiënt het best gezien/behandeld kan worden. Er wordt afgesproken tijdens het MDO wie hier het contact legt met welke contactpersoon. Tevens wordt zorggedragen voor een goede overdracht van relevante informatie.

### 3. Shared care bij systeemtherapie

In dit hoofdstuk wordt shared care nader uitgewerkt voor systeemtherapie. Daarbij wordt uitgegaan van de aangegeven verdeling van de zorg over drie echelons. De uitwerking van de echelonnering is tumorspecifiek.

De landelijke kwaliteitseisen voor shared care bij systeemtherapie bestaan uit drie pijlers:

1. Tumorspecifieke volumenormen voor systeemtherapie (voorgesteld en vastgesteld door de Ronde Tafel C&S Oncologie);
2. Algemene kwaliteitscriteria voor shared care bij systeemtherapie;
3. Een generiek minimumvolume voor systeemtherapie.

Deze algemene kwaliteitseisen bepalen welke ziekenhuizen voor de desbetreffende tumorsoort in welk echelon vallen:

- De tumorspecifieke volumenorm markeert de grens tussen echelon 1 en echelon 2.
- Het generieke minimumvolume markeert de grens tussen echelon 2 en echelon 3;
- Alle ziekenhuizen in de verschillende echelons dienen daarbij te voldoen aan de kwaliteitscriteria die gelden voor shared care bij systeemtherapie.

#### 3.1 Echelonnering systeemtherapie

De drie echelons zijn voor systeemtherapie als volgt te karakteriseren. De echelonnering is schematisch en gecomprimeerd weergegeven in het overzicht op pagina 15.

##### Echelon 1

- Patiënten komen rechtstreeks binnen met hun klacht of op verwijzing vanuit echelon 2 of 3.
- Echelon 1 biedt een (vrijwel) volledig palet aan diagnostiek, behandeling en palliatieve zorg en ondersteuning voor de desbetreffende tumorsoort.
- Echelon 1 kan patiënten (terug) verwijzen naar echelon 2 voor specifieke vormen en/of onderdelen van een oncologische behandeling.
- Echelon 1 kan patiënten (terug) verwijzen naar echelon 2 of 3 voor symptoomgerichte palliatieve zorg<sup>8</sup> en ondersteuning.
- Echelon 1 kan fungeren als regionaal en soms landelijk expertisecentrum voor de desbetreffende tumorsoort.

##### Echelon 2

- Patiënten komen rechtstreeks binnen met hun klacht of op verwijzing vanuit echelon 3.
- Patiënten komen (terug) voor specifieke vormen van systeemtherapie in samenspraak met echelon 1.
- Echelon 2 biedt initiële diagnostiek. In geval van constatering of vermoeden van de desbetreffende tumorsoort wordt echelon 1 betrokken.
- Echelon 2 biedt specifieke vormen van systeemtherapie in samenspraak met echelon 1.

---

<sup>8</sup> Bijvoorbeeld bloedtransfusie, ascitespunctie en behandeling en/of opname in verband met pijnklachten (maar voor echelon 3 geen systeemtherapie).

- Echelon 2 verwijst patiënten (terug) naar echelon 3 voor symptoomgerichte palliatieve zorg (niet zijnde systeemtherapie) en ondersteuning.

### **Echelon 3**

- Patiënten komen rechtstreeks binnen met hun klacht.
- Echelon 3 biedt initiële diagnostiek en verwijst bij vermoeden of constatering van de desbetreffende tumorsoort naar echelon 1 of echelon 2 voor verdere diagnostiek en behandeladvies.
- Echelon 3 biedt symptoomgerichte palliatieve zorg en ondersteuning, eventueel ook tijdens actieve ziektegerichte therapie in een ander echelon.

## **3.2 Tumorspecifieke volumenormen voor systeemtherapie**

Per tumorsoort wordt landelijk, op basis van medisch-inhoudelijke en organisatorische afwegingen, afgesproken en vastgelegd in het SONCOS normeringsrapport hoe het multidisciplinaire zorgpad er op hoofdlijnen uit dient te zien. Het zorgpad dient in lijn te zijn met vigerende landelijke richtlijnen. In samenhang daarmee worden door de betrokken wetenschappelijke verenigingen<sup>9</sup> per tumorsoort volumenormen opgesteld en kwaliteitscriteria voor shared care uitgewerkt. Daarbij gaat het zowel om volumenormen voor systeemtherapie als om shared-carekwaliteitscriteria met betrekking tot het gehele zorgpad van de patiënt voor het onderdeel systeemtherapie.

In het kader van de IZA-afspraken over spreiding en concentratie in de oncologie zijn voorstellen gedaan voor volumenormen voor systeemtherapie bij patiënten met long-, niercel-, pancreas- en maag-slokdarmcarcinoom (vier van de vijf tumorsoorten van tranche 1). De definitie van deze voorgestelde volumenormen is inmiddels bepaald als ‘prevalentie inclusief follow-up’. Voor de vijfde tumorsoort van tranche 1, hoofd-halscarcinoom, is geen aanpassing van de al in het SONCOS normeringsrapport aangegeven norm voor systeemtherapie opgesteld. In een volgende tranche wordt gekeken naar volumenormen voor andere tumorsoorten.

