



Inspectie voor de Gezondheidszorg
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Zorg rond operaties voor borstkanker is verantwoord

Den Haag, oktober 2010

Inhoud

Voorwoord – 5

Samenvatting – 7

1 Inleiding – 9

- 1.1 Aanleiding en belang – 9
- 1.2 Onderzoeksvragen – 9
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader – 10

2 Conclusies – 13

- 2.1 Algemene conclusie: nergens niet-verantwoorde zorg voor borstkankerpatiënten geconstateerd, voorwaarden voor verantwoorde zorg verbeterd – 13
- 2.2 Mammapoli en multidisciplinair overleg in elk ziekenhuis, standaardisatie verslaglegging noodzakelijk – 13
- 2.3 Diagnostiek inmiddels in alle ziekenhuizen volledig – 13
- 2.4 Differentiatiebeleid voor chirurgen in bijna alle ziekenhuizen conform richtlijn, aantal ingrepen per chirurg vaak onbekend en soms opvallend laag – 14

3 Handhaving – 15

- 3.1 Maatregelen voor Raden van Bestuur van ziekenhuizen – 15
- 3.2 Aanbevelingen voor beroeps- en brancheorganisaties – 15
- 3.3 Vervolgacties inspectie – 16

4 Resultaten – 17

- 4.1 Ziekenhuizen hebben mammapoli en gebruiken multidisciplinair overleg bij zorg voor borstkanker – 17
 - 4.1.1 Zorg georganiseerd in mammapoli – 17
 - 4.1.2 Multidisciplinair overleg gebruikelijk – 17
- 4.2 Geen uniformiteit in verslaglegging van multidisciplinair overleg – 18
- 4.3 Gemiddeld 93 procent van diagnoses in 2008 preoperatief vastgesteld en conform postoperatieve diagnose – 19
- 4.4 Chirurgisch behandeling in meeste ziekenhuizen geconcentreerd bij beperkt aantal chirurgen – 20
- 4.5 Verschil in behandeling niet afhankelijk van grootte van tumor, soort ziekenhuis of regio – 21
- 4.6 Zowel voorwaarden voor verantwoorde zorg als uitkomst verbeterd sinds 2007 – 21
- 4.7 Verschillende definities bij aanleveren van gegevens voor kwaliteitsindicator – 21

5 Summary – 23

Literatuurlijst – 24

- Bijlage 1 Deelnemende ziekenhuizen – 25
- Bijlage 2 Vragenlijst voor ziekenhuizen met hoog percentage restweefsel bij borstsparende operatie – 28
- Bijlage 3 Beoordelingscriteria patiëntenverslagen – 30
- Bijlage 4 Beoordelingscriteria voor de belangrijkste aspecten van verantwoorde zorg voor borstkankerpatiënten – 32

Voorwoord

De inspectie vraagt de ziekenhuizen om jaarlijks te rapporteren over de uitkomsten van een serie zorgvuldig gekozen kwaliteitsindicatoren via de zogenaamde Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen. Het doel van deze uitvraag is het tijdig opsporen van mogelijke risico's voor de patiëntenzorg. Een middel hiertoe is het zichtbaar maken van mogelijke variaties in de kwaliteit van het zorgproces. Dit biedt zorgverleners houvast bij het uitvoeren van verbetermaatregelen en het stelt de inspectie in staat om zo nodig nader onderzoek te doen en daardoor gericht toezicht te houden op de kwaliteit van zorg in de ziekenhuizen.

Eén van die kwaliteitsindicatoren is: het percentage patiënten bij wie kankerweefsel is achtergebleven na een eerste borstsparende operatie voor borstkanker. In 2008 zijn de resultaten van deze indicator voor het eerst gepubliceerd. Er bleek een grote variatie tussen ziekenhuizen. Dit heeft geleid tot veel media-aandacht. Zo kopte het Algemeen Dagblad 'Teveel heroperaties' en 'Onnodige ingrepen bij borstkanker'. De publiciteit leidde tot ongerustheid bij patiënten en anderen: wat betekent dit voor de kwaliteit van de zorg? Is de zorg in sommige ziekenhuizen niet-verantwoord? Bij de beoordeling van deze indicator speelt een belangrijk dilemma voor de operateur. Enerzijds wil deze om cosmetische redenen zoveel mogelijk borstbesparend opereren, anderzijds mag hij niet het risico lopen dat er kankerweefsel achterblijft.

De inspectie heeft naar aanleiding van de resultaten van de kwaliteitsindicator voor borstkanker onderzoek verricht. Uit dit onderzoek blijkt dat de zorg rond operaties voor borstkanker verantwoord is op die aspecten die de inspectie onderzocht (de volledigheid en juistheid van de preoperatieve diagnostiek, de mate waarin diagnose en behandeling voor de operatie worden besproken in een multidisciplinair overleg en het differentiatiebeleid waarbij de chirurgische behandeling geconcentreerd wordt bij een beperkt aantal chirurgen). Waar dat nodig was, hebben ziekenhuizen inmiddels verbeteringen aangebracht.

Het was de eerste maal dat de inspectie naar aanleiding van een kwaliteitsindicator voor de ziekenhuizen een dergelijk diepgaand onderzoek heeft uitgevoerd. Dit onderzoek heeft ook gefungeerd als aanjager voor de kwaliteit van zorg. In een aantal ziekenhuizen is de zorg voor patiënten met borstkanker geëvalueerd en verbeterd. Voor de inspectie is het resultaat van dit onderzoek een bevestiging dat het werken met indicatoren een positieve invloed kan hebben op de kwaliteit van de zorg.

Prof. dr. G. van der Wal,
Inspecteur-generaal voor de Gezondheidszorg

Samenvatting

De inspectie onderzocht in de periode 2008 t/m 2010 47 ziekenhuizen waar op basis van de resultaten uit de kwaliteitsindicatoren over 2007 bleek dat na borstsparende ingrepen vaker dan gemiddeld tumorresten achterbleven bij patiënten met borstkanker. Uit het onderzoek bleek dat in 2008 geen sprake was van niet-verantwoorde zorg. In 2010 bleek dat ook de punten die voor verbetering vatbaar waren, inmiddels in alle ziekenhuizen voldoende waren doorgevoerd.

De inspectie heeft zich in dit onderzoek gericht op ziekenhuizen waar na borstsparende ingrepen vaker of juist opvallend minder vaak dan gemiddeld tumorresten achterbleven bij patiënten met borstkanker. De inspectie onderzocht in hoeverre in deze ziekenhuizen sprake was van niet-verantwoorde zorg. Zij richtte zich in dit onderzoek op drie belangrijke voorwaarden voor het leveren van verantwoorde zorg: de volledigheid en juistheid van de preoperatieve diagnostiek, de mate waarin diagnose en behandeling voor de operatie worden besproken in een multidisciplinair overleg en het differentiatiebeleid voor de chirurgische behandeling.

De inspectie gebruikte voor dit onderzoek de gegevens uit de kwaliteitsindicatoren over het jaar 2007, 2008 en 2009. Daarnaast stuurde ze een vragenlijst naar 47 ziekenhuizen die in 2008 rapporteerden dat er bij meer dan 10 procent van de patiënten die een eerste borstsparende operatie ondergingen tumorresten achterbleven. Ook voerde de inspectie bij 11 ziekenhuizen dossieronderzoek uit en legde ze bij 2 ziekenhuizen uitgebreidere inspectiebezoeken af.

Uit het onderzoek blijkt dat inmiddels in alle ziekenhuizen een multidisciplinair overleg wordt gevoerd. De verslaglegging is gestandaardiseerd en in de meeste ziekenhuizen elektronisch beschikbaar.

De diagnostische mogelijkheden zijn in de afgelopen jaren sterk verbeterd. Elk ziekenhuis beschikt over de benodigde techniek om vóór de operatie de definitieve diagnose te stellen. Voor de patiëntveiligheid is het van belang dat chirurgen die borstsparende operaties uitvoeren, aantoonbare expertise hebben.

