

Overzicht binnengekomen commentaren 6 modules richtlijn CRC Juli 2024

Verstuurd op: 23 juli 2024

Reactie voor: 17 september 2024

Verenigingen:	Reactie ontvangen:
Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH)	Ja, Inez Scheerhoorn-Tammer
Nederlandse Internisten Vereniging (NIV)	Ja, Maïke van Leeuwen
Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG)	Ja, Sandra Vermeend
Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen (NVMDL)	Ja, Charissa van Geenen-Meinster
Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie (NVRO)	Nee
Nederlandse Vereniging voor Pathologie (NVVP)	Ja, Bianca van Wetten
Nederlandse Vereniging voor Radiologie (NVvR)	Ja, Willy de Keizer
Nederlandse Vereniging voor Nucleaire Geneeskunde (NVNG)	Nee
Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)	Ja, Ashley Spoelstra
Patiëntenfederatie Nederland (PFNL)	Ja/Nee, naam -> loopt via Stichting Darmkanker
Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK)	Ja/Nee, naam -> loopt via Stichting Darmkanker
Stichting Darmkanker Nederland	Ja, Marjan van den Bosch-Scholts
IGJ	Ja, Hedy Folkersma
NFU	Nee
Nederlands Huisartsen Genootschap	Ja, Madeleine Zwezerijnen
NVZ	Ja, Beb Jongerius
NAPA	Nee
ZKN	Ja, Martine de Jong
Zorginstituut Nederland	Nee
Zorgverzekeraars Nederland	Ja, Marlieke Haeck

Vereniging	Pagina- en regelnummer	Commentaar	Reactie werkgroepleden
P4	Samenstelling werkgroep		

Vereniging	Pagina- en regelnummer	Commentaar	Reactie werkgroepleden
P5	Verantwoording		

<i>Vereniging</i>	<i>Pagina- en regelnummer</i>	<i>Commentaar</i>	<i>Reactie werkgroepleden</i>
P12	Geüpdatete modules / Nieuwe modules die nu ter commentaar worden aangeboden		

Vereniging	Pagina- en regelnummer	Commentaar	Reactie werkgroepleden
P13 – P21	Module 4.4 Definities en bepalingen van histologische parameters		
IGJ	P19,r40	‘Perineurale groei wordt gedefinieerd als groei van tumorcellen rondom een zenuwtak, waarbij tenminste een derde van de circumferentie wordt ingenomen.’ Is strikt genomen geen aanbeveling	De formulering is aangepast: “Definieer perineurale groei als...”
IGJ	P20,r5	‘...waarbij nadruk op diepste tumorgroei wordt gezet.’ Wat wordt hier mee bedoeld? “nadruk leggen op’ graag concretiseren	Nu als volgt geformuleerd: “....,waarbij deze primair genomen dienen te worden uit gebieden met macroscopisch diepste tumorgroei (inclusief peritoneale betrokkenheid)”

Vereniging	Pagina- en regelnummer	Commentaar	Reactie werkgroepleden
P22 – P40	Module 4.10 Beoordelen colorectale levermetastasen		
IGJ	P32,r14	Maakt het nu uit om de te overwegen informatie te verstrekken?	Nee, niet direct, maar deze facultatieve items worden benoemd ter overweging om bewustwording te creëren dat galweg- en perineurale invasie voorkomen, en hierdoor wordt het wellicht minder snel verward met andere vormen van invasie.
IGJ	P32,r16	Wordt bedoeld dat wordt aanbevolen om een standaard pathologieverslag te gebruiken? Zo ja , leidt dit er dan niet automatisch toe dat als er geen standaard pathologieverslag beschikbaar is, dat wordt aanbevolen om ervoor te zorgen dat er een standaard pathologieverslag beschikbaar komt. Het komt een beetje vreemd over om het er maar bij te laten zitten als er geen standaard pathologieverslag beschikbaar is.	Inderdaad wordt hier nog een bepaalde keuzevrijheid gesuggereerd wat niet de bedoeling is. De aanbeveling is aangepast met het weglaten van “indien beschikbaar” (zie hieronder). Ter aanvulling: Een standaardverslag voor lever is in ontwikkeling (ICCR), en zal naar verwachting in januari 2025 als ontwerp in PALGA beschikbaar zijn.
IGJ	P32,r16	‘Gebruik, indien beschikbaar, een standaard pathologieverslag voor resectie van colorectale levermetastasen.’ ‘indien beschikbaar weglaten.’ → ‘Gebruik een standaard pathologieverslag voor resectie van colorectale levermetastasen.	Inderdaad weglaten: Gebruik, indien beschikbaar , een standaard pathologieverslag voor resectie van colorectale levermetastasen.