## **3.3 Een generiek minimumvolume voor systeemtherapie**

De tumorspecifieke volumenormen voor prevalentie inclusief follow-up voor systeemtherapie en de algemene kwaliteitscriteria voor shared care bij systeemtherapie vormen samen een landelijk kader voor shared care voor systeemtherapie bij ieder tumortype. Binnen dat kader wordt shared care voor systeemtherapie in de regionale oncologienetwerken ingericht en het voldoen aan de kwaliteitseisen voor shared care bij systeemtherapie betekent voor ziekenhuizen en zorgprofessionals een substantiële investering aan tijd en middelen. Het ligt in de lijn der verwachting dat zij zich daarom vrijwillig zullen toeleggen op systeemtherapie voor patiëntengroepen met voldoende omvang.

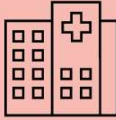
Er kan echter niet zonder meer vanuit worden gegaan dat alle ziekenhuizen en zorgprofessionals op die manier zullen besluiten. Om hen moverende redenen willen ze wellicht toch vasthouden aan het verlenen van systeemtherapie aan patiëntengroepen met een beperkte omvang. Deze vrijblijvendheid conflicteert met de wens om de kwaliteit van de patiëntenzorg te borgen en waar mogelijk te verhogen. Om deze reden meent de werkgroep Shared care dat er een belangrijke derde pijler moet worden toegevoegd aan het kader voor shared care bij systeemtherapie: namelijk dat een ziekenhuis jaarlijks een zeker minimum aan systeemtherapeutische zorg op het gebied van een bepaalde tumorsoort uitvoert.

---

<sup>9</sup> De NVMO, de NVALT en ook V&VN hebben hierin een belangrijke rol te vervullen.

# Echelonnering systeemtherapie

## Echelon 1



### Wat biedt echelon 1?

- volledig palet aan diagnostiek, systeemtherapie, palliatieve zorg en ondersteuning
- verwijzing naar echelon 2 voor systeemtherapie
- verwijzing naar echelon 2 of 3 voor symptoomgerichte palliatieve zorg en ondersteuning
- kan fungeren als expertisecentrum in regio (of landelijk)



### Hoe komt de patiënt binnen?

- rechtstreeks
- vanuit echelon 2 of 3 voor verdere diagnostiek en/of behandeling

Grens:  
tumorspecifieke  
volumenorm

## Echelon 2



### Wat biedt echelon 2?

- diagnostiek en eventueel behandeladvies
- verwijzing naar echelon 1 voor verdere diagnostiek en behandeling
- systeemtherapie in samenspraak met echelon 1
- symptoomgerichte palliatieve zorg en ondersteuning
- verwijzing naar echelon 3 of 1 voor symptoomgerichte palliatieve zorg en ondersteuning



### Hoe komt de patiënt binnen?

- rechtstreeks
- vanuit echelon 3 voor verdere diagnostiek en behandeling
- vanuit echelon 1 voor systeemtherapie en/of symptoomgerichte palliatieve zorg en ondersteuning

Grens:  
generiek  
minimumvolume

## Echelon 3



### Wat biedt echelon 3?

- initiële diagnostiek
- verwijzing naar echelon 1 of 2
- symptoomgerichte palliatieve zorg en ondersteuning



### Hoe komt de patiënt binnen?

- rechtstreeks
- vanuit echelon 1 of 2 voor symptoomgerichte palliatieve zorg en ondersteuning

Daarmee wordt voorkomen dat een ziekenhuis slechts enkele patiënten met een bepaalde tumorsoort per jaar behandelt met systeemtherapie, zoals dat nu nog steeds voorkomt. Dit minimumvolume vormt de grens tussen echelon 2 en echelon 3.

De aanbeveling om een generiek minimumvolume voor systeemtherapie vast te stellen, is mede gebaseerd op de volgende afwegingen:

- In het SONCOS normeringsrapport 2024 wordt een dergelijke ondergrens voor systemische behandeling reeds voor een aantal tumorsoorten gehanteerd.
- De *expert opinion* binnen de werkgroep Shared care is dat als een ziekenhuis voor een bepaalde tumorsoort minder dan een bepaald minimumaantal patiënten per jaar met systeemtherapie behandelt, het niet goed mogelijk is om kennis en kunde op peil te houden en het dus niet goed mogelijk is om deze patiënten kwalitatief goede en veilige zorg te bieden. De werkgroep stelt voor om te starten met een generiek minimumvolume van 10.
- Dat het trekken van deze kwantitatieve ondergrens het mogelijk maakt om ondubbelzinnig en transparant het onderscheid te maken tussen echelon 2 en 3. Het alternatief, een afbakening op basis van kwaliteitscriteria, vraagt een tijdrovend toetsingssysteem en dat is niet haalbaar en daarmee ongewenst.