Alle bij dit onderzoek betrokken ziekenhuizen voerden, waar nodig, verbetermaatregelen door en stuurden de inspectie gegevens hierover toe.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en belang

Jaarlijks worden in Nederland ongeveer 15.000 chirurgische ingrepen bij patiënten met borstkanker (mammacarcinoom) verricht. Ruim de helft van deze ingrepen is borstsparend. Dit betekent dat de tumor wordt verwijderd met behoud van zoveel mogelijk gezond borstweefsel. Dat geeft cosmetisch het mooiste resultaat. Omdat echter zo min mogelijk weefsel wordt weggehaald, bestaat de kans dat er tumorweefsel achterblijft in de snijvlakken (tumorresten). Hierdoor is soms een nieuwe operatie noodzakelijk.

De Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) had in een consensusrichtlijn als norm gesteld dat er bij maximaal 10 procent van de borstsparende ingrepen tumorresten mochten achterblijven. In 2007 heeft de inspectie in overleg met de NVvH een kwaliteitsindicator voor de kwaliteit van de chirurgische behandeling van borstkanker opgenomen in de basisset kwaliteitsindicatoren waarover de ziekenhuizen jaarlijks moeten rapporteren. Kwaliteitsindicatoren geven een signaal over de kwaliteit van de zorg in ziekenhuizen. Op grond van opvallende scores kan de inspectie besluiten gericht nader onderzoek te verrichten naar zorgprocessen. Medio 2008 bleek uit de eerste resultaten van deze kwaliteitsindicator voor mammatumor over het jaar 2007, dat deze norm in meer dan de helft van alle ziekenhuizen werd overschreden. Om te voorkomen dat dit tot veel ruimere operaties zou leiden (waarbij meer weefsel wordt verwijderd), heeft het Nationaal Borstkanker Overleg Nederland begin 2008 de norm bijgesteld naar 20 procent.

De grote variatie in de aangeleverde gegevens voor de kwaliteitsindicator mammatumor en de daardoor ontstane publieke onrust waren voor de inspectie reden om in juli 2008 een onderzoek te starten. Met dit onderzoek wilde de inspectie inzicht krijgen in de kwaliteit van zorg voor patiënten met borstkanker in ziekenhuizen met een opvallend hoog of opvallend laag percentage tumorresten na een eerste borstsparende operatie. Daarnaast wilde de inspectie de resultaten verifiëren in ziekenhuizen met een laag percentage tumorresten. Verificatie was ook van belang omdat een aantal ziekenhuizen het percentage tumorrest heeft bijgesteld naar aanleiding van de publiciteit over deze indicator.

1.2 Onderzoeksvragen

De hoofdvraag in dit onderzoek luidde: In hoeverre is sprake van niet-verantwoorde zorg in ziekenhuizen met een opvallend hoog of opvallend laag percentage achtergebleven tumorresten na borstsparende ingrepen bij patiënten met borstkanker?

Voor de inspectie zijn drie aspecten van belang om mogelijk niet-verantwoorde zorg te bepalen: de volledigheid en juistheid van de preoperatieve diagnostiek, de mate waarin diagnose en behandeling voor de operatie worden besproken in een multidisciplinair overleg en het differentiatiebeleid waarbij de chirurgische behandeling geconcentreerd wordt bij een beperkt aantal chirurgen.

De hoofdvraag van het onderzoek is uitgewerkt in de volgende deelvragen:

- 1 Op welke wijze is de zorg rond patiënten met borstkanker georganiseerd en in hoeverre is daarbij sprake van een preoperatief multidisciplinair overleg?
- 2 Hoe vaak staat de diagnose vóór de operatie vast en hoe vaak blijkt de diagnose die na de operatie wordt gesteld gelijk aan de preoperatieve diagnose?
- 3 Hoe is de in de richtlijn aanbevolen differentiatie van de chirurgische behandelingen in de ziekenhuizen geregeld?

- 4 Zijn er aspecten die invloed hebben op de wijze van behandelen en de kwaliteit daarvan?
- 5 In hoeverre zijn er verbeterrends zichtbaar in de kwaliteit van zorg voor patiënten met borstkanker?
- 6 Hoe gaan ziekenhuizen om met de kwaliteitsindicator 'mammatumor'?

1.3 **Onderzoeksmethode en toetsingskader**

Het onderzoek is in drie fasen uitgevoerd. De eerste fase betrof de analyse van de gegevens die de inspectie aangeleverd kreeg via de kwaliteitsindicatoren 2007 (aanlevering medio 2008). Er waren 47 ziekenhuizen die rapporteerden dat er bij meer dan 10 procent van de patiënten die een eerste borstsparende operatie ondergingen tumorresten waren achtergebleven (bijlage 1).

De tweede fase betrof een inventariserend onderzoek. Hiervoor is een vragenlijst-onderzoek verricht onder deze 47 ziekenhuizen (bijlage 2). Daarnaast is een verificatieonderzoek verricht bij ziekenhuizen met een percentage tumorresten van minder dan 3 (4 ziekenhuizen), ziekenhuizen die deze indicator niet hadden ingevuld (3 ziekenhuizen) en ziekenhuizen die hun aanvankelijke percentage tumorresten van boven de 10 bijstelden naar onder de 10 procent (4 ziekenhuizen). Van deze 11 ziekenhuizen zijn geanonimiseerde patiëntenverslagen opgevraagd van de eerste 40 patiënten die in 2007 een borstsparende operatie hebben ondergaan. Het betrof operatieverslagen, verslagen van het multidisciplinair overleg en de pathologieverslagen. Deze verslagen zijn beoordeeld aan de hand van een beoordelingsformulier (bijlage 3). De gegevens voor deze twee fasen van het onderzoek zijn verzameld tussen 15 juli 2008 en 7 januari 2009.

In de derde fase kregen ziekenhuizen hun bewerkte gegevens terug afgezet tegen de resultaten van alle ziekenhuizen die aan het onderzoek deelnamen (spiegelinformatie). Er waren 20 ziekenhuizen die op onderdelen niet voldeden aan de voorwaarden voor verantwoorde zorg zoals beschreven in het toetsingskader. Aan deze ziekenhuizen vroeg de inspectie om vóór 31 maart 2010 aan te geven of zij op dat moment wel aan de genoemde voorwaarden voldeden of in een plan van aanpak aan te geven hoe zij hun zorg zouden aanpassen. In twee ziekenhuizen werd een inspectiebezoek gebracht naar aanleiding van de resultaten uit de eerste fase.

Daarnaast monitorde de inspectie met de landelijke gegevens uit de kwaliteitsindicatoren zowel bij ziekenhuizen die aan het onderzoek deelnamen als bij de overige ziekenhuizen hoe het beleid met betrekking tot de differentiatie en, vanaf 2009, de elektronische verslaglegging zich ontwikkelde.

Toetsingskader

De inspectie toetst de voorwaarden voor verantwoorde zorg op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen, de richtlijn^a voor diagnostiek en behandeling van mammapathologie in Nederland van het Nationaal Borstkanker Overleg Nederland en gesprekken met experts.

De inspectie heeft de ziekenhuizen in dit onderzoek op drie aspecten beoordeeld: het differentiatiebeleid van de chirurgen, de preoperatieve bespreking in een multidisciplinair overleg en de volledigheid van de diagnostiek. Voor elk van deze aspecten heeft de inspectie vooraf een beoordelingscriterium gedefinieerd. Er waren

a De inspectie hanteerde voor de 2e fase van het onderzoek nog de oude grens van 10 procent uit de NABON-nota 'De organisatie van diagnostiek en behandeling van mammapathologie in Nederland', 1999. Het Nationaal Borstkanker Overleg Nederland heeft zijn richtlijn voor heroperaties bij borstsparende operaties per 1 april 2008 bijgesteld naar 20 procent.

vier beoordelingscriteria: afwezig, aanwezig, operationeel en geborgd. Hierbij was 'afwezig de meest negatieve beoordeling en 'geborgd' de meest positieve (zie bijlage 4).