Vereniging	Pagina- en regelnummer	Commentaar	Reactie werkgroepleden
P41 – P75	Module 6.15 Locoregionaal recidief rectumcarcinoom		
NVZ	P48,63,64	Met betrekking tot het inrichten van regionale expertisecentra bestaat nog veel onduidelijkheid. Het onderwerp in de richtlijn staat geagendeerd voor Tranche II in het traject concentratie en spreiding. Voorts worden er op dit moment gewerkt aan een landelijke uitwerking van <i>shared care</i>. De voorstellen die in de richtlijn worden gedaan moeten in lijn zijn met dit kader. Wij vinden dat voorstellen die leiden tot verdere concentratie van oncologische zorg altijd gepaard moeten gaan met integrale impactanalyses, met hierin aandacht voor organisatorische, financiële en juridische aspecten die gepaard gaan met de implementatie van de aanbevelingen.	In deze richtlijn is gepoogd wetenschappelijke kennis te bundelen om zo een richtlijn voor behandeling op te stellen. Er is er geen sprake van het inrichten van regionale expertisecentra; die bestaan reeds en leveren op dit moment nagenoeg 100% van de curatieve zorg voor patiënten met lokaal recidief, in samenwerking met partners in hun netwerk voor voorbehandeling en palliatieve zorg. Deze richtlijn leidt derhalve niet tot verdere concentratie van oncologische zorg, maar beschrijft de huidige situatie.
St. darmkanker	P56,r31	Welk woord ontbreekt na “gestelde”?	Criteria. Dit is toegevoegd in de tekst.
St. darmkanker	P57,r20	Wij waarderen het dat bij de selectie van de patiënt met LCCR uitdrukkelijk rekening wordt gehouden met QoL.	Dank voor deze positieve feedback.
St. darmkanker	P58,r8	Het bepalen van resectabiliteit ...behoort in daartoe uitgeruste expertise centra te gebeuren. Deze bepaling is duidelijk, maar de patiënt dient hiervan duidelijk op de hoogte gesteld te worden.	Niet expert-centra kunnen hun patiënten inbrengen in expert centra MDO's om het beleid te toetsen en evt. te verwijzen voor resectie na neo-adjuvante behandeling. De patiënt zal hierin worden meegenomen.
NVZ	P63	De richtlijncommissie beveelt aan bij blijvende twijfel over de diagnose ‘kies tussen herhaling van beeldvorming na 3 maanden of een PET-CT’. Wij vinden ‘beeldvorming’ hier te weinig concreet, welke vorm doelt u hier precies op? De keuze van diagnostische modaliteit moet bij gelijkwaardige diagnostische waarde geschieden op basis van de	Dat betreft een MRI of CT. Aanpassing aanbeveling naar: Kies tussen herhaling van de MRI of CT na 3 maanden of direct een PET-CT bij blijvende twijfel over de diagnose lokaal recidief.