#### *Het voorgestelde generieke minimumvolume*

De werkgroep Shared care beveelt daarom aan om te besluiten tot een generiek minimumvolume per tumorsoort per ziekenhuis van 10 nieuwe patiënten per jaar die zijn/worden behandeld met systeemtherapie.

Dit minimumvolume geldt voor iedere tumorsoort. Als er door een wetenschappelijke vereniging al een hoger minimum is afgesproken, blijft die hogere norm gelden voor de desbetreffende tumorsoort. Er wordt in de regio gekeken naar het gemiddelde van de voorgaande 3 jaren, hetgeen als voordeel heeft dat het generieke minimumvolume direct kan ingaan en dat er doordat de data van voorgaande jaren is gebruikt er geen sprake is van een perverse prikkel om te behandelen teneinde een hoger aantal behandelde patiënten te halen. Komt een ziekenhuis voor een bepaald tumortype gemiddeld uit onder de 10 nieuwe patiënten die met systeemtherapie worden behandeld, dan valt dit ziekenhuis voor de desbetreffende tumorsoort in echelon 3 en mag het deze patiëntengroep geen systeemtherapie aanbieden.

De werkgroep is gekomen tot bovenstaande definitie voor het generiek minimumvolume na uitvoerige discussie over alternatieven met hun verschillende voor- en nadelen. De redenen dat uiteindelijk is gekozen voor een 'incidentie van nieuwe met systeemtherapie behandelde patiënten' niet voor 'prevalentie inclusief follow-up' (zijnde de definitie die wordt gehanteerd door de Ronde Tafel C&S Oncologie en die geldt als onderscheid tussen echelon 1 en 2) zijn de volgende:

- De definitie van 'incidentie van nieuwe met systeemtherapie behandelde patiënten' is helder en eenduidig, eenvoudig uit de data te halen, direct toepasbaar en sluit goed aan bij het beoogde doel, namelijk te voorkomen dat patiënten systeemtherapeutisch worden behandeld op een plek waar de betrokken professionals op jaarbasis onvoldoende patiënten van de desbetreffende tumorsoort zien om de kwaliteit en kennis goed te kunnen borgen.
- Een generiek minimumvolume voor 'prevalentie inclusief follow-up' is niet werkbaar, omdat de follow-up zeer uiteenlopend uitpakt voor verschillende tumortypes, bijvoorbeeld door verschil in overleving en verschillend aantal controles in richtlijnen. Een minimum van 10 levert volgens de definitie 'prevalentie inclusief follow-up' voor bepaalde tumorsoorten dan

ook geen of zeer geringe impact op. Het vaststellen van verschillende minimumvolumes per tumorsoort op basis van 'prevalentie inclusief follow-up' is evenmin werkbaar, want dat is een tijdrovend proces, geeft onduidelijkheid en vraagt om voortdurende herijking als richtlijnen voor follow-up en/of overleving veranderen.

#### *Een generiek minimumvolume per tumorsoort*

De werkgroep heeft gekozen voor een generiek minimumvolume dat geldt voor elke tumorsoort en uitdrukkelijk niet voor een minimumvolume per gebruikt middel. Weliswaar worden bepaalde middelen bij meerdere tumorsoorten ingezet, maar de onderliggende ziekte, de weging van alternatieve behandelingen en indicatiestelling noch de mogelijke complicaties zijn daarmee hetzelfde. Verder is de beschikbaarheid en toepassing van middelen voortdurend aan veranderingen onderhevig, waarmee deze benadering zou leiden tot continue discussie over het al dan niet halen van het minimumvolume en daarmee over de echelonnering. Een optelsom van met hetzelfde middel behandelde patiënten met verschillende tumorsoorten om daarmee boven het (immers al lage) minimum van 10 te komen is daarom uitdrukkelijk geen onderdeel van de definitie van het generieke minimumvolume.

#### *Flexibiliteit*

De werkgroep hecht er aan om hierbij op te merken dat het generieke minimumvolume dient als uitgangspunt voor het doordenken van verschillende scenario's in het regionale oncologienetwerk en waar nodig landelijk. Aantallen vormen nooit een doel op zich; het gaat om het bieden van de meest passende (expert)zorg aan zo veel mogelijk patiënten. Essentieel is dat als onderdeel van de scenario's van de regionale impactanalyse een regionaal oncologienetwerk in gesprek gaat over waar en door wie systeemtherapie voor een bepaalde tumorsoort wordt aangeboden en hoe deze verdeling bijdraagt aan passende oncologische (expert)zorg in de regio (ook met aandacht voor wachttijden en doorlooptijden). Daarbij mag en moet het regionale oncologienetwerk anticiperen op voorspelde ontwikkelingen en de strategische keuzes voor de toekomst die er in dat perspectief worden gemaakt. Ook continuïteit en stabiliteit van de oncologische zorg in de regio wegen mee.