2 Conclusies

In dit hoofdstuk staan de algemene conclusie van het onderzoek weergegeven en de deelconclusies op de 3 aspecten die de IGZ van belang acht in het kader van verantwoorde zorg.

2.1 **Algemene conclusie: nergens niet-verantwoorde zorg voor borstkankerpatiënten geconstateerd, voorwaarden voor verantwoorde zorg verbeterd**

Uit de eerste fase van het onderzoek bleek dat de zorg voor patiënten met borstkanker in de 47 deelnemende ziekenhuizen veel aandacht kreeg. Er was sprake van goede samenwerking tussen de verschillende disciplines die betrokken zijn bij de behandeling van borstkanker. Alle ziekenhuizen hadden in principe een multidisciplinair overleg waar de diagnose en het behandelplan werden doorgesproken. Hierin bestond geen verschil tussen ziekenhuizen met een opvallend hoog of juist een opvallend laag percentage tumorrest na borstsparende operaties. Geen van de onderzochte ziekenhuizen leverde niet-verantwoorde zorg op de door de inspectie beoordeelde aspecten. In de tweede fase constateerde de inspectie dat waar verbeteringen noodzakelijk waren in de voorwaarden voor verantwoorde zorg rond patiënten met borstkanker, die inmiddels zijn doorgevoerd.

2.2 **Mammapoli en multidisciplinair overleg in elk ziekenhuis, standaardisatie verslaglegging noodzakelijk**

De eerste deelvraag betrof de organisatie voor zorg waaronder het preoperatief multidisciplinair overleg (MDO).

Sinds 2005 hebben alle ziekenhuizen de zorg voor borstkankerpatiënten geconcentreerd op een mammapoli¹. Hoe ziekenhuizen dat vormgeven bleek in dit onderzoek verschillend, ieder ziekenhuis heeft eigen afspraken over welke specialisten betrokken zijn bij verschillende patiëntengroepen met een meer of minder complexe aandoening.

Een MDO was in 2007 al in alle ziekenhuizen gebruikelijk. Wel varieerde het aantal patiënten dat preoperatief werd besproken evenals de criteria voor het aanmelden van patiënten voor de bespreking en de samenstelling van dit overleg; dit bleek afhankelijk van de lokale situatie.

Een belangrijk aandachtspunt was de grote variatie in de wijze van verslaglegging van het MDO. Systematische verslaglegging die beschikbaar is voor allen die bij de behandeling betrokken zijn, is van groot belang. De inspectie verwacht van de ziekenhuizen dat de verslaglegging voldoet aan de eisen van herkenbaarheid en toegankelijkheid². Ziekenhuizen hebben op dit punt een grote slag gemaakt en de meeste onderzochte ziekenhuizen konden in 2010 een voorbeeld van een gestandaardiseerd MDO-verslag laten zien. Uit de resultaten van de indicatoren bleek bovendien dat dit in 2009 in ruim 80 procent van alle ziekenhuizen ook elektronisch beschikbaar was.

2.3 **Diagnostiek inmiddels in alle ziekenhuizen volledig**

De tweede deelvraag betrof de mate waarin de preoperatieve en postoperatieve diagnostiek volledig en gelijk aan elkaar waren.

Door een uitbreiding van technische mogelijkheden (histologisch onderzoek met een stereotactische punctie of een MRI-onderzoek) is het vrijwel altijd mogelijk om de definitieve diagnose vóór de operatie vast te stellen. De invoering hiervan is sinds

2007 toegenomen en inmiddels hebben alle ziekenhuizen toegang tot volledige preoperatieve diagnostiek. Hierdoor is de kwaliteit van de zorgverlening bij borstkanker sterk toegenomen. De inspectie beschouwt deze uitgebreidere technische mogelijkheden als veldnorm en daarmee als handhavingsnorm.

2.4 Differentiatiebeleid voor chirurgen in bijna alle ziekenhuizen conform richtlijn, aantal ingrepen per chirurg vaak onbekend en soms opvallend laag

De inspectie onderzocht bij de derde deelvraag de mate waarin ziekenhuizen voldeden aan de richtlijn over het differentiatiebeleid.

Vrijwel alle ziekenhuizen hebben het differentiatiebeleid conform de richtlijn ingevoerd. Een enkele keer is daarvan afgeweken om patiënten tijdig te kunnen behandelen of omdat alle chirurgen een voldoende groot aantal patiënten behandelen en dus volgens hen hun expertise behouden.

Het is zorgwekkend als ziekenhuizen niet kunnen aangeven hoe vaak een chirurg de ingreep uitvoert. Dit klemmt temeer omdat in de ziekenhuizen die dit wel weten het niet ongebruikelijk is dat de ingreep ook wordt uitgevoerd door chirurgen die dit zelden doen.

De inspectie vindt dat ziekenhuizen zich moeten houden aan de differentiatienorm uit de richtlijn en acht het wenselijk dat de beroepsgroep zich ook uitspreekt over een minimum aantal ingrepen per chirurg.

3 Handhaving

3.1 **Maatregelen voor Raden van Bestuur van ziekenhuizen**

Alle in dit inspectieonderzoek opgenomen 47 ziekenhuizen (zie bijlage 1) voerden naar aanleiding van de spiegelinformatie, waar dit niet al gerealiseerd was, verbetermaatregelen door en stuurden de inspectie gegevens hierover toe.

De resultaten van de kwaliteitsindicatoren van de overige ziekenhuizen gaven geen aanleiding tot nadere vragen. Deze overige ziekenhuizen zijn daarom niet bij dit onderzoek betrokken. De inspectie verwacht van deze ziekenhuizen wel dat ze zich spiegelen aan dit rapport en het opgenomen toetsingskader. De inspectie gaat ervan uit dat dit waar nodig leidt tot een verbeterplan (inclusief tijdpad) dat door het stafbestuur en de Raad van Bestuur is geaccordeerd en wordt vervolgd. De inspectie zal indien daar aanleiding toe is (bijvoorbeeld na een calamiteit of naar aanleiding van de kwaliteitsindicatoren) onderzoek doen en zondig dat verbeterplan en de bereikte verbeterresultaten verifiëren.

Ziekenhuizen moeten bij hun verbeterplan in ieder geval aandacht besteden aan onderstaande punten:

- Ziekenhuizen waar de diagnostiek onvoldoende is om preoperatief tot een definitieve diagnose te komen, moeten hun diagnostische mogelijkheden uitbreiden of patiënten die daarvoor in aanmerking komen preoperatief verwijzen naar een ziekenhuis dat wel over deze mogelijkheden beschikt.
- Ziekenhuizen waar meer dan de helft van de chirurgen operaties bij mamma-carcinoom uitvoert, moeten de afspraken met de chirurgen hierover herzien en de behandeling concentreren bij ten hoogste 50 procent van de chirurgen. Zolang er geen landelijke norm is voor het minimum aantal ingrepen om de ervaring op peil te houden, moeten ziekenhuizen en chirurgen hierover zelf afspraken maken voor de eigen organisatie.
- Ziekenhuizen die minder dan 95 procent van hun borstkankerpatiënten in een multidisciplinair overleg bespreken, moeten hun organisatie zo aanpassen dat alle patiënten preoperatief besproken worden tenzij er een goede reden is dit niet te doen (zoals een spoedingreep).
- In alle ziekenhuizen moet de verslaglegging van het multidisciplinair overleg voldoen aan de eisen van herkenbaarheid en toegankelijkheid zoals ook genoemd in het IGZ-rapport *Zorgketen voor kankerpatiënten moet verbeteren*. Dit houdt in dat het verslag ook elektronisch beschikbaar is.
- Het verslag van de klinisch patholoog moet leesbaar zijn en duidelijk de uiteindelijke diagnose weergeven.
- Alle ziekenhuizen moeten bij de rapportage over de indicatoren voor de basisset en die voor Zichtbare Zorg dezelfde definitie voor 'tumorrest' gebruiken. Hiertoe is de beschrijving in de basisset kwaliteitsindicatoren aangepast zodat die nu gelijk is aan die van Zichtbare Zorg.