		laagste kosten en hoogste beschikbaarheid. Graag zien wij dit verwoord in de aanbeveling.	
IGJ	P63,r9	MDO van een expertisecentrum. Waar moet een MDO van een expertisecentrum uit bestaan? Welke disciplines	Volgens de werkgroep dienen bij dit MDO lokaal recidief experts van tenminste de volgende disciplines aanwezig te zijn: radioloog, chirurg, radiotherapeut en internist-oncoloog. Dit werd aangepast in de betreffende aanbeveling.
IGJ	P63,r10	‘ Kies tussen herhaling van de beeldvorming na 3 maanden of een PET-CT bij blijvende twijfel over de diagnose.’ Niet SMART geformuleerd. Maak concreet	Is aangepast in de aanbevelingen. Zie ook antwoord pagina 5.
St. darmkanker	P64,r?	4 ^e aanbeveling: De aanbeveling het is duidelijk, wij zien dit graag aangevuld met de aanbeveling de patiënt hierover duidelijk te informeren.	Uiteraard moet de patiënt hierover duidelijk worden geïnformeerd, maar dat geldt eigenlijk voor heel veel aanbevelingen in de darmkanker richtlijn. De werkgroep ziet geen aanleiding om dat specifiek bij deze aanbeveling toe te voegen.
IGJ	P64,r1	‘ruim’ kan hier richting aan worden gegeven?	De toevoeging van details in deze aanbeveling, leidt niet tot verduidelijking. Derhalve is besloten om ‘ruim’ te verwijderen. De aanbeveling luidt dan als volgt: Maak bij het intekenen van locoregionale recidieven (zowel re-irradiatie als RT-naïef) gebruik van de consensusrichtlijn voortkomend uit een intekenstudie met Nederlandse expertise centra (Piqueur, 2022). Streef hierbij naar het volledig meenemen van chirurgische risicogebieden voor R1-resectie in de radiotherapeutische doelgebieden.
IGJ	P64,r5	‘krappe ’ idem	Vanwege de aard van de aandoening en het ontstaan van het lokaal recidief in eerder geopereerd gebied is de vrije marge

			preoperatief zeer moeilijk in te schatten. De kans op een krappe marge en aldus de mogelijkheid om IORT toe te passen moet daarom bij het lokaal recidief standaard overwogen worden door een MDO in een expertisecentrum. Het gebruik van millimeters is met name relevant bij primaire tumoren met het mesorectum nog in situ. Dus ondanks dat de marge van <1 mm wel wordt genoemd in de tekst op basis van de ESTRO-ACROP richtlijn (p 60, r12), is bewust gekozen dit niet verder te specificeren in de aanbeveling. De aanbeveling werd aangepast naar: Overweeg IORT indien positieve of krappe resectiemarges verwacht worden.
IGJ	P64,r5	Is er een patiënt gerelateerde overweging om geen IORT te geven? Zo nee dan zou de richtlijn IORT behoren aan te bevelen	Die is er niet, maar het wetenschappelijk bewijs voor effectiviteit is onvoldoende hard. Met IORT verhoog je tevens de kans op morbiditeit. Derhalve is gekozen voor 'overweeg' in de aanbeveling.

Vereniging	Pagina- en regelnummer	Commentaar	Reactie werkgroepleden
P76 – P97	Module 7.1 Locoregionale behandeling Levermetastasen		
NVvR	P78,r10 en P82,r30	De resultaten van de Collision studie zijn nog niet meegenomen, omdat die nog niet zijn gepubliceerd. De bevindingen zijn echter al wel gepresenteerd op een congres en gaan zeker leiden tot aanpassing van de aanbevelingen. Het bestuur van de NVvR lijkt het goed om hier alvast melding van te maken en dus nu is de vraag aan de richtlijnwerkgroep of met de resultaten van deze studie rekening wordt gehouden. Het lijkt verstandiger om de resultaten af te wachten opdat de aanbeveling hierop kan worden aangepast; e.e.a. is al afgestemd met de gemandateerden van de NVvR.	De COLLISION studie laat zien dat thermale ablatie een non-inferieur alternatief is voor resectabele metastasen als deze ook geschikt zijn voor thermale ablatie. Dus de desbetreffende aanbeveling is aangepast naar: “Overweeg thermale ablatie als alternatief voor resectie bij resectabele metastasen, en hanteer daarbij de volgende relatieve contra-indicaties.....”
St. darmkanker	P85,r22	De radiologisch verdwenen metastasen moeten gevolgd worden, maar in welke frequentie en in welke vorm (CT, MRI, PET)?	Het is op basis van de literatuur niet mogelijk om aanbevelingen te doen over de frequentie en modaliteit van voorkeur. Daarom heeft de werkgroep besloten dit deel van de aanbeveling achterwege te laten. De aanbeveling is als volgt aangepast: “Verricht geen lokale behandeling van ‘verdwenen’ metastasen na systemische therapie, maar overweeg pas lokale behandeling als deze metastasen recidiveren.”
NVZ	P86,r21	De richtlijncommissie beveelt aan dat iedere patiënt met een centrum met expertise moet worden besproken. Tot op heden is er voor deze zorgverlening geen betaaltitel, terwijl dit wel een enorme tijdsinvestering vraagt en hiermee kosten. Wij verzoeken de richtlijncommissie uit te werken hoe hier financieel en/of organisatorisch invulling aan gegeven kan worden en door wie.	Het is niet aan de richtlijnwerkgroep om dit punt uit te werken.