Een en ander betekent dat er ruimte is om het shared-caremodel voor systeemtherapie toe te passen binnen de regionale context en dat uitzonderingen in het regionale oncologienetwerk (of waar nodig bovenregionaal of landelijk) bespreekbaar zijn. Tegelijkertijd is het generiek minimumvolume voor systeemtherapie niet vrijblijvend. De kwaliteitseisen gelden onverminderd voor alle ziekenhuizen en ook bij eventuele uitzonderingen moet de kwaliteit van zorg aantoonbaar gewaarborgd zijn. Uitzonderingen moeten volledig transparant zijn, zij moeten worden vastgelegd in strikte afspraken in het regionale oncologienetwerk en zij kunnen alleen met goedkeuring van de betrokken zorgverzekeraars en patiëntvertegenwoordigers gemaakt worden.

#### *Minimumvolume in relatie tot bestaande afspraken en zeldzame tumoren*

Het minimumvolume is een ondergrens en vervangt niet de bestaande (hogere) normeringen zoals die zijn opgenomen in het SONCOS normeringsrapport, noch andere bestaande afspraken tussen wetenschappelijke verenigingen, zorginstellingen, zorgverzekeraars en/of CieBAG, die dus onverkort blijven gelden. Ook wil de werkgroep nog speciaal opmerken dat bestaande afspraken aangaande het verstrekken van bijzondere vormen van systeemtherapie waarbij het om zeer kleine aantallen patiënten gaat, zoals toediening van een bepaald middel in studieverband of systeemtherapie bij zeldzame tumoren in erkende expertisecentra, ongemoeid dienen te blijven.

## *Validatie*

Een praktisch punt van aandacht is de uitvraag en validatie van de data die nodig zijn om dit generiek minimumvolume te kunnen vaststellen en er het gesprek over te kunnen voeren. De NZa heeft de uitvraag gedaan en de volumedata van daadwerkelijk uitgevoerde systeemtherapie opgeleverd aan de instellingen. Deze data zijn echter (mogelijk) niet volledig gevalideerd door de instellingen omdat NZa daarna (in lijn met een besluit van de Ronde Tafel C&S Oncologie) heeft aangegeven dat zij enkel als aanvullend inzicht gedeeld werden en om die reden validatie niet nodig was.

De werkgroep wil voorkomen dat met de keuze voor deze definitie opnieuw veel werk bij de ziekenhuizen wordt neergelegd. Zij denkt dat dit pragmatisch opgelost kan worden door uitsluitend aan de ziekenhuizen die op of rond de grens van 10 zitten en die als echelon 2 gekwalificeerd wensen te worden, te vragen deze data te valideren voor het tumortype/de tumortypes waarvoor dat in hun geval aan de orde is. Dit zal een betrekkelijk kleine groep zijn van ziekenhuizen die er bovendien een direct belang bij hebben om deze data te valideren. De werkgroep verwacht dat dit nadeel zodoende grotendeels is ondervangen en geen belemmering vormt voor het instellen van een generiek minimumvolume volgens de voorgestelde definitie.

## *Vervolgstep: verfijning van generiek naar tumorspecifiek*

Ten slotte geeft de werkgroep ter overweging mee aan de Ronde Tafel C&S Oncologie om bij het vaststellen van dit generieke minimumvolume (dat de grens markeert tussen echelons 2 en 3) te bepalen dat dit in eerste instantie zal gelden voor de tumorsoorten van IZA-tranche 1 en -tranche 2. In een vervolgstap kan voor deze en volgende tumorsoorten door de wetenschappelijke verenigingen op basis van medisch-inhoudelijke overwegingen een tumorspecifieke ondergrens worden bepaald. In deze verfijning kan worden meegenomen dat sommige soorten systeemtherapie inzetbaar zijn voor meerdere tumortypes. Daarbij geldt dat het minimumvolume per tumorsoort nooit lager mag uitkomen dan het geldende generieke minimumvolume.<sup>10</sup>

## **3.4 Kwaliteitscriteria voor shared care bij systeemtherapie**

Het shared-caremodel berust behalve op de tumorspecifieke volumenormen en een generiek minimumvolume ook op algemene kwaliteitscriteria voor shared care waaraan alle ziekenhuizen moeten voldoen. In deze paragraaf worden de algemene kwaliteitscriteria voor shared care bij systeemtherapie omschreven.

Deze algemene kwaliteitscriteria zullen per tumorsoort (of overstijgend, voor meerdere tumorsoorten) door de wetenschappelijke verenigingen ondubbelzinnig en toetsbaar moeten worden uitgewerkt en vastgesteld. De uitwerking van de algemene kwaliteitscriteria kan daarbij worden aangevuld met tumorspecifieke eisen, denk aan het kunnen bieden van bepaalde diagnostische mogelijkheden.