3.2 **Aanbevelingen voor beroeps- en brancheorganisaties**

De inspectie vraagt de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde en het Nationaal Borstkanker Overleg Nederland (NABON) om normen vast te stellen voor een volledige en gestandaardiseerde verslaglegging van het multidisciplinair overleg over borstkankerpatiënten. De gestandaardiseerde verslaglegging van het multidisciplinair overleg uit enkele onderzochte ziekenhuizen kan hierbij als voorbeeld dienen.

De inspectie vraagt de Nederlandse Vereniging voor Pathologie en het NABON om normen vast te stellen voor een volledige en gestandaardiseerde verslaglegging van postoperatief borstkankeronderzoek. Hierin is idealiter vastgelegd dat alle pathologen de internationale classificatie volgen in de verslaglegging. Bij twijfel over klassering of radicaliteit moeten zij een second opinion vragen. Het verslag moet voor de behandelaar eenduidig zijn.

De inspectie vraagt aan de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde te beoordelen of een minimumaantal borstkankeringrepen per chirurg, zoals in sommige buitenlandse richtlijnen is opgenomen, ook voor Nederland wenselijk en haalbaar is; en zo ja, wat dan het minimumaantal moet zijn.

3.3 Vervolgacties inspectie

De ziekenhuizen waar de toegang tot het multidisciplinair overleg, de volledigheid van de preoperatieve diagnostiek of het differentiatiebeleid tijdens het eerste onderzoek onvoldoende waren, hebben hun beleid inmiddels aangepast of hiervoor een plan van aanpak gemaakt. Als daar aanleiding toe is, zal de inspectie nagaan in hoeverre de overige ziekenhuizen verbeteringen hebben doorgevoerd en zo nodig maatregelen nemen.

Inmiddels is overleg gestart met de betrokken beroepsgroepen om tot een gestandaardiseerde verslaglegging van het multidisciplinair overleg te komen. De inspectie zal de voortgang hiervan monitoren en heeft hiertoe de elektronische beschikbaarheid van het verslag als indicator opgenomen in de basisset kwaliteits-indicatoren. Elektronische verslaglegging van het multidisciplinair overleg beschouwt de inspectie als een veldnorm.

Daarnaast houdt de behandeling van borstkanker de continue aandacht van de inspectie. De kwaliteitsindicatoren over de behandeling van mammatumor blijven opgenomen in de basisset kwaliteitsindicatoren. De inspectie zal extra alert zijn op de uitslagen uit deze indicator en onderzoek uitvoeren wanneer de uitslag daar aanleiding toe geeft. De inspectie acht de voorwaarden voor verantwoorde zorg inmiddels bekend en zal niet aarzelen handhavend op te treden wanneer blijkt dat een ziekenhuis hier niet aan voldoet.

4 Resultaten

4.1 Ziekenhuizen hebben mammapoli en gebruiken multidisciplinair overleg bij zorg voor borstkanker

De zorg voor borstkanker is complex en zowel bij de diagnostiek als bij de behandeling en begeleiding zijn veel verschillende disciplines betrokken. Van adequate zorg hangt het leven van de patiënt af. Toegankelijkheid, snelle diagnostiek en snelle uitslag, overleg tussen de betrokken specialisten vóór en na de operatie, snelle behandeling en optimale voorlichting zijn van belang voor goede zorg.

4.1.1 *Zorg georganiseerd in mammapoli*

Alle ziekenhuizen hadden de zorg voor borstkankerpatiënten al jaren geleden geconcentreerd op een mammapoli: een gespecialiseerde polikliniek die de zorg rond de borstkankerpatiënt organiseert en de zorg van alle specialisten goed op elkaar afstemt. Uit de toegestuurde beschrijvingen en de inspectiebezoeken blijkt dat de organisatie van een mammapoli verschilde per ziekenhuis. Het aantal dagen per week dat een mammapoli functioneerde hing af van het aantal nieuwe patiënten dat mede afhankelijk was van de activiteit van het bevolkingsonderzoek in de regio. In alle ziekenhuizen was per dagdeel een vaste chirurg beschikbaar. Voor het overige wisselde de bemensing: wel of niet een vaste (dedicated) radioloog, wel of niet een Nurse Practitioner (NP) of Physician Assistant (PA) die wel of niet zelfstandig consulten deden en een verschillende inzet van één of meer mamma-verpleegkundigen of oncologieverpleegkundigen. Ook was het verschillend wie de patiënt als eerste zag: eerst de chirurg of NP voor een lichamelijk onderzoek, waarna verwijzing voor beeldvormend en weefselonderzoek of eerst de radioloog die alleen naar de chirurg verwees als bij beeldvormend en weefselonderzoek verdenking op een kwaadaardige afwijking bestond.

4.1.2 *Multidisciplinair overleg gebruikelijk*

Het was in ieder ziekenhuis gebruikelijk om alle patiënten preoperatief in een MDO te bespreken. De definitie van het begrip 'alle patiënten' bleek in de praktijk te variëren van alle patiënten inclusief die met een zeker goedaardige afwijking tot alle patiënten bij wie weefselonderzoek was verricht of alleen patiënten met een vrijwel zekere kwaadaardige afwijking. Gemiddeld nam het percentage patiënten dat voor de borstsparende operatie in het multidisciplinair overleg werd besproken toe van 93 procent in 2007 naar 97 procent in 2008. Deze toename was het gevolg van een sterke verbetering in 8 ziekenhuizen waar dit in 2007 nog niet bij alle patiënten gebeurde. Zo waren de commotie rond deze indicator en de vragen van de inspectie voor een ziekenhuis met 2 locaties aanleiding om de preoperatieve bespreking verplicht te stellen in de locatie waar dit tot dan toe nog niet gebruikelijk was.

In tabel 1 is het aantal ziekenhuizen opgenomen dat een score 'afwezig, aanwezig, operationeel of geborgd' had in 2007, 2008 en 2010. Zie voor een betekenis van de score ook bijlage 4.

Tabel 1
Aantal ziekenhuizen met multidisciplinaire bespreking (2007, 2008 en 2010)

Inspectieoordeel	2007 (n=58)	2008 (n=47)	Reactie van de inspectie naar een ziekenhuis bij < 75%	2010 (n=58)
onbekend/niet te beoordelen	5	1	De resultaten laten zien dat in uw ziekenhuis het percentage patiënten dat voor de start van de behandeling werd besproken in een MDO, minder dan 75 procent (of onbekend) was. De inspectie acht dit onaanvaardbaar laag. U dient in uw ziekenhuis het beleid aan te passen opdat in principe alle patiënten met een mammacarcinoom voor de start van de behandeling in een MDO besproken worden, zoals de richtlijn aanbeveelt.	
afwezig	4	1		
aanwezig	3			
operationeel	10	6		
geborgd	36	39		58

De aanmelding voor de bespreking kon de verantwoordelijkheid zijn van de behandelend chirurg, van de mammacareverpleegkundige of Nurse Practitioner of automatisch geschieden, bijvoorbeeld uit de pathologieregistratie (PALGA).

Het preoperatieve MDO was soms beperkt tot een overleg tussen chirurg, radioloog en mammacareverpleegkundige. In andere ziekenhuizen omvatte dit een volledig multidisciplinair team waarbij patholoog, internist-oncoloog, radiotherapeut en soms ook een klinisch geneticus aanwezig waren of via videoverbinding deelnamen aan de bespreking.

4.2 Geen uniformiteit in verslaglegging van multidisciplinair overleg

Een goede verslaglegging zowel van de diagnostische bevindingen en de overwegingen voor de behandeling als van de definitieve diagnose zijn van belang voor de individuele borstkankerpatiënt. Een systematische verslaglegging is daarnaast noodzakelijk om de kwaliteit van zorg in het eigen ziekenhuis en in de IKC-regio^b te bewaken. Uit eerder inspectieonderzoek naar de zorgketen voor kankerpatiënten² is gebleken dat verslaglegging veel diversiteit kent.