IGJ	P86,21	Twee keer: “als dat mogelijk is”. Ik neem aan dat het hier om patiënt gerelateerde contra-indicaties gaat; niet om mogelijkheden van de behandelaar of de zorginstelling waar behandeld wordt.	Hiermee wordt aangegeven dat de metastasen lokaal behandelbaar moeten zijn. Dat is nu als zodanig aangepast.
IGJ	P86,r35	Wordt bedoeld “Opereer met minimaal-invasieve technieken tenzij contra-geïndiceerd”?	Het gaat er om dat een minimaal invasieve behandeling technisch gezien mogelijk is. De tekst is nu als volgt aangepast: “..... indien dit technisch mogelijk is”.
IGJ	P86,r35	‘Maak de keuze voor een vena portae embolisatie, radio-embolisatie, two-stage hepatectomie op basis van lokale ervaring en expertise’ Dat moet betekenen dat de uitkomst van de verschillende technieken gelijk is.	Inderdaad is er geen bewijs voor de superioriteit van één van de technieken.
IGJ	P86,r35	Maak aanbeveling SMART.	De werkgroep is van mening dat deze aanbeveling voor wat betreft formulering duidelijk is voor de Nederlandse centra die behandeling van levermetastasen toepassen, en goed aansluit bij de dagelijkse praktijk. Daarom is de aanbeveling niet aangepast.
IGJ	P87,r5	“Overweeg thermale ablatie”: Wordt bedoeld “Geef de voorkeur aan thermale ablatie”?	Deze aanbeveling is aangepast op basis van commentaar van de NVvR, en daarom is deze opmerking niet meer relevant.
IGJ	P87,r15	Is “Overweeg” te vervangen door “Geef”? Overweeg geeft geen richting en dat wordt wel van een richtlijn verwacht.	De werkgroep is van mening dat er voor deze behandelingen geen overtuigend bewijs is om een harde aanbeveling te doen. In die situaties is het daarom passend om “Overweeg” te gebruiken als formulering. De aanbeveling is daarom niet aangepast.
IGJ	P87,r30	‘Vervolg ‘verdwenen’ metastasen na systemische therapie met beeldvorming (CT, PET-CT, MRI), en overweeg lokale behandeling als deze metastasen recidiveren. ’ niet SMART	Deze aanbeveling is aangepast (zie eerdere opmerking).

Vereniging	Pagina- en regelnummer	Commentaar	Reactie werkgroepleden
P104 – P135	Module 10.3 Darmfunctiestoornissen na RC-behandeling		
NVZ	P108	De richtlijncommissie beveelt aan “Spreek binnen het team af wie de evaluatie en begeleiding van LARS verricht.” Deze aanbeveling wordt in de richtlijnmodule niet onderbouwd, komt uit de lucht vallen. Tegelijkertijd kunnen wij ons wel voorstellen dat de aanbeveling bijdraagt aan expertiseopbouw m.b.t. dit onderwerp. Graag zien wij de rationale van de aanbeveling verwoord in de richtlijn, zodat lezers begrijpen waar de aanbeveling toe dient.	Dit is vooral een praktische aanbeveling zodat het voor de patiënt duidelijk is bij wie hij terecht kan met LARS problemen in zijn/haar ziekenhuis. Aan de overwegingen is een inleidende tekst toegevoegd, waarmee deze aanbeveling een betere inbedding heeft gekregen in deze richtlijn module.
NVMDL		Kleine suggestie voor pagina 104, derde lijn: ‘serotonine remmers’ vervangen door ‘serotonine 5HT3 antagonisten’ (zoals ook op pagina 109) Dit omdat de term ‘serotonine remmers’ (overigens farmacologisch incorrect) verwarring kan geven met ‘serotonine heropname remmers’.	Aangepast.