Net als de landelijke volumenormen en het generieke minimumvolume moeten ook deze toetsbare kwaliteitscriteria voor shared care worden opgenomen in het SONCOS normeringsrapport als aanvulling of vervanging van de daar reeds geformuleerde voorwaarden voor netwerkzorg.

Toetsing en handhaving van zowel de volumenormen, het generieke minimumvolume als de kwaliteitscriteria moet verder worden doordacht, met het accent op leren en verbeteren en

---

<sup>10</sup> Tumorspecifieke aanpassingen van deze norm zullen via de jaarlijkse SONCOS-cyclus in het SONCOS normeringsrapport worden opgenomen. Voor aanpassingen in de uitwerking van shared care en dus ook voor dit punt geldt dat betrokken veldpartijen dit mede moeten goedkeuren.

transparantie. Partijen die hierin een rol hebben te vervullen zijn de regionale oncologienetwerken, FMS/SONCOS, V&VN, NFK, Zorginstituut, NZa en de zorgverzekeraars. Daarbij moet worden uitgewerkt welke partijen hierin welke verantwoordelijkheid op zich kunnen en willen nemen, in lijn met de IZA-afspraken over monitoring en transparantie voor patiënten, verzekeraars en toezichthouders over de relatie tussen kwaliteit, uitkomsten, (kosten)effectiviteit en doelmatigheid. Deze uitwerking zal plaatsvinden in het kader van een andere opdracht van de Werktafel Governance, in de werkgroep *Netwerknormering met interregionale toetsing en verbeterprogramma* en in samenspraak met de Werktafel *Transparantie en delen van data* en de Werktafel *Juiste zorg op de juiste plaats*.

Algemene uitgangspunten:

- De systeemtherapie voor elke tumorsoort is georganiseerd volgens een geprotocolleerd regionaal zorgpad met duidelijk omschreven verantwoordelijkheden, overdrachtsmomenten en samenwerkingsafspraken tussen de verschillende echelons.
- Bij vaststelling en veranderingen aangaande behandelbeleid is altijd expertise uit een echelon-1-ziekenhuis betrokken. Echelon 2 draagt daarbij ook eigen verantwoordelijkheid en kan en hoeft niet alles met echelon 1 te overleggen.
- Het regionale zorgpad is transparant voor patiënten.

Alle ziekenhuizen die voor enige tumorsoort systeemtherapie bieden, voldoen aan de volgende kwaliteitscriteria:

- Aantoonbare relevante bijscholing van medisch specialisten, verpleegkundig specialisten en (gespecialiseerd) verpleegkundigen.
- Werken volgens landelijke en regionale afspraken over de inclusie van patiënten in relevante trials.
- Actief bijdragen aan innovatie en groei van kennis.

De ziekenhuizen in echelon 1 en echelon 2 voldoen bovendien aan de volgende kwaliteitscriteria voor de toepassing van systeemtherapie bij de desbetreffende tumorsoorten:

- Volledig bijwonen van het (regionale) MDO en eventuele andere overleggen zoals dat per tumorsoort is afgesproken in het regionale oncologienetwerk (of landelijk).
- Verzamelen van kwaliteitsinformatie aangaande de desbetreffende tumorsoorten conform landelijke afspraken die daarover zijn gemaakt of nog worden gemaakt, eventueel met regionale aanvullingen.
- Deelnemen aan regionale en interregionale evaluaties en benchmarkbijeenkomsten aangaande de desbetreffende tumorsoorten volgens landelijke afspraken die daarover zijn gemaakt.
- Met behulp van dit geheel aan kwaliteitsinformatie systematisch werken aan cyclische kwaliteitsverbetering en transparantie aangaande de desbetreffende tumorsoorten.

*Nadere invulling van het kwaliteitscriterium ‘volledig bijwonen van het regionale MDO’*

De werkgroep realiseert zich dat volledig bijwonen van het regionaal MDO voor een bepaalde tumorsoort door iedere internist-oncoloog die zich toelegt op de desbetreffende patiëntengroep in een bepaald ziekenhuis in sommige gevallen niet haalbaar zou kunnen zijn. Hieronder wordt toegelicht hoe hiermee kan worden omgegaan.

- *Adequate overdracht.* Medisch specialisten die een patiënt inbrengen dienen deze casus bij voorkeur zelf te presenteren en te bespreken in het regionale MDO. Indien dit niet haalbaar is, draagt de behandelend internist-oncoloog deze casus en bijbehorende concrete vraagstelling adequaat over aan een deskundige collega die namens het ziekenhuis het regionaal MDO bijwoont. Daarmee is voor iedere patiënt een efficiënte bespreking met voldoende expertise gewaarborgd.
- *Innige samenwerking op niveau van de individuele patiënt.* Een echelon-2-ziekenhuis dat aan alle kwaliteitscriteria voor shared care voldoet, behalve aan het criterium van *volledige* deelname aan het regionaal MDO, kan bij wijze van uitzondering toch systeemtherapie voor de desbetreffende tumorsoort bieden. Dit is toegestaan op voorwaarde dat de behandelend internist-oncoloog óf een deskundige collega minimaal de eigen patiënten in het regionaal MDO presenteert. Daarbij geldt de aanvullende voorwaarde van een innige samenwerking tussen het echelon-2-ziekenhuis met een echelon-1-ziekenhuis, met echt gedeelde regie op de zorg voor de individuele patiënt. Een en ander wordt transparant en toetsbaar vastgelegd in de regionale afspraken over shared care bij systeemtherapie.

## 4. Impact in de praktijk

Shared care is een manier om op het gebied van een bepaalde tumorsoort zo veel mogelijk kennis en kunde beschikbaar te maken voor alle patiënten, de kwaliteit en innovatie op het gebied van systeemtherapie te versterken en tegelijkertijd voor patiënten te zorgen voor voldoende geografische spreiding van de zorg.

### 4.1 Algemene impact

Gegeven het landelijk kader van tumorspecifieke volumenormenten, algemene kwaliteitscriteria voor shared care en een generiek minimumvolume voor shared care verwacht de werkgroep Shared care dat een groot deel van de patiënten systeemtherapie kan (blijven) ontvangen in een ziekenhuis dichtbij.

- Een aantal ziekenhuizen zal voor bepaalde tumorsoorten onder het generieke minimum van 10 nieuwe patiënten per jaar zitten. Zij vallen voor deze tumorsoorten in principe in echelon 3. Deze ziekenhuizen zullen de desbetreffende patiënten geen systeemtherapie meer bieden. Een beperkt aantal patiënten zal hierdoor mogelijk verder moeten reizen om systeemtherapie te krijgen. Voor de betrokken zorgprofessionals betekent het dat zij in hun dagelijks werk een minder breed palet aan systeemtherapie uitvoeren.
- Een aantal ziekenhuizen zal voor bepaalde tumorsoorten onder de door de Ronde Tafel C&S Oncologie bepaalde volumenorm zitten, maar boven het generieke minimum van 10 nieuwe patiënten per jaar. Zij hebben voor deze tumorsoorten, in samenspraak met het regionale oncologienetwerk, de keuze om in echelon 2 of in echelon 3 te vallen. Als zij opteren voor echelon 2 mogen deze ziekenhuizen – als zij voldoen aan de kwaliteitscriteria voor shared care en op basis van strikte afspraken daarover in het regionaal oncologienetwerk – systeemtherapie bieden in samenspraak met echelon 1. Voor een deel van de patiënten die dit betreft, betekent dit dat zij systeemtherapie dicht bij huis kunnen krijgen. Voor de betrokken zorgprofessionals, zowel in echelon 2 als in echelon 1, betekent dit dat er extra inzet van hen wordt gevraagd.
- Voor hoogvolume tumorsoorten (bijvoorbeeld borst-, long-, prostaat- en coloncarcinoom) geldt dat naar verwachting alle ziekenhuizen in Nederland boven het generieke minimumvolume van 10 nieuwe met systeemtherapie behandelde patiënten per jaar zitten en dus in echelon 1 of 2 vallen. Dat betekent dat in alle ziekenhuizen systeemtherapeutische zorg kan blijven worden geboden.

### 4.2 Impact in de regionale oncologienetwerken

De indeling die voortvloeit uit de tumorspecifieke volumenorm en het generieke minimumvolume vormt het uitgangspunt voor het gesprek in het regionale oncologienetwerk over de inrichting van de systeemtherapie voor de desbetreffende tumorsoort. Daarbij worden ook de zorgverzekeraars en patiëntvertegenwoordigers betrokken.

- De ziekenhuizen stemmen hun strategische keuzes in het regionale overleg op elkaar af om gezamenlijk tot een optimale inrichting in het regionale oncologienetwerk te komen.
- De ziekenhuizen in echelon 2 kunnen aangeven of zij al dan niet de stap willen zetten om te voldoen aan de kwaliteitscriteria voor shared care bij systeemtherapie voor de desbetreffende tumorsoort. Kiezen zij daar niet voor, dan vallen zij alsnog in echelon 3 en bieden zij geen systeemtherapie meer aan deze patiëntengroep.

- Het kan ook voorkomen dat een ziekenhuis dat voor een bepaalde tumorsoort in echelon 1 of 2 valt, in overleg met de andere ziekenhuizen in het regionale oncologienetwerk de strategische keuze maakt om (bepaalde vormen van) systeemtherapie voor de desbetreffende tumorsoort niet meer te willen bieden. Hierbij merkt de werkgroep op dat een dergelijke afweging in breder (en mogelijk ook in landelijk) perspectief moet worden gezien. Innovatie en de kwaliteit van het wetenschappelijk onderzoek is een gezamenlijk verantwoordelijkheid en het kan daarom wenselijk zijn om deze vormen van zorg (in één of meer regio's) te behouden in de setting van umc of een topklinisch ziekenhuis.
- Ten slotte is het mogelijk dat een echelon-3-ziekenhuis aangeeft te willen inzetten op groei van de patiëntenzorg voor de desbetreffende tumorsoort. Dit kan bijvoorbeeld door in het kader van de impactanalyse Concentratie en Spreiding afspraken te maken over her-allocatie van systeemtherapie bij laagvolume tumoren. Denk hierbij aan twee ziekenhuizen die allebei voor twee tumorsoorten onder het generieke minimumvolume zitten, waarbij het ene ziekenhuis zich gaat toeleggen op de ene tumorsoort en het andere ziekenhuis op de andere tumorsoort, waardoor ze elk voor de gekozen tumorsoort in de toekomst wél meer dan het generieke minimumvolume aan patiënten behandelen. Daarbij hoort uiteraard de bereidheid tot de inzet en investeringen die nodig zijn om te voldoen aan de kwaliteitscriteria.
- In het algemeen geldt dat indeling in een bepaald echelon niet vrijblijvend is. Daar hoort voor ziekenhuizen in alle drie de echelons bij dat zij zich verplichten tot de inspanningen en investeringen die nodig zijn om te voldoen aan de bijbehorende kwaliteitscriteria.

De ziekenhuizen in een regionaal oncologienetwerk komen in overleg met zorgverzekeraars en patiëntenvertegenwoordigers dit alles meewegende tot regionale afspraken over welke ziekenhuizen welke (onderdelen van) systeemtherapie bij een bepaalde tumorsoort geven. Deze regionale afspraken over taken en rollen van ziekenhuizen zijn niet vrijblijvend en wordt vastgelegd in strikte samenwerkingsafspraken in het regionale oncologienetwerk.

De regionale afspraken worden optimaal afgestemd op de kenmerken en het aanbod van de instellingen in het regionale oncologienetwerk. Daarbij wordt rekening gehouden met de feitelijk beschikbare expertise en capaciteit, met relevante specifieke kenmerken van de regio en met het patiëntperspectief op de regionale inrichting van de zorg.

Ook de implicaties voor aanpalende zorg worden meegenomen in de afwegingen. De zorg die een regionaal oncologienetwerk levert op het gebied van systeemtherapie voor een specifiek tumortype kan niet los gezien worden van de systeemtherapie voor andere tumorsoorten en de overige oncologische én benigne zorg in de regio. Daarnaast is bij het verschuiven van zorg ook altijd aandacht voor het behouden van de innovatiekracht in het regionale oncologienetwerk.

Elk ziekenhuis vervult per tumorsoort een duidelijk gedefinieerde rol binnen het regionale oncologienetwerk en soms ook over de grenzen van het regionale oncologienetwerk heen. De echelonnering per tumorsoort is openbaar, zodat patiënten, verwijzers en zorgverzekeraars weten welke zorg waar wordt geboden.

De echelonnering en de afspraken in het regionale oncologienetwerk worden periodiek geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.

## 5. Aanbevelingen, verdere uitwerking en randvoorwaarden

De werkgroep Shared care doet op basis van de uitwerking van shared care bij systeemtherapie een aantal aanbevelingen. Deze zijn deels hierboven al genoemd. Shared care moet een plek krijgen in de verdere afspraken over governance van regionale oncologienetwerken. Ten slotte acht de werkgroep het van belang hier aan te geven welke randvoorwaarden moeten zijn vervuld om shared care bij systeemtherapie succesvol te kunnen implementeren in de regionale oncologienetwerken.

### 5.1 Aanbevelingen

1. **Aanbeveling:** Stel tumorspecifieke volumenorment vast.

**Aan:** Ronde Tafel C&S Oncologie

**Toelichting:** Het shared-caremodel berust mede op tumorspecifieke volumenorment voor systeemtherapie en gaat ervan uit dat de Ronde Tafel C&S Oncologie die vaststelt.

2. **Aanbeveling:** Accordeer het generieke minimumvolume voor systeemtherapie en neem deze mee in de impactanalyse Concentratie & Spreiding.

**Aan:** Ronde Tafel C&S Oncologie

**Toelichting:** Het shared-caremodel berust mede op een generiek minimumvolume van 10 nieuwe patiënten behandeld met systeemtherapie per jaar. Onder dit minimum mag een ziekenhuis voor deze tumorsoort in principe geen systeemtherapie bieden aan de desbetreffende patiëntengroep. Dit generieke minimumvolume moet eveneens worden vastgesteld door de Ronde Tafel C&S Oncologie.

3. **Aanbeveling:** Werk de algemene kwaliteitscriteria voor shared care verder uit en vul deze aan; algemeen en tumorspecifiek.

**Aan:** Wetenschappelijke verenigingen

**Toelichting:** Het shared-caremodel berust mede op kwaliteitscriteria voor shared care bij systeemtherapie. De algemene kwaliteitscriteria zoals die in dit document worden beschreven, moeten door de wetenschappelijke verenigingen worden uitgewerkt en aangevuld.

4. **Aanbeveling:** Neem na vaststelling de volumenorment, het generieke minimum en de kwaliteitscriteria voor shared care op in het SONCOS normeringsdocument en neem ze mee in de jaarlijkse actualisering. Verbreed de consultatie over dit onderdeel met relevante veldpartijen.

**Aan:** FMS/SONCOS

**Toelichting:** De volumenorment, het generieke minimum en de kwaliteitscriteria voor shared care moeten worden opgenomen in het SONCOS normeringsrapport. Zo zijn governance en beheer goed geregeld en wordt het landelijk kader voor shared care jaarlijks op alle relevante punten herzien en waar nodig aangepast, uitgebreid en/of aangescherpt. FMS/SONCOS dient andere relevante partijen zoals NFK, de regionale oncologienetwerken en zorgverzekeraars te betrekken bij de jaarlijkse update van deze onderdelen van het SONCOS normeringsrapport.

### 5.2 Verdere uitwerking

De implementatie van het shared-caremodel zal plaatsvinden in het kader van oncologische netwerkgroep. De kaders hiervoor worden uitgewerkt door de Werktafel Governance.

De volgende punten moeten nader worden uitgewerkt door de werkgroep *Netwerknormering met interregionale toetsing en verbeterprogramma*:

- De kwaliteitscriteria voor de inrichting van de MDO's en monodisciplinaire overleggen in het regionale oncologienetwerk (en waar nodig bovenregionaal of landelijk) en de kwaliteitscyclus in het regionale oncologienetwerk met (inter)regionale toetsing die bijdraagt aan een 'lerende cultuur'.
- Het is aan de regionale oncologienetwerken om te zorgen voor transparantie over aantallen (nieuwe) patiënten om de tumorspecifieke volumenormen en de generieke minimumvolumenorm te kunnen toetsen en daarover verantwoording te kunnen afleggen. Daarvoor zijn al veel data beschikbaar en om extra administratieve last te voorkomen is het van belang om daarvan maximaal gebruik te maken.
- De regionale oncologienetwerken verplichten ook zich tot transparantie over processen en uitkomsten richting patiënten en zorgverzekeraars, in een nader uit te werken vorm. Dit draagt bij aan een lerende cultuur en het biedt keuze-informatie aan patiënten. Uitwerking hiervan gebeurt in afstemming met NFK en ZN en in nauwe samenwerking met de Werktafel Transparantie en delen van data.
- Het kader van de tumorspecifieke volumenormen, het generieke minimumvolume en de kwaliteitscriteria voor shared care moet worden getoetst en gehandhaafd, waarbij moet worden uitgewerkt welke partijen daarbij welke rol vervullen. Daarbij zou de verantwoordelijkheid voor transparantie, benchmarking en toetsing kunnen liggen bij de regionale oncologienetwerken in samenspraak met patiëntvertegenwoordigers, zorgverzekeraars en toezichthouders. De zorgverzekeraars stemmen hun inkoop af op deze toetsing. In het algemeen geldt voor de toetsing en handhaving dat deze een lerende cultuur en de bijbehorende verbetercyclus moeten ondersteunen.

De volgende punten moeten nader worden uitgewerkt door de werkgroep *Governance en financiering netwerkkosten*:

- Shared care moet expliciet worden meegenomen in de verdere afspraken over governance van oncologienetwerken.
- De governance van de regionale oncologienetwerken moet (meer) worden toegesneden op de rol die in het shared-caremodel van hen wordt verwacht. Zij moeten sterker kunnen sturen op het inrichten van het regionale oncologienetwerk volgens het shared-caremodel en als regionaal oncologienetwerk de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de oncologische zorg kunnen garanderen.

### 5.3 Randvoorwaarden

De werkgroep Shared care ziet de volgende zaken als randvoorwaardelijk:

- Passende bekostiging van shared care, denk aan deelname aan het regionaal MDO dan wel regionaal monodisciplinair overleg. Voor zover dit niet (goed) mogelijk is binnen het huidige bekostigingsstelsel moet dit zo spoedig mogelijk worden opgelost om shared care mogelijk te maken. Hierbij vervult de NZa een sleutelrol.
- Adequate financiering van netwerkkosten, zowel voor de regionale oncologienetwerken als hun landelijke platform.
- Makkelijk, veilig en betrouwbaar kunnen delen van patiëntgegevens binnen het regionale oncologienetwerk en zo nodig over de grenzen daarvan heen.
- Transparantie over uitkomsten als basis voor leren en verbeteren in en tussen regionale oncologienetwerken.
- Voldoende gekwalificeerd personeel voor het verlenen van kwalitatief goede zorg.