In 6 van de 11 ziekenhuizen waarvan patiëntenverslagen werden onderzocht, was door de wijze van verslaglegging niet duidelijk of een preoperatief multidisciplinair overleg had plaatsgevonden voorafgaand aan borstsparende ingrepen. In 3 ziekenhuizen waren aantekeningen in het dossier te identificeren als afkomstig van een multidisciplinair overleg, maar deze waren over het algemeen incompleet en lang niet in alle ingestuurde dossiers aanwezig. In 4 ziekenhuizen was uit de ingestuurde verslagen in het geheel niet op te maken of een preoperatief multidisciplinair overleg had plaatsgevonden.

In 4 ziekenhuizen was wel een duidelijk verslag van het multidisciplinair overleg in het dossier van (vrijwel) alle borstkankerpatiënten aanwezig. Deze ziekenhuizen hanteerden een gestandaardiseerde wijze van verslaglegging:

b IKC integraal kankercentrum: regionale samenwerkingsverbanden van zorgverleners en instellingen in de oncologische zorg. Belangrijke landelijke programma's zijn: kankerregistratie, richtlijnen en organisatie oncologische zorg, palliatieve zorg, herstel na kanker, ondersteuning klinisch vergelijkend onderzoek en informatiemanagement en ICT.

- In 2 ziekenhuizen werd een voorgedrukt formulier gebruikt dat, naast gegevens over anamnese, lichamelijk onderzoek, beeldvormend onderzoek, preoperatieve pathologiediagnose en advies over aanvullend onderzoek en behandeling ook ruimte bood voor aanvullende opmerkingen.
- In 1 ziekenhuis was het verslag uitgetypt in een vaste volgorde.
- In 1 ziekenhuis gebruikte men een stempel in het dossier, waarin datum en de aanwezige specialisten aangegeven werden, gevolgd door een advies voor aanvullend onderzoek of behandeling.

Alle ziekenhuizen in het onderzoek konden in 2010 een voorbeeld van een gestandaardiseerd MDO-verslag laten zien. In de meeste ziekenhuizen was dit ook ingevoerd, in een enkel ziekenhuis was dit nog een voorbeeld van een verslag in ontwikkeling. De verslagen varieerden van enkele voorgedrukte rubrieken waarin vrije tekst werd opgenomen tot volledig voorgedrukte aankruisformulieren en van summier tot zeer uitgebreid. Uit de ziekenhuisrapportages over de kwaliteits-indicatoren over 2009 bleek dat een verslag van het preoperatieve overleg in 77 en van het postoperatieve overleg in 85 ziekenhuizen ook elektronisch beschikbaar was.

4.3 Gemiddeld 93 procent van diagnoses in 2008 preoperatief vastgesteld en conform postoperatieve diagnose

Het is wenselijk dat reeds in het preoperatieve traject de diagnose wordt vastgesteld zodat bij bespreking van de patiënt in het multidisciplinair overleg de definitieve diagnose vaststaat. Inmiddels zijn de (technische) mogelijkheden om de diagnose preoperatief vast te stellen toegenomen.

Uit de analyse van de ingevulde vragenlijsten bleek dat in 2008 6 ziekenhuizen geen inzicht hadden in de effectiviteit van de preoperatieve diagnostiek. Noch het percentage diagnoses dat voor de start van de behandeling volledig vaststond, noch het percentage diagnoses dat postoperatief gelijk was aan de preoperatieve diagnose, was bekend. Bij 4 ziekenhuizen die deelnamen aan het dossieronderzoek was door het ontbreken van een verslag van het multidisciplinaire overleg evenmin vast te stellen of de diagnose voor de operatie vaststond en gelijk was aan de postoperatieve diagnose.

In de ziekenhuizen die wel over deze gegevens beschikten, stond de diagnose bij gemiddeld 90 procent van de patiënten vast voor aanvang van de ingreep en was deze gelijk aan de uiteindelijke diagnose die de klinisch patholoog stelde. De variatie tussen ziekenhuizen was groot: in 27 ziekenhuizen stond de diagnose bij meer dan 95 procent van de patiënten vóór de operatie vast, in 7 andere was dat bij meer dan een kwart nog niet het geval. De uiteindelijke diagnose die de klinisch patholoog stelde, was in 2007 bij 90 procent en in 2008 bij 93 procent van de borstkankerpatiënten gelijk aan de preoperatieve diagnose. Deze toename was het resultaat van een sterke verbetering van de preoperatieve diagnostiek in 3 van de 7 hierboven genoemde ziekenhuizen.

Daarnaast bleek in de 11 ziekenhuizen die pathologieverslagen instuurden een grote variatie in de verslaglegging van de klinisch patholoog. In één ziekenhuis was hierdoor zelfs nauwelijks te beoordelen wat de uiteindelijke diagnose was en of de snijranden al dan niet tumorvrij waren.

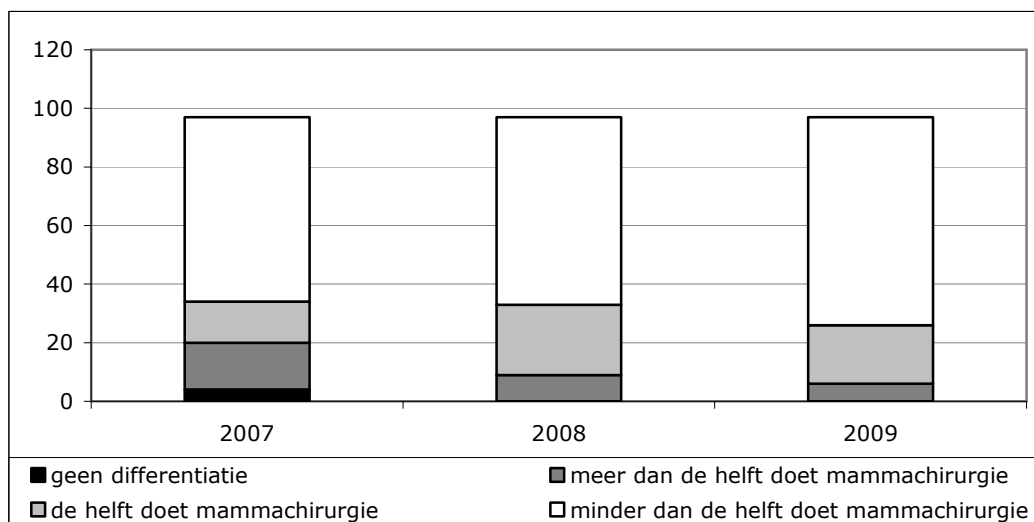
Uit de ingestuurde plannen van aanpak en de inspectiebezoeken bleek dat in 2010 alle ziekenhuizen hun diagnostische mogelijkheden voldoende hadden uitgebreid om

in principe bij alle patiënten de diagnose preoperatief te kunnen vaststellen. Ziekenhuizen benoemden met name de mogelijkheid van stereotactische biopten en histologisch onderzoek, de regionale afspraken voor verwijzing voor MRI-onderzoek en de verbeterde MDO-bespreking als factoren waardoor veel vaker dan voorheen de diagnose vóór de operatie vastgesteld kon worden.

4.4 Chirurgisch behandeling in meeste ziekenhuizen geconcentreerd bij beperkt aantal chirurgen

De richtlijn behandeling van het mammacarcinoom beveelt differentiatie van de chirurgische behandeling aan waarbij de chirurgische behandeling door ten hoogste 50 procent van de chirurgen wordt uitgevoerd. De richtlijn zegt niets over het aantal ingrepen per chirurg, hier is geen norm voor.

Uit de gegevens afkomstig uit de kwaliteitsindicatoren van alle Nederlandse ziekenhuizen bleek dat 4 ziekenhuizen in 2007 geen differentiatiebeleid voerden en dat 16 ziekenhuizen nog niet voldeden aan de norm dat maximaal de helft van de chirurgen deze ingreep mag verrichten. In 2009 was het differentiatiebeleid in bijna alle ziekenhuizen conform de richtlijn.



Figuur 1: Differentiatiebeleid steeds vaker in overeenstemming met de richtlijn.
(Bron: prestatie-indicatoren 2007, 2008 en 2009)

Uit de plannen van aanpak uit 2010 bleek dat het niet voldoen aan de norm soms een bewuste keuze van het ziekenhuis was waardoor patiënten met mammapathologie tijdig gezien konden worden ook bij een groter aanbod door het bevolkingsonderzoek. In 4 van de 6 ziekenhuizen waar meer dan de helft van de chirurgen mammapatiënten opereerde, was het patiëntenaanbod groot, waardoor de mammachirurgen meenden voldoende ervaring te hebben.

Uit de analyse van de vragenlijst bleek dat in veel ziekenhuizen niet goed te achterhalen is hoe vaak een chirurg de ingreep uitvoerde. In de 38 ziekenhuizen die hierover wel gegevens hadden, bleek bij de helft de ingreep soms te worden uitgevoerd door een chirurg die dat maar een beperkt aantal malen per jaar deed (minder dan 10 ingrepen in 2007, minder dan 5 in de eerste helft van 2008). Vooral opleidingsziekenhuizen hadden moeite met deze vraag, zo bleek uit de vragenlijsten. Als

toelichting werd gegeven dat een arts-assistent aan het eind van zijn opleiding in staat moet zijn zelfstandig te opereren. Het was voor die ziekenhuizen onduidelijk aan welke chirurg de operatie toegeschreven moest worden.

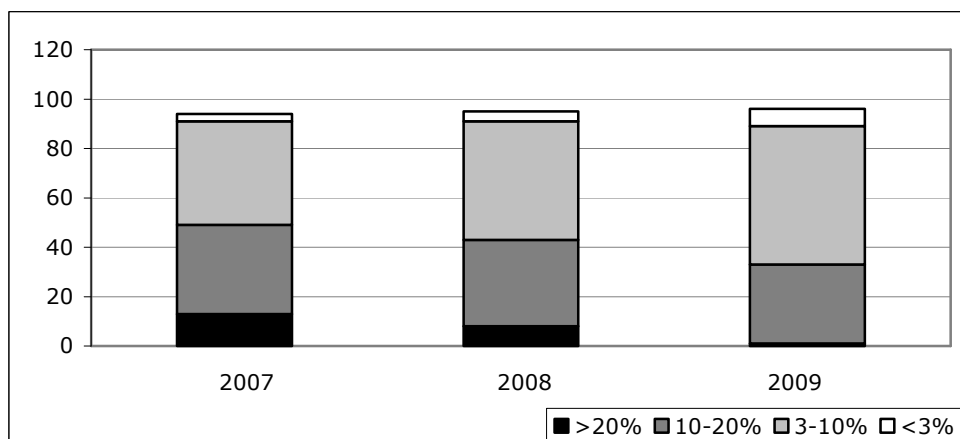
4.5 **Verschil in behandeling niet afhankelijk van grootte van tumor, soort ziekenhuis of regio**

Van alle patiënten met verdenking op borstkanker kreeg ruim de helft een borstsparende behandeling. De kans op een borstsparende behandeling varieerde per ziekenhuis van nog geen 30 procent tot ruim 85 procent. Het verschil bleek niet te verklaren door de grootte van de tumor, het totale aantal patiënten met verdenking op borstkanker, het soort ziekenhuis of de regio. In ziekenhuizen van de Stichting Topklinische Zorg (STZ) was de kans op een borstsparende behandeling gemiddeld iets groter dan in universitair medische centra (UMC's) of andere algemene ziekenhuizen, maar ook binnen de topklinische ziekenhuizen was de variatie groot. In iedere provincie waren zowel ziekenhuizen met een grote kans op borstsparende behandeling als met grote kans op een borstamputatie.

Het percentage borstsparende behandelingen per ziekenhuis was stabiel en was in 2008 en 2009 in vrijwel alle ziekenhuizen vergelijkbaar met dat in 2007.

4.6 **Zowel voorwaarden voor verantwoorde zorg als uitkomst verbeterd sinds 2007**

De mate waarin ziekenhuizen voldeden aan drie belangrijke voorwaarden voor verantwoorde zorg (preoperatieve bespreking in een MDO, volledigheid van de diagnostiek en het differentiatiebeleid van de chirurgen) is sinds 2007 sterk verbeterd. Deze verbetering leek ook te leiden tot een verbeterde uitkomst. Het gemiddelde percentage patiënten bij wie tumorresten waren aangetroffen nam af van 12,1 procent in 2007 naar 8,9 procent in 2009. Uit de indicatoren over 2009 bleek dat een percentage boven de 20 procent nog slechts in één ziekenhuis werd aangetroffen.



Figuur 2: In de 96 Nederlandse ziekenhuizen is het percentage patiënten met een tumorrest de afgelopen jaren afgenomen
(Bron: prestatie-indicatoren 2007-2009)

4.7 **Verschillende definities bij aanleveren van gegevens voor kwaliteitsindicator**

Uit de pathologieverslagen in het dossieronderzoek bleek dat in 9 ziekenhuizen vaker tumorresten in de snijranden aanwezig waren dan bij de resultaten van de indicatoren was opgegeven. In de praktijk was het percentage tumorresten volgens

het pathologieverslag in 7 ziekenhuizen hoger dan 10 procent en kwam het opgegeven percentage overeen met het percentage heroperaties. Het verschil in de twee percentages werd veroorzaakt door patiënten met kleine, vaak verspreide, tumorresten die geen invloed hadden op de verdere behandeling, maar die volgens de definitie van de indicator wel meegeteld moesten worden. Hiervoor zijn verschillende oorzaken mogelijk. Enerzijds bleek in het dossieronderzoek de verslaglegging door de klinisch patholoog in 2 ziekenhuizen niet heel duidelijk op dit punt. Anderzijds hanteerde de basisset een andere definitie dan de definitie die Zichtbare Zorg gebruikte bij haar vraag naar tumorresten bij borstsparende operaties. Hierdoor werd het ziekenhuizen mogelijk gemaakt om te kiezen om óf alle positieve uitslagen mee te tellen óf alleen de klinisch relevante uitslagen die leidden tot een aanpassing van de behandeling.

5 Summary

Between the start of 2008 and the end of 2010, the Netherlands Health Care Inspectorate conducted inspections at 47 hospitals where 2007 quality indicators showed that breast-saving procedures left more than average tumour remnants in breast cancer patients. The study revealed that there was no question of a lack of responsible care in 2008. The Inspectorate found that in 2010 all the hospitals had sufficiently remedied matters deemed improvable.

The Inspectorate's study focused on hospitals where breast-saving procedures resulted in tumour remnants in breast cancer patients more often than average or, conversely, strikingly less often than average. The Inspectorate examined to what extent the hospitals were failing to provide care responsibly. It addressed three important conditions for providing responsible care, i.e. a complete and accurate preoperative diagnosis, the degree of preoperative discussion of diagnosis and treatment by a multidisciplinary team, and the differentiation policy for surgical treatment.

For this study the Inspectorate used quality indicator data from 2007, 2008 and 2009. In addition, questionnaires were sent to 47 hospitals which reported in 2008 that tumour remnants had been left in more than 10% of patients who underwent an initial breast-saving operation. The Inspectorate further examined records at 11 hospitals and conducted more extensive inspections at two hospitals.

The study showed that multidisciplinary consultations are now held at all hospitals. Reporting has been standardised and reports are available electronically at most hospitals.

Diagnostic capabilities have improved greatly in recent years. Each hospital possesses the technology required to make the definitive diagnosis prior to the operation. In the interests of patient safety it is important for surgeons who perform breast-saving operations to possess demonstrable expertise.

All inspected hospitals took improvement measures where necessary and submitted details of them to the Inspectorate.

Literatuurlijst

Literatuurverwijzingen

- 1 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Het Resultaat telt 2005. Prestatie-indicatoren als onafhankelijke graadmeter voor de kwaliteit van in ziekenhuizen verleende zorg. Den Haag, december 2006.
- 2 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Zorgketen voor kankerpatiënten moet verbeteren. Onderzoek naar de kwaliteit van de oncologische zorgketen voor patiënten die worden behandeld met radiotherapie. Den Haag, maart 2009.

Overige literatuur

- IGZ, NVZ, NFU, OMS. Basisset prestatie-indicatoren voor ziekenhuizen 2007. Utrecht, november 2006.
- IGZ, NVZ, NFU, OMS. Basisset prestatie-indicatoren voor ziekenhuizen 2008. Utrecht, december 2007.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. Het Resultaat telt 2007. Prestatie-indicatoren als onafhankelijke graadmeter voor de kwaliteit van in ziekenhuizen verleende zorg. Den Haag, december 2008.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. Het Resultaat telt 2008. Kwaliteits-indicatoren als onafhankelijke graadmeter voor de kwaliteit van in ziekenhuizen verleende zorg. Den Haag, december 2009.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. Het Resultaat telt 2009. Kwaliteits-indicatoren als onafhankelijke graadmeter voor de kwaliteit van in ziekenhuizen verleende zorg. In bewerking.

Bijlage 1 Deelnemende ziekenhuizen

	Ziekenhuis	Reden voor onderzoek	Onderzoek 2008	Handhaving onderzoek 2010
1	Ziekenhuis Amstelland Amstelveen	percentage tumorrest < 3%	dossier	plan v aanpak
2	St. Jans Gasthuis Weert	percentage tumorrest < 3%	dossier	plan v aanpak
3	Streekzh Koningin Beatrix Winterswijk	percentage tumorrest < 3%	dossier	plan v aanpak
4	Antoni van Leeuwenhoek zh Amsterdam	percentage tumorrest < 3%	dossier	
5	Havenziekenhuis Rotterdam	percentage tumorrest gewijzigd	dossier	plan v aanpak
6	Elkerliek Ziekenhuis Helmond	percentage tumorrest gewijzigd	dossier	plan v aanpak
7	Martini Ziekenhuis Groningen	percentage tumorrest gewijzigd	dossier	
8	Alysis Zorggroep, loc. Rijnstate Arnhem	percentage tumorrest gewijzigd	dossier	
9	Tergooiziekenhuizen - Hilversum	percentage tumorrest laat aangeleverd	dossier	plan v aanpak
10	Wilhelmina ziekenhuis Assen	percentage tumorrest laat aangeleverd	dossier	inspectiebezoek
11	Diaconessenhuis Meppel	percentage tumorrest laat aangeleverd	dossier	inspectiebezoek
1	Maasstad ziekenhuis Rotterdam	percentage tumorrest 10-20%	vragenlijst	plan v aanpak
2	UMC St Radboud Nijmegen	percentage tumorrest 10-20%	vragenlijst	plan v aanpak
3	Hofpoort Ziekenhuis Woerden	percentage tumorrest 10-20%	vragenlijst	plan v aanpak
4	Ziekenhuisgroep Twente Hengelo	percentage tumorrest 10-20%	vragenlijst	plan v aanpak
5	Máxima Medisch Centrum Eindhoven	percentage tumorrest 10-20%	vragenlijst	plan v aanpak
6	Ommelander zorggroep Winschoten	percentage tumorrest 10-20%	vragenlijst	plan v aanpak
7	Jeroen Bosch ziekenhuis Den Bosch	percentage tumorrest 10-20%	vragenlijst	plan v aanpak
8	Reinier de Graaf Groep Delft	percentage tumorrest 10-20%	vragenlijst	plan v aanpak
9	IJsselmeerziekenhuizen Lelystad	percentage tumorrest 10-20%	vragenlijst	plan v aanpak
10	Rijnland Ziekenhuis Leiderdorp	percentage tumorrest 10-20%	vragenlijst	plan v aanpak
11	Ziekenhuis Lievensberg Bergen op Zoom	percentage tumorrest 10-20%	vragenlijst	
12	Vlietland Ziekenhuis Schiedam	percentage tumorrest 10-20%	vragenlijst	

	Ziekenhuis	Reden voor onderzoek	Onderzoek 2008	Handhaving onderzoek 2010
13	Amphia Ziekenhuis Breda	percentage tumorrest 10-20%	vragenlijst	
14	Ziekenhuis Bernhoven Veghel/Oss	percentage tumorrest 10-20%	vragenlijst	
15	Westfries Gasthuis Hoorn	percentage tumorrest 10-20%	vragenlijst	
16	Waterlandziekenhuis Purmerend	percentage tumorrest 10-20%	vragenlijst	
17	HagaZiekenhuis Den Haag	percentage tumorrest 10-20%	vragenlijst	
18	Medisch Centrum Alkmaar	percentage tumorrest 10-20%	vragenlijst	
19	Franciscus Ziekenhuis Roosendaal	percentage tumorrest 10-20%	vragenlijst	
20	Orbis medisch en zorgconcern Sittard	percentage tumorrest 10-20%	vragenlijst	
21	't Lange Land Ziekenhuis Zoetermeer	percentage tumorrest 10-20%	vragenlijst	
22	LUMC Leiden	percentage tumorrest 10-20%	vragenlijst	
23	Meander Medisch Centrum Amersfoort	percentage tumorrest 10-20%	vragenlijst	
24	Laurentius Ziekenhuis Roermond	percentage tumorrest 10-20%	vragenlijst	
25	MUMC Maastricht	percentage tumorrest 10-20%	vragenlijst	
26	Ziekenhuis Zeeuws Vlaanderen Terneuzen	percentage tumorrest 10-20%	vragenlijst	
27	Refaja Ziekenhuis Stadskanaal	percentage tumorrest 10-20%	vragenlijst	
28	UMC Utrecht	percentage tumorrest 10-20%	vragenlijst	
29	Zorggroep Suydevelt Scheperziekenhuis Emmen	percentage tumorrest 10-20%	vragenlijst	
30	St. Elisabeth Ziekenhuis Tilburg	percentage tumorrest 10-20%	vragenlijst	
31	St. Franciscus Gasthuis Rotterdam	percentage tumorrest 10-20%	vragenlijst	
32	Slingeland Ziekenhuis Doetinchem	percentage tumorrest 10-20%	vragenlijst	
33	BovenIJ Ziekenhuis Amsterdam	percentage tumorrest 10-20%	vragenlijst	
34	Ziekenhuis Walcheren Vlissingen	percentage tumorrest > 20%	vragenlijst	plan v aanpak
35	Gemini Ziekenhuis Den Helder	percentage tumorrest > 20%	vragenlijst	plan v aanpak
36	Ziekenhuis Bethesda Hoogeveen	percentage tumorrest > 20%	vragenlijst	plan v aanpak
37	UMCG Groningen	percentage tumorrest > 20%	vragenlijst	plan v aanpak
38	Ikazia Ziekenhuis Rotterdam	percentage tumorrest > 20%	vragenlijst	
39	Ruwaard van Putten zh Spijkenisse	percentage tumorrest > 20%	vragenlijst	

	Ziekenhuis	Reden voor onderzoek	Onderzoek 2008	Handhaving onderzoek 2010
40	St. Antonius Ziekenhuis Nieuwegein	percentage tumorrest > 20%	vragenlijst	
41	Mesos Medisch Centrum Utrecht	percentage tumorrest > 20%	vragenlijst	
42	Isala Klinieken Zwolle	percentage tumorrest > 20%	vragenlijst	
43	Erasmus MC Rotterdam	percentage tumorrest > 20%	vragenlijst	
44	Maasziekenhuis Pantein Boxmeer	percentage tumorrest > 20%	vragenlijst	
45	Rivas Zorggroep Gorinchem	percentage tumorrest > 20%	vragenlijst	
46	Slotervaartziekenhuis Amsterdam	percentage tumorrest > 20%	vragenlijst	
47	Talma Sionsberg Dokkum	percentage tumorrest > 20%	vragenlijst	

Bijlage 2 Vragenlijst voor ziekenhuizen met hoog percentage restweefsel bij borstsparende operatie

Vragen behorend bij de brief aan de ziekenhuizen met een hoog percentage restweefsel bij de borstsparende mammaoperatie (MST, mammasparende therapie).

Wij vragen u de IGZ te informeren over

- Het differentiatiebeleid van de chirurgen.
- Het diagnostisch proces bij vrouwen met verdenking op borstkanker en meer specifiek op het diagnostisch proces bij vrouwen bij wie tot een borstsparende behandeling (MST) is besloten.
- De mate van bespreking in het multidisciplinair overleg (MDO) van vrouwen bij wie tot een borstsparende operatie is besloten.

Wij vragen u voor de groep vrouwen die een eerste operatie voor verdenking op borstkanker ondergingen, apart voor een lokale excisie van een tumor in de borst (codes 333914 en 333915) en voor een ablatio, getalsmatig een aantal specificaties te geven, zowel over 2007 als de eerste helft 2008:

Indien de door uw ziekenhuis verstrekte getallen bij nadere beschouwing niet juist bleken tevens: wat zijn de juiste gegevens en wat is de reden dat foutieve gegevens in de NVZ-database gepubliceerd zijn?

Voor de getalsmatige gegevens vragen wij u onderstaande lijst in te vullen

De spreiding van het aantal MST per chirurg in 2007 en de eerste 6 maanden van 2008	
aantal van de (verantwoordelijke) chirurg met het hoogste aantal MST in 2007
aantal van de (verantwoordelijke) chirurg met het laagste aantal MST in 2007
aantal van de (verantwoordelijke) chirurg met het hoogste aantal MST in 2008
aantal van de (verantwoordelijke) chirurg met het laagste aantal MST in 2008

De spreiding van het percentage tumorrest per chirurg in 2007 en de eerste 6 maanden van 2008	
% MST met tumorrest bij de (verantwoordelijke) chirurg met hoogste % 2007
% MST met tumorrest bij de (verantwoordelijke) chirurg met laagste % 2007
% MST met tumorrest bij de (verantwoordelijke) chirurg met hoogste % 2008
% MST met tumorrest bij de (verantwoordelijke) chirurg met laagste % 2008

Het diagnostisch proces bij vrouwen met een EERSTE chirurgische behandeling voor (verdenking op) borstkanker in 2007 en in de maanden januari tot en met juni 2008.

2007	vrouwen met een eerste ablatio operatie	vrouwen met een eerste MST
totaal aantal eerste operaties voor (verdenking op) borstkanker		
aantal met een palpabele tumor		
aantal met een niet-palpabele tumor		
aantal ♀♀ bij wie röntgenlocalisatie is uitgevoerd		
aantal ♀♀ die preoperatief in het MDO zijn besproken		
aantal ♀♀ met preoperatief een definitieve PA-diagnose		
aantal ♀♀ met een uitsluitend DCIS*		
aantal ♀♀ bij wie gedurende de operatie een diagnostische procedure (vriescoupe) werd verricht		
aantal bij wie pre-operatieve en post-operatieve PA-diagnose gelijk was		
eerste 6 maanden 2008		
totaal aantal eerste operaties voor (verdenking op) borstkanker		
aantal met een palpabele tumor		
aantal met een niet-palpabele tumor		
aantal ♀♀ bij wie röntgenlocalisatie is uitgevoerd		
aantal ♀♀ die preoperatief in het MDO zijn besproken		
aantal ♀♀ met preoperatief een definitieve PA-diagnose		
aantal ♀♀ met een uitsluitend DCIS*		
aantal ♀♀ bij wie gedurende de operatie een diagnostische procedure (vriescoupe) werd verricht		
aantal bij wie pre-operatieve en post-operatieve PA-diagnose gelijk was		

*DCIS ductaal carcinoma in situ

Bijlage 3 Beoordelingscriteria patiëntenverslagen

Verificatietraject mammacarcinoom

Beoordelingscriteria verslagen:

Naam beoordelaar:

Eventueel naam tweede beoordelaar:

Verslagnummer:

MDO-verslag (preoperatief)	Ja	Nee	Twijfel
1. Is het preoperatief MDO verslag aanwezig?			
2. Heeft het MDO verslag een vast format?			
3. Is het preoperatief MDO verslag te beoordelen?			
4. Is de definitieve diagnose bekend?			
5. Diagnose* is (omcirkel juiste diagnose): A: B = Benigne B: OB = Onzeker benigne C: OM = Onzeker Maligne D: M = Maligne E: onduidelijk / onbekend			
6. Is het advies t.a.v. de behandeling gegeven?			
7. Voor welke operatieve behandeling is gekozen in het MDO verslag (omcirkel juiste behandeling)? A: Ablatio B: MST C: Onbekend vanuit MDO- verslag			
Operatieverslag	Ja	Nee	Twijfel
8. Is het operatieverslag te beoordelen?			
9. Is er sprake van een locale excisie van een maligne tumor? (mammasparende operatie (MST))			
10. Is er sprake van een diagnostische locale excisie? (diagnose staat preoperatief niet vast)			
11. Is het conform het preoperatief vastgestelde operatiebeleid uitgevoerd (bv is er een MST en niet een ablatio uitgevoerd of vice versa)?			
Toelichting bij vraag 11			

*B+OB= Benigne

M+OM= Maligne

PA- verslag	Ja	Nee	Twijfel
12. Is het PA-verslag te beoordelen?			
13. Is het snijvlak macroscopisch vrij?			
Indien niet duidelijk of anders, hier aangegeven wat wel beschreven is			
14. Wat is de definitieve PA-diagnose* (omcirkel juiste diagnose) A: Benigne (B of OB) B: Maligne (M of OM) C: Onduidelijk / Onbekend Nadere PA - kwalificatie: AA: Benigne BB: DCIS/ LCIS CC: Carcinoom (ductaal of lobulair) DD: Anders (diagnose niet gegeven / onduidelijk / ander type:.....)			
15. Is de definitieve PA-diagnose gelijk aan de preoperatieve diagnose?			
16. Is er sprake van een tumorvrij snijvlak (krap vrij, marginaal vrij, snijvlakken lijken vrij = vrij)?			
MDO-verslag (postoperatief)	Ja	Nee	Twijfel
17. Is er een postoperatief MDO verslag aanwezig?			
18. Is het chirurgisch beleid veranderd?			
Als postoperatief het beleid anders is wegens niet-vrij snijvlak:			
19. Is dat reden tot re-excisie?			
20. Is dat reden tot ablatio?			

Opmerkingen/ opvallendheden:

.....

Bijlage 4 Beoordelingscriteria voor de belangrijkste aspecten van verantwoorde zorg voor borstkankerpatiënten

Toezichtaspect	Beoordelingscriterium			
	afwezig	aanwezig	operationeel	geborgd
Chirurgische differentiatie	alle chirurgen doen mammachirurgie	meer dan de helft van de chirurgen doet mamma-chirurgie, hoe vaak iedere chirurg mammachirurgie verricht is niet bekend	maximaal de helft van de chirurgen doet mamma-chirurgie, hoe vaak iedere chirurg mammachirurgie verricht is niet bekend	maximaal de helft van de chirurgen doet mamma-chirurgie, iedere chirurg die mammachirurgie verricht doet dit voldoende vaak
Multidisciplinair overleg (MDO)	< 50% patiënten preoperatief besproken	> 50% patiënten preoperatief besproken, verslag te beoordelen	>75% patiënten preoperatief besproken, verslag te beoordelen	alle patiënten preoperatief besproken, verslag volledig in vast format, elektronisch vastgelegd
Preoperatieve diagnostiek volledig	niet bekend of niet te beoordelen of diagnose preoperatief vast staat en of diagnose post-operatief gelijk is aan preoperatieve diagnose	<75% diagnose staat preoperatief vast, of <75% postoperatieve diagnose gelijk aan preoperatieve diagnose	Diagnostiek volledig, diagnose staat preoperatief bij >75% van de patiënten vast en is postoperatief gelijk aan preoperatieve diagnose	definitieve diagnose staat preoperatief >95% vast, is vastgelegd in dossier en pre- en post-operatieve diagnose zijn gelijk

IGZ 10-47; 400 exemplaren