Vereniging	Pagina- en regelnummer	Commentaar	Reactie werkgroepleden
	Overig commentaar		
NHG		Vanwege het tweedelijs/specialistisch karakter van de richtlijn zien wij af van deelname aan de commentaarronde voor deze richtlijn.	-
ZN		Hartelijk dank voor het toesturen van de 6 modules richtlijn Colorectaal Carcinoom Juli 2024. Zorgverzekeraars Nederland vertrouwt erop dat de opstellers in dit document beschreven hebben wat goede zorg is. Wij willen hen erop wijzen dat de beschrijving van goede zorg, niet betekent dat het ook een verzekerde prestatie betreft. De Zorgverzekeraars zijn gehouden aan de zorgverzekeringswet. Voordat een verzekerde aanspraak heeft op vergoeding van een bepaalde vorm van zorg, zal de Zorgverzekeraar moeten vaststellen of er sprake is van rechtmatige en doelmatige zorg. Wij adviseren daarom om: 1) Onderstaande disclaimer op te nemen in de Richtlijn Een Richtlijn beschrijft wat goede zorg is, ongeacht de financieringsbron (Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), aanvullende verzekering of eigen betaling door de cliënt/patiënt). Ook is niet alle in de Richtlijn beschreven zorg, automatisch onderdeel van het verzekerde pakket.	De werkgroep heeft dit ter kennisgeving aangenomen, maar ziet af van het opnemen van deze disclaimer.

		2) Duidelijk in de Richtlijn aan te geven, indien van toepassing, wat het standpunt is van het Zorginstituut. Zorgverzekeraars zijn verplicht, conform deze standpunten, zorg in te kopen. Mocht men in de toekomst deze Standaard/ Richtlijn aanbieden aan de Zorgverzekeraars, om tripartite in te dienen bij het Register van het Zorginstituut, dan zijn onder andere bovengenoemde punten van belang, voordat goedkeuring door de Zorgverzekeraars gegeven zal worden. Wij houden ons zeker aanbevolen en verzoeken u, wanneer in het verdere proces een definitieve Richtlijn klaar is, om die opgestuurd te krijgen.	
ZKN		Vanuit de klinieken is er geen commentaar op deze richtlijn.	-
NVKG		Dank voor de uitnodiging. Het verzoek is besproken in de commissie Richtlijnen van de NVKG en zij hebben aangegeven af te zien van het becommentariëren van deze modules.	-
NVVP		Graag laat ik je hierbij weten dat de NVVP geen commentaar heeft op deze 6 modules van de richtlijn Colorectaal Carcinoom.	-
NVvH		Vanuit de NVvH is geen commentaar gekomen.	-
V&VN		Onderstaand commentaarverzoek hebben we uitgezet bij de V&VN afdelingen. De afdeling Continentie verpleegkundigen en het netwerk VS MDL hebben naar de richtlijn gekeken en hebben geen commentaar.	-

NVZ		De implementatietabel ontbreekt in dit document – geeft zo onvoldoende inzicht in eventuele impact op organisatie van zorg. NVZ-criteria beoordelen professionele standaard Professionele standaard = kwaliteitsstandaard, leidraad, medische richtlijn of anderszins. Zie definities soorten documenten p. 12 Aqua-Leidraad (zorginzicht.nl) en zie de Richtlijn voor Richtlijnen