

# Op weg naar gepersonaliseerde borstkankerzorg

2022



**OHRA** Direct  
geregeld

 **nationale  
nederlanden**

# Inhoudsopgave

Voorwoord	3
<b>1 Inleiding</b>	<b>4</b>
1.1 Trends en ontwikkelingen: kanker	4
1.2 Borstkanker	4
1.3 Behandeling van borstkanker	4
1.4 Selectieve inkoop op basis van kwaliteitsnormen	5
<b>2 Onze visie op de kwaliteit van de zorg</b>	<b>7</b>
<b>3 Onze visie op de kwaliteit van borstkankerzorg in Nederland</b>	<b>9</b>
3.1 Informatievoorziening, Samen Beslissen en keuzehulpen	9
3.2 Gepersonaliseerde zorg voor borstkankerpatiënten: ‘The Next Step’ in Samen Beslissen	10
<b>4 Ontwikkelingen in de borstkankerzorg die CZ groep     nauwgezet volgt</b>	<b>11</b>
4.1 Inzet moleculaire diagnostiek bij borstkanker	11
4.2 Variatie tussen pathologielaboratoria	11
4.3 Ontwikkeling medische beslisondersteuning – Decision Support Systems	12
4.4 Nazorg	12
<b>Bijlage Verantwoording selectieve inkoop van borstkankerzorg</b>	<b>13</b>

## Voorwoord

CZ groep staat voor zorg die verder gaat. Het goed, betaalbaar en toegankelijk houden van de Nederlandse zorg zien wij als onze maatschappelijke verantwoordelijkheid. Nu en in de toekomst. De rode draad in het zorginkoopbeleid van CZ Groep vormt 'Verantwoord en Dichtbij'. 'Verantwoord' betekent dat wij zorg willen contracteren die aansluit bij onze kwaliteitsvisie en die betaalbaar is. We hanteren daarbij passende, ambitieuze normen. 'Dichtbij' is het uitgangspunt van de zorgverlening: thuis of dicht bij huis als dat kan. En verder weg als dat beter is voor de kwaliteit. Maar met 'dichtbij' bedoelen we ook: dicht bij de wensen en keuzes van verzekerden wat betreft hun behandeling. Bijvoorbeeld via gezamenlijke besluitvormingstrajecten en nieuwe vormen van diagnostiek en digitale ondersteuning. Zo maken we behandelingen minder belastend én persoonsgericht.

We geloven namelijk met heel ons hart dat het beter kan en zetten ons daarom in voor het realiseren van de best mogelijke zorg voor onze verzekerden. Waar nodig wil CZ groep, bij voorkeur samen met wetenschappelijke verenigingen, patiëntenorganisaties en andere zorgverzekeraars, blijven bouwen aan transparantie in de zorg en zorginkoop op basis van kwaliteitsinformatie. CZ groep kiest er bij een aantal aandoeningen voor om de lat hoger te leggen. Dit doen we alleen als we zien dat er extra kwaliteitsverbetering mogelijk en nodig is.

De huidige kwaliteit van borstkankerzorg in Nederland is hoog. Op sommige punten ziet CZ groep echter nog verbeterpotentieel en daar willen wij graag een bijdrage aan leveren. Naast selectieve inkoop gaan wij onze aandacht richten op het breder inzetten van gepersonaliseerde zorg. We onderhouden nauw contact met patiëntenorganisaties en het zorgveld om onze aanpak aan te laten sluiten bij de wensen van de patiënten en de specialisten.

# Inleiding

## 1.1 Trends en ontwikkelingen: kanker

Het aantal mensen met kanker in Nederland neemt toe. In 2019 kregen bijna 118.000 mensen de diagnose kanker. Twee derde van de patiënten overleeft de ziekte, hoewel er grote verschillen bestaan tussen de verschillende kankersoorten. Ook de mogelijkheden voor diagnostiek en behandeling nemen razendsnel toe.<sup>1</sup> Vaak gaat het om een behandeling met gespecialiseerde geneesmiddelen. Denk hierbij aan nieuwe vormen van systeemtherapie, zoals immuuntherapie en doelgerichte therapie. Door de toename van het aantal patiënten en behandelmogelijkheden, stijgen ook de kosten. In 2040 zijn de kosten voor goedaardige en kwaadaardige nieuwvormingen naar verwachting vier keer zo hoog als in 2015.<sup>2</sup>

## 1.2 Borstkanker

Borstkanker is wereldwijd een veelvoorkomende vorm van kanker. De diagnose borstkanker wordt voornamelijk in westerse landen gesteld. Met 26% van alle diagnoses is borstkanker de meest voorkomende kankersoort bij vrouwen. In Nederland krijgt 1 op de 7 vrouwen borstkanker. In 2019 kregen ruim 17.000 vrouwen en mannen in Nederland de diagnose en jaarlijks overlijden er meer dan 3.000 mensen aan de gevolgen van borstkanker.<sup>3</sup>

Er zijn een aantal soorten borstkanker, waarvan het invasief ductaal carcinoom (80%) het meest voorkomend is. 84% van alle vrouwen en 100% van alle mannen met invasieve borstkanker heeft een hormoongevoelige tumor. Daarnaast heeft 15-20% van de vrouwen en 4% van de mannen met invasieve borstkanker een HER2-positieve tumor, en heeft 10% van alle vrouwen en 0% van alle mannen met invasieve borstkanker een triple negatieve borstkanker.<sup>4</sup>

De meeste patiënten hebben bij het stellen van de diagnose borstkanker een laagstadiumtumor: 40% van de vrouwelijke patiënten bevindt zich in stadium I en

33% in stadium II.<sup>4</sup> Onder andere door het landelijke bevolkingsonderzoek worden tumoren de afgelopen tien jaar in een vroeger stadium ontdekt.<sup>5</sup>

De prognose bij borstkanker is de afgelopen jaren sterk verbeterd. Dit komt naast vroege opsporing ook mede dankzij verbeterde behandelingen. Zo is de 10-jaars-overleving voor vrouwen met borstkanker de afgelopen 20 jaar sterk gestegen. Deze stijging is voornamelijk zichtbaar bij patiënten met een stadium II- of III-tumor. De overleving van borstkanker wordt, net zoals bij andere tumoren, in hoge mate bepaald door het stadium bij diagnose. Van de patiënten met borstkanker stadium I is 95% na 10 jaar nog in leven, terwijl patiënten met stadium IV (uitgezaaide borstkanker) een 10-jaars-overleving hebben van 12%.<sup>4</sup>

## 1.3 Behandeling van borstkanker

Bijna alle patiënten met borstkanker (90%) worden geopereerd om de tumor te verwijderen. In de afgelopen 25 jaar is een duidelijke toename te zien van borstsparende operaties: van 37% in 1989 naar 57% in 2017. Patiënten in een laat stadium en patiënten op leeftijd worden minder vaak geopereerd.<sup>6</sup>

Naast de (borstsparende) operatie krijgen borstkankerpatiënten ook andere vormen van behandeling: radiotherapie (68%), hormoontherapie (45%), chemotherapie (32%) en doelgerichte therapie (10%).<sup>6</sup>

<sup>1</sup> [www.iknl.nl](http://www.iknl.nl)

<sup>2</sup> [www.vtv2018.nl/zorguitgaven](http://www.vtv2018.nl/zorguitgaven)

<sup>3</sup> [www.iknl.nl](http://www.iknl.nl) Flyer borstkanker in Nederland

<sup>4</sup> [www.iknl.nl](http://www.iknl.nl) Incidentie cijfers borstkanker

<sup>5</sup> [www.rivm.nl](http://www.rivm.nl) Bevolkingsonderzoek borstkanker

<sup>6</sup> [www.iknl.nl](http://www.iknl.nl) Behandeling borstkanker

Ook worden steeds vaker de individuele voorkeuren van de patiënt meegenomen. Deze gepersonaliseerde zorg, toegespitst op de biologische parameters én persoonlijke situatie en wensen van de patiënt, maakt behandelingen effectiever. Zo kan de patiënt tegenwoordig met behulp van keuzehulp en informatievoorzieningen via dashboards meebeslissen over zijn/haar behandeling.<sup>7,8</sup>

## 1.4 Selectieve inkoop op basis van kwaliteitsnormen

Sinds 2010 hanteert CZ groep een actief inkoopbeleid op borstkankerzorg. Alleen ziekenhuizen die voldoen aan onze minimale kwaliteitsnormen krijgen een contract voor de desbetreffende ingreep. Door selectief in te kopen proberen wij bij (complexe) medisch specialistische zorg te sturen op concentratie en spreiding, zodat niet ieder ziekenhuis alle complexe gespecialiseerde zorg aanbiedt.

Sinds dit eerste initiatief om borstkankerzorg op basis van kwaliteitsnormen selectief in te kopen is er veel gebeurd. Enerzijds heeft de ontwikkeling van normen door de beroepsgroep een versnelling doorgemaakt en anderzijds wordt de inkoop op de minimumnormen van de beroepsgroep landelijk vormgegeven op het niveau van Zorgverzekeraars Nederland.

Bij de selectieve inkoop werd gebruik gemaakt van de landelijk beschikbare indicatoren. In de afgelopen jaren is er veel vooruitgang geboekt op de kwaliteit van zorg en zijn veel van de kwaliteitseisen niet meer onderscheidend. Deze indicatoren worden dan ook niet meer uitgevraagd. Bij het vaststellen van de kwaliteitseisen volgen we de landelijke normen, maar soms stellen we zelf ook hogere normen om de kwaliteit verder te verbeteren.

Daar waar de beroepsgroep (NVvH) de volumenorm voor borstkankeroperaties op minimaal 50 heeft staan, hanteert CZ groep nog steeds de volumenorm van tenminste 75 primaire borstkankeroperaties per behandellocatie.<sup>9</sup> Dit is ook nog de enige indicator die we specifiek voor borstkanker gebruiken in ons inkoopbeleid.

Sinds 2010 heeft CZ groep jaarlijks een verantwoordingsdocument gepubliceerd waarin de criteria voor selectieve inkoop werden beschreven. Het verantwoordingsdocument zal niet meer separaat gepubliceerd worden, maar is onderdeel geworden van dit document. Zie de bijlage van dit document voor nadere toelichting.

CZ groep is dus sinds 2010 door middel van selectieve inkoop actief bezig om de kwaliteit van borstkankerzorg in Nederland te optimaliseren. Op het gebied van gepersonaliseerde zorg zien we echter nog verbeterpotentieel en daar willen wij graag een bijdrage aan leveren. Wij gaan onze aandacht aanvullend richten op het breder inzetten van gepersonaliseerde zorg bij borstkanker in Nederland (zie volgende figuur).

<sup>7</sup> [www.kwf.nl](http://www.kwf.nl)

<sup>8</sup> [www.borstkanker.nl](http://www.borstkanker.nl)

<sup>9</sup> Siesling, S. et al., 2014. Impact of hospital volume on breast cancer outcome: a population-based study in the Netherlands

# Zorgpad borstkanker



CZ is in 2010 gestart met actief inkoopbeleid door borstkankerzorg op basis van kwaliteitsnormen selectief in te kopen.

### Selectieve inkoop

Dit is gericht op verbeteren van de klinische effectiviteit van de behandeling.

### Gepersonaliseerde borstkankerzorg

Met het stimuleren van Samen Beslissen in zorgpaden en de inzet van medische beslisondersteuning stuurt CZ op meer persoonsgerichte en gepersonaliseerde zorg, gericht op het verbeteren van klinische effectiviteit en patiëntgerichtheid.

De huidige kwaliteit van de borstkankerzorg in Nederland is hoog. Door in te zetten op gepersonaliseerde zorg wordt de kwaliteit van borstkankerzorg nog verder geoptimaliseerd.

*Naast Selectieve Inkoop gaan wij ons aanvullend richten op gepersonaliseerde zorg*

## Onze visie op de kwaliteit van de zorg

CZ groep stuurt actief om de kwaliteit van de zorg te verhogen. Wij willen zorg inkopen die zo veel mogelijk waarde toevoegt voor onze verzekerden. Dat is zorg die van goede kwaliteit is en die aansluit bij de behoefte van de patiënt.

Daarom heeft CZ groep een visie op kwaliteit geformuleerd.

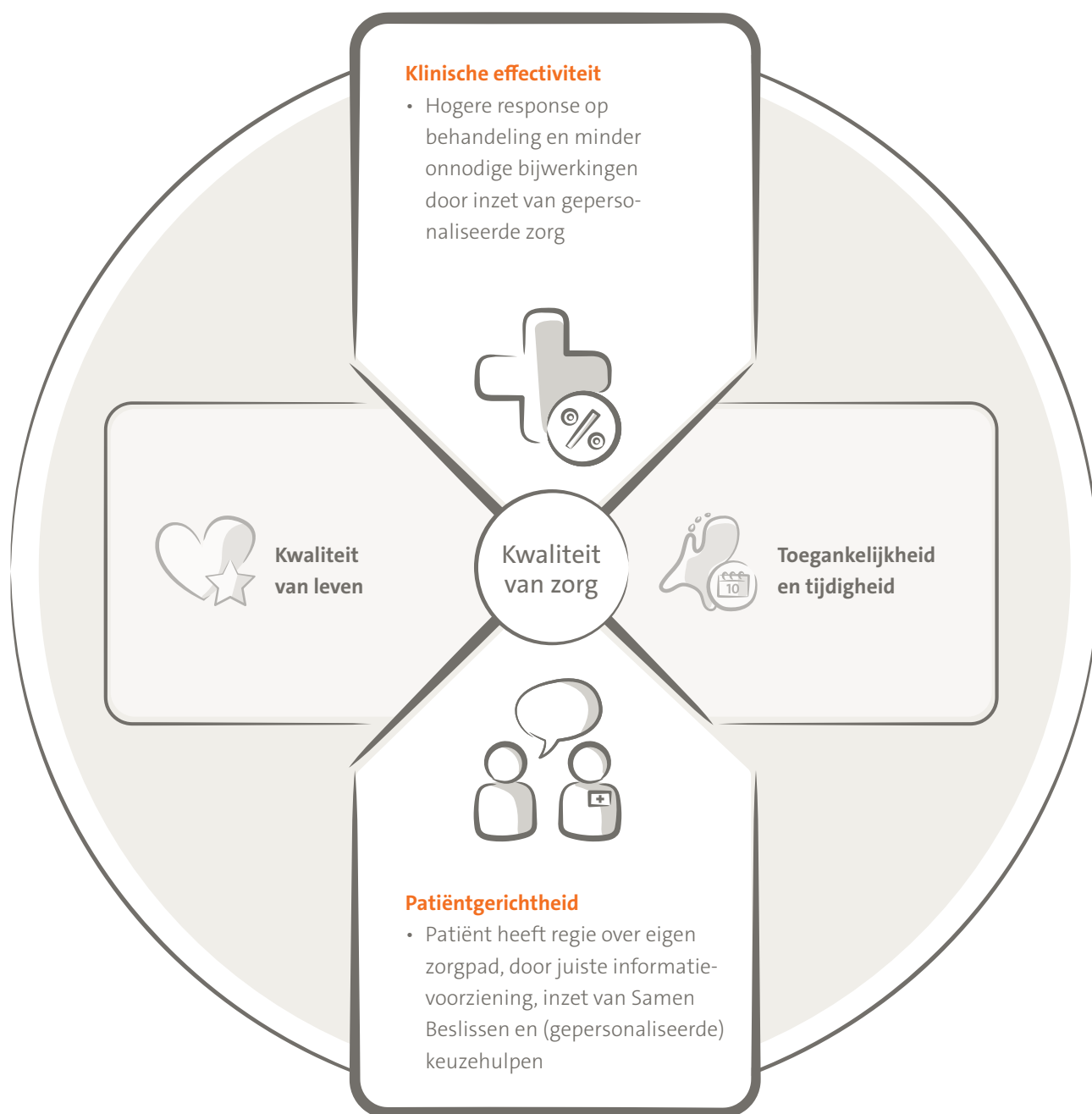
Kwaliteit van zorg kent vele definities en elementen.

Wij hebben dit begrip geclusterd in vier dimensies:

- klinische effectiviteit;
- toegankelijkheid en tijdigheid;
- patiëntgerichtheid;
- kwaliteit van leven.

In hoofdstuk 3 beschrijven we op hoofdlijnen wat volgens ons de belangrijkste aandachtspunten zijn in de zorg voor mensen met borstkanker. In de volgende figuur geven we aan wat het gewenste perspectief is voor borstkankerpatiënten, geordend langs de verschillende dimensies van het kwaliteitsmodel.

# Kwaliteit van zorg





# Onze visie op de kwaliteit van borstkankerczorg in Nederland

In dit hoofdstuk gaan wij in op onze visie ten aanzien van gepersonaliseerde en persoonsgerichte zorg bij borstkanker in Nederland. Dit zijn onderwerpen waar wij actief onze aandacht op richten. In hoofdstuk 4 beschrijven wij onze visie op onderwerpen die wij het komende jaar nauwgezet zullen volgen.

## 3.1 Informatievoorziening, Samen Beslissen en keuzehulpen

Juiste informatievoorziening over alle behandelopties en het delen van kennis van voor- en nadelen, kan worden gebruikt om borstkankerpatiënten te betrekken bij het besluitvormingsproces. Daarnaast kan het gebruikt worden om beter af te stemmen op de wensen van de patiënt en op de uiteindelijke uitkomsten van de behandeling. Helaas wordt dit in de huidige Nederlandse borstkankerczorg niet altijd gedaan.<sup>10</sup>

Het samen met de zorgverlener op zoek gaan naar de behandeling of zorg die het beste bij de patiënt past heet Samen Beslissen. Wat het beste past, hangt af van de medische mogelijkheden, én de wensen en voorkeuren van de patiënt. Samen Beslissen heeft als doel patiëntbetrokkenheid bij keuzes in de zorg te vergroten. Patiënten die actief betrokken zijn bij hun behandeling ervaren een hogere patiënttevredenheid en kwaliteit van zorg. Ook staan patiënten dan meer achter behandelkeuzes en zijn zij meer trouw aan therapie. Doordat behandelkeuzes beter aansluiten bij hun persoonlijke waarden, ervaren patiënten een hogere kwaliteit van leven. Bewuste en gezamenlijk met de patiënt gemaakte keuzes leiden naar verwachting ook tot kostenbesparingen, omdat de gekozen opties vaak minder invasief zijn of omdat wordt afgezien van verwijzing, diagnostiek of behandeling.

De Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK) heeft in 2018 een peiling gedaan om meer zicht te krijgen op hoe (ex-)kankerpatiënten Samen Beslissen ervaren.<sup>11</sup> Hieruit blijkt dat zowel de korte als lange

termijn vaak ongewenst onbesproken zijn. Daarnaast geeft minder dan de helft van de respondenten met borstkanker aan te hebben ervaren dat een zorgverlener heeft besproken wat zij belangrijk vinden in het leven. Het gevoel van tevredenheid van (ex-)kankerpatiënten over de ondersteuning van de zorgverlener bij het maken van een behandelkeuze neemt toe, als de zorgverlener ook aandacht heeft voor de gevolgen van de behandeling, het dagelijks leven en de toekomstplannen van de patiënt.

Keuzehulpen kunnen artsen en patiënten ondersteunen bij Samen Beslissen. Deze keuzehulpen, die zijn gebaseerd op wetenschappelijke richtlijnen, leggen alle verschillende behandelopties naast elkaar (ook niet behandelen), en maken relevante wensen en voorkeuren van patiënten zichtbaar.

---

CZ groep heeft de ambitie dat elke patiënt in 2024 Samen Beslissen ervaart in de ziekenhuizen in ons kernwerkgebied. Daarom bespreken we in de kwaliteitsgesprekken met de ziekenhuizen hoe we deze ambitie gaan waarmaken. Samen met het ziekenhuis stelt CZ groep de noodzakelijke randvoorwaarden om Samen Beslissen te organiseren vast. Ook wordt besproken hoe CZ groep het veranderproces kan faciliteren en er komt een (verbeter)plan om de ambitie waar te maken. Daarnaast helpen we de patiënt zich goed voor te bereiden op het gesprek met de arts door 'spiekbriefjes' aan te bieden op onze website. Met het

<sup>10</sup> de Ligt K., 2019. Towards Personalised Breast Cancer Care: Variation In Treatment And Follow-Up From The Patients' Perspective

<sup>11</sup> [www.nfk.nl](http://www.nfk.nl) Samen Beslissen over je kankerbehandeling

stimuleren van Samen Beslissen in zorgpaden stuurt CZ groep op meer persoonsgerichte zorg. Want door zowel arts als patiënt een actieve rol in de spreekkamer te geven, wordt de zorg beter afgestemd op de patiënt.

CZ groep moedigt daarnaast ook het gebruik van digitale keuzehulpen in het proces van Samen Beslissen aan. Zowel zorgverlener als patiënt ervaren veel voordelen bij het gebruik van een keuzehulp. Omdat niet elke patiënt een keuzehulp via de eigen zorgverlener krijgt, heeft CZ groep een aantal van deze keuzehulpen **gratis beschikbaar gemaakt** voor verzekerden. Hier zijn diverse keuzehulpen voor patiënten met borstkanker te vinden.

De keuzehulpen die er nu zijn, zijn nog gebaseerd op de gemiddelde patiënt. Door deze keuzehulpen in de toekomst te verrijken met uitkomstinformatie kunnen ze bijdragen aan meer gepersonaliseerde zorg. Dat noemt CZ groep de 'The Next Step' in Samen Beslissen.

---

## 3.2 Gepersonaliseerde zorg voor borstkankerpatiënten: 'The Next Step' in Samen Beslissen

Naast het ondersteunen van de patiënt in het nemen van eigen regie is het ook belangrijk om te kijken naar kansen en mogelijkheden vanuit een specifiek (biologisch) patiëntenprofiel: het bieden van gepersonaliseerde zorg. Bij gepersonaliseerde zorg houdt de arts rekening met de biologische kenmerken van de patiënt. Met het gebruik van geavanceerde diagnostiek, en beslissingsondersteunende en voorspellende systemen kan de arts beter inschatten of een therapie zal aanslaan. Dit vergroot de kans op een succesvolle behandeling.

Omdat iedere patiënt uniek is en de gemiddelde patiënt niet bestaat, is het belangrijk dat patiënten maatwerk krijgen in hun behandeling en dat ze persoonlijke keuzes kunnen maken op basis van informatie die past bij hun eigen situatie. De huidige keuzehulpen die zijn gebaseerd op de gemiddelde patiënt, moeten dus aangevuld worden met uitkomstinformatie van geavanceerde diagnostiek en/of beslissingsondersteunende systemen.

---

CZ groep maakt zich sterk om Samen Beslissen meer gepersonaliseerd te maken, door de inzet van medische beslisondersteuning (Decision Support Systems (DSS-en)). We zien dit als 'The Next Step' in Samen Beslissen: de beste zorg voor een individuele patiënt, zowel vanuit medisch - als vanuit patiëntenperspectief.

Er moet nog veel (door)ontwikkeld en geïmplementeerd worden. Door zowel de ontwikkelkant als de implementatiekant te ondersteunen, kan CZ groep als vliegwiel fungeren in het versnellen van de implementatie van meer gepersonaliseerde zorg. Het samenbrengen van partijen, het samenvoegen van het medisch - en patiëntenperspectief en het faciliteren van implementatietrajecten zijn daarbij belangrijke aandachtspunten.

Samen met een aantal partijen hebben we een eerste stap gezet naar de koppeling tussen een keuzehulp en een DSS bij borstkanker. Op dit moment maken artsen vaak gebruik van PREDICT 2.0, een DSS voor het gebruik van adjuvante therapie. In PREDICT 2.0 worden verschillende patiëntvariabelen ingevuld, zoals leeftijd, tumoromvang en comorbiditeit. Hieraan is echter geen keuzehulp gekoppeld, waardoor de patiënt zijn wensen en voorkeuren niet makkelijk kan meewegen in de beslissing voor de juiste behandeling. Wij vinden het belangrijk dat de uitkomsten uit de DSS worden vertaald naar keuze-informatie voor de patiënt. Samen met een aantal partijen heeft CZ groep PREDICT 2.0 nagebouwd met data uit de Nederlandse Kankerregistratie en aan een keuzehulp gekoppeld. In pilotsetting gaan we deze nieuwe, gepersonaliseerde keuzehulp testen in een aantal ziekenhuizen in Nederland.

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport sluit vanuit het programma 'Waardevolle AI voor gezondheid' ook aan bij dit traject en kijkt nauwlettend mee bij de implementatie, om mogelijke knelpunten te identificeren en te analyseren en een oplossingsrichting te bedenken.

CZ groep vindt dat er voor meer subgroepen binnen de borstkankercare en op meerdere momenten in het borstkankercarepad gebruik moet worden gemaakt van DSS-en.

---

# Ontwikkelingen in de borstkankerzorg die CZ groep nauwgezet volgt

## 4.1 Inzet moleculaire diagnostiek bij borstkanker

Moleculaire diagnostiek, een onderdeel van geavanceerde diagnostiek, wordt gebruikt om genetische afwijkingen van de tumor in kaart te brengen. Deze diagnostiek wordt voornamelijk verricht in een gevorderd stadium van de ziekte, als de patiënt resistent is voor standaard-behandeling. Het doel is om nieuwe targets te vinden voor doelgerichte therapieën.

Het vakgebied van de moleculaire diagnostiek is enorm in ontwikkeling. Er worden steeds meer doelgerichte therapieën ontwikkeld die alleen, of voornamelijk, werkzaam zijn bij patiënten met tumoren met specifieke genetische eigenschappen. Voor gevorderde borstkanker worden behandelingen die gericht zijn op moleculaire afwijkingen zoals HER2-expressie/ERBB2-amplificatie, kiembaan BRCA-1/2-mutaties, PIK3CA-mutaties en NTRK-genfusies, als reguliere zorg beschouwd.<sup>12</sup>

---

CZ groep vindt het belangrijk dat alle borstkankerpatiënten gelijke toegang hebben tot moleculaire diagnostiek. Om patiënten gelijke kansen te bieden voor de beste behandeling binnen de reguliere zorg of klinische studies is het van belang dat de moleculaire diagnostiek goed wordt geharmoniseerd. Momenteel is CZ groep met het zorgveld bezig om de zorg rondom moleculaire diagnostiek bij gemetastaseerde, niet-kleincellige longkanker anders te organiseren. Wij houden de ontwikkelingen op dit gebied komend jaar nauwlettend in de gaten, om te zien of deze wijze van organisatie ook voor borstkankerzorg moet gelden.

---

## 4.2 Variatie tussen pathologiela laboratoria

Uit recent onderzoek is gebleken dat bij borsttumoren sprake is van grote variatie in het bepalen van de gradering van de tumor tussen 2013 en 2016.<sup>13,14</sup> Deze variatie is niet alleen te zien tussen de pathologiela laboratoria, maar ook tussen pathologen binnen individuele laboratoria. Dit betekent dat zelfs binnen een laboratorium, de gradering niet op dezelfde manier wordt uitgevoerd door verschillende pathologen. Het is aannemelijk dat deze variatie in gradering, tot variatie in behandeling (zowel bij chemotherapie als aanvullende hormoontherapie) en uitkomsten kan leiden.

Uit hetzelfde onderzoek is ook gebleken dat er variatie is in het bepalen van de receptor-status.<sup>13,14</sup> In dat geval kunnen valsnegatieve uitslagen patiënten onthouden van effectieve therapieën en kunnen valspositieve uitslagen patiënten blootstellen aan onnodige bijwerkingen van ineffectieve behandelingen.

---

CZ groep vindt variatie tussen pathologiela laboratoria bij het bepalen van gradering en receptorstatus bij borstkanker niet wenselijk. Wij zullen de twee aangedragen verbeterinitiatieven (spiegelrapporten en een e-learning-module) uit het onderzoek volgen, om te zien of deze initiatieven voldoende bijdragen aan het verminderen van variatie tussen laboratoria.

---

<sup>12</sup> Condorelli R. et al., 2019 in [www.annalsofoncology.org](http://www.annalsofoncology.org)

<sup>13</sup> van Dooijeweert C., 2020. Quality improvement of biomarker assessment in breast cancer

<sup>14</sup> van Dooijeweert C. et al., 2021 in [www.ntvg.nl](http://www.ntvg.nl)

## 4.3 Ontwikkeling medische beslisondersteuning – Decision Support Systems

De ontwikkeling van Decision Support Systems (DSS-en) staat niet stil. Een DSS kan de arts helpen in de zoektocht naar de juiste therapie. Een DSS is een datagedreven beslisondersteunend systeem voor de arts. De waarde van DSS-en komt naar voren in complexe situaties, waarbij op basis van veel data een keuze gemaakt of inzicht gegeven moet worden uit een grote hoeveelheid situaties. De laatste jaren is er een grote hoeveelheid beslissings-ondersteunende en voorspellende systemen ontwikkeld, maar deze bereiken de praktijk slechts mondjesmaat.

Het combineren van patiëntspecifieke informatie met de laatste state-of-the-artkennis biedt de meest optimale behandeling voor de patiënt. Ook op het gebied van borstkankerzorg gaan de ontwikkelingen met DSS-en snel. Zo zijn er voor diverse fases in het zorgpad verscheidene modellen in ontwikkeling.<sup>15,16</sup> Bijvoorbeeld bij het voorspellen van het risico op locoregionaal recidief in het natraject.<sup>17</sup>

---

CZ groep vindt dat het gebruik van predictiemodellen bijdraagt aan de kwaliteit van zorg in Nederland en juicht daarom de vele ontwikkelingen op het gebied van deze modellen toe. Wij volgen de ontwikkelingen nauwgezet en helpen daar waar nodig bij het implementeren en realiseren van deze predictiemodellen.

---

## 4.4 Nazorg

Na de behandeling voor borstkanker kan er behoefte zijn aan specifieke begeleiding in het natraject. Goede nazorg voor de patiënt is essentieel om te herstellen van de zware periode. Het gehele traject kan fysieke maar ook mentale gevolgen met zich meebrengen. Het ontvangen van de juiste hulp, bijvoorbeeld van een diëtist, psycholoog of fysiotherapeut, kan ervoor zorgen dat patiënten sneller herstellen.

Op het gebied van nazorg kan de patiënt zelf een aantal beslissingen nemen. Ieder patiënt is immers uniek en heeft de ziekteperiode anders ervaren. Ook Borstkankervereniging Nederland helpt borstkankerpatiënten bij het

overzien van alle mogelijkheden en ondersteunt bij het nemen van beslissingen over nazorg door een online keuzehulp aan te bieden.<sup>18</sup>

---

CZ groep vindt het belangrijk dat er goede nazorg bij kanker is en dat de borstkankerpatiënt deze hulp krijgt aangeboden. De soort nazorg hangt volgens ons af van de persoonlijke situatie, wensen en voorkeuren van de patiënt. Dus ook in dit deel van het zorgpad staat persoonsgerichtheid en gepersonaliseerd voorop. CZ groep stimuleert het gebruik van nazorg door specifieke vergoedingen voor diverse soorten nazorg aan onze verzekeren aan te bieden:

- beweegprogramma's
  - fysiotherapie en oefentherapie
  - inloophuizen voor ex-kankerpatiënten
  - geestelijke gezondheidszorg
  - oncologische revalidatie
- 

Graag nodigen wij u uit om met ons in gesprek te gaan over de zorg voor mensen met borstkanker en de manier waarop wij samen kunnen bouwen aan nóg betere borstkankerzorg in Nederland.

Disclaimer  
Hoewel dit document met de grootste zorgvuldigheid is geschreven, aanvaardt CZ groep geen aansprakelijkheid voor eventuele onjuistheden.

<sup>15</sup> McKinney S.M. et al., 2020 in [www.nature.com](http://www.nature.com)

<sup>16</sup> [www.iknl.nl](http://www.iknl.nl)

<sup>17</sup> Witteveen A. et al., 2015 in [www.springer.com](http://www.springer.com) en [www.evidencio.com](http://www.evidencio.com)

<sup>18</sup> [www.borstkanker.nl](http://www.borstkanker.nl) Online ondersteuning bij borstkanker

# Verantwoording selectieve inkoop van borstkankerzorg

## Indicator en selectie

Ziekenhuizen die voldoen aan het door ons vastgestelde kwaliteitscriterium, worden gezien als gespecialiseerde centra. Deze centra kunnen een overeenkomst voor het leveren van borstkankerzorg krijgen. Als een ziekenhuis niet aan het kwaliteitscriterium voldoet, koopt CZ bij dit ziekenhuis geen borstkankerzorg in.

### Kwaliteitscriterium

*Aantal primaire borstkankeroperaties per behandellocatie per jaar is 75 of hoger.*

---

#### Categorie 1: Voldoet aan kwaliteitsnorm CZ

Voldoet aan kwaliteitsnorm, dit betekent:

Tenminste 75 primaire borstkankeroperaties per behandellocatie.

---

#### Categorie 2: Voldoet niet aan kwaliteitsnorm CZ

Voldoet niet aan kwaliteitsnorm, dit betekent:

Minder dan 75 primaire borstkankeroperaties per behandellocatie.

---

Als een ziekenhuis de volumenorm voor borstkanker in een jaar niet gehaald heeft, beoordeelt CZ het gemiddelde over drie jaar (inkoopjaar min 2, 3 en 4 jaar). Als dit gemiddelde wel aan de norm voldoet, geldt dat de volumenorm gehaald is. Hier volgt CZ de handelwijze van het SONCOS normeringsrapport 3, 2015.<sup>19</sup>

CZ monitort of ziekenhuizen voldoen aan het kwaliteitscriterium aan de hand van SONCOS data via de NBCA (inkoopjaar min 2 jaar). Uiterlijk op 1 juli (inkoopjaar min 1 jaar) brengt CZ ziekenhuizen op de hoogte indien ze niet langer aan de minimumeis voldoen en daarmee niet langer voor contractering in het volgende inkoopjaar in aanmerking komen.

### Inkoopgesprekken

In de ziekenhuizen waar wij kwaliteitsgesprekken voeren zullen wij naast bovenstaande indicator ook andere beschikbare indicatoren bespreken. Indien nodig worden verbeterafspraken gemaakt. Verder worden met de radiotherapeutische centra afspraken over wachttijden gemaakt.

### Informatie aan verzekeren

In de Zorgvinder tonen wij welke zorgaanbieders wel en niet gecontracteerd zijn voor borstkankerzorg. Verder tonen wij bij kwaliteit de Mediquest sterren en onderliggende indicatoren (w.o. ons kwaliteitscriterium), wachttijdinformatie en patiëntervaringen bij borstkankerzorg.

## Verantwoording indicator: aantal primaire operaties per behandellocatie

Alle onderzoeken over de relatie tussen borstkanker en volume werden systematisch beoordeeld.<sup>20</sup> De conclusie van deze review is dat er een significante relatie is tussen de overleving na borstkanker en hoogvolume centra. Er is echter geen wetenschappelijk bewijs voor een minimaal volume per ziekenhuis of per chirurg. Naast het volume zijn namelijk ook andere criteria, zoals de organisatie van de borstkankerzorg en de infrastructuur van belang voor de beoordeling van borstkankercentra en hun kwaliteit.

<sup>19</sup> SONCOS. Multidisciplinaire normering oncologische zorg in Nederland – Normeringsrapport 3 2015.

<sup>20</sup> G.A. Gooiker e.a., A systematic review and meta-analysis of the volume-outcome relationship in the surgical treatment of breast cancer. Are breast cancer patients better off with a high volume provider? The journal of Cancer Surgery. 2010; S27-S35.

Uit onderzoek van Siesling e.a. blijkt dat de minimumgrens voor aantal operaties per ziekenhuis ligt bij 75 operaties per jaar.<sup>21</sup> In dit onderzoek is de grens gelegd bij < 75 operatie, 75-99, 100-149, 150-200 en > 200. Bij de ziekenhuizen met minder dan 75 operaties per jaar was de 10-jaars-overleving beduidend lager dan in de andere cohorten.

De Nederlandse Vereniging van Heelkunde heeft in juli 2019 de kwaliteitscriteria voor de chirurgische behandeling van borstkanker geüpdatet in versie 8.0. De NVvH heeft een algemene norm van tenminste 50 chirurgische behandelingen per ziekenhuis per jaar gesteld.

In een artikel in Medisch Contact over borstkankercare wordt gesteld dat zolang er onvoldoende informatie is over kwaliteit, volumes een cruciale rol spelen.<sup>22</sup> Er zijn grote verschillen tussen ziekenhuizen wat borstkankercare betreft (zie ook "Kwaliteit van Kankercare in Nederland" van KWF), meer transparantie over kwaliteitsverschillen is nodig. Meer volume en een betere samenwerking kunnen de borstkankercare verbeteren. De auteurs van het artikel vinden net als CZ dat patiënten moeten kunnen kiezen in welk ziekenhuis ze zich zullen laten behandelen. Zij moeten dan weten waar ze de beste overlevingskansen hebben en de minste kans op gezondheidsschade door de behandelingen. Zolang deze uitkomst-indicatoren nog niet beschikbaar zijn, is volume een belangrijke indicator.

De BVN heeft in 2013 de ondergrens verhoogd. Zij heeft als criterium dat het ziekenhuis minimaal 100 nieuwe borstkankerpatiënten per jaar opereert (primair mammacarcinoom).

## Verantwoording selectie: drie bijzondere situaties

### Niet gecontracteerde centra

CZ monitort alleen de kwaliteit van ziekenhuizen die voor het voorgaande jaar (inkoopjaar min 1 jaar) een overeenkomst met ons hebben voor de behandeling van borstkanker. Enkel deze ziekenhuizen komen, wanneer zij nog steeds aan de minimumeis voldoen, in aanmerking voor een overeenkomst. Mocht u van mening zijn dat uw ziekenhuis om gegronde redenen ook in aanmerking komt voor een overeenkomst voor het volgende jaar, dan kunt u contact met ons opnemen en zullen wij uw aanvraag beoordelen. De eerste toets is of CZ het wenselijk en noodzakelijk vindt om te contracteren uit oogpunt van toegankelijkheid voor de doelgroep. Als CZ die meerwaarde ziet, doet zij de toets op basis van het kwaliteitscriterium.

### Belgische ziekenhuizen

De door CZ gecontracteerde Belgische ziekenhuizen worden op dezelfde wijze getoetst als de Nederlandse ziekenhuizen. Hierbij geldt wel dat CZ oncologiepatiënten bij voorkeur niet verwijst naar het buitenland.

### Samenwerkende ziekenhuizen en ziekenhuizen met meerdere locaties

Sommige ziekenhuizen kennen meerdere locaties waar borstkankeroperaties plaatsvinden, mogelijk vanwege samenwerkingsafspraken met andere ziekenhuizen. Deze locaties zullen individueel getoetst worden aan het kwaliteitscriterium. Alleen als sprake is van zorg verleend door steeds hetzelfde mamma-team en dezelfde medisch specialisten, over de locaties heen of in de verschillende samenwerkende ziekenhuizen, kunnen de aantallen ingrepen/behandelingen getotaliseerd worden en wordt het ziekenhuis als totaal of de samenwerkende ziekenhuizen als één behandellocatie beoordeeld.

<sup>21</sup> S. Siesling, V. Tjan-Heijnen, M. de Roos, Y. Snel, T. van Dalen, M. W. Wouters, H. Struikmans, J. J. M. van der Hoeven, H. Maduro, O. Visser. Impact of hospital volume on breast cancer outcome: a population-based study in the Netherlands. Received: 12 February 2014 / Accepted: 21 July 2014. Springer Science+Business Media New York 2014.

<sup>22</sup> Hairwassers D., Soelen van S., Willems C. Volume telt wél bij borstkankercare. Medische Contact. 2013;21:1138-1140.



**Zorg die verder gaat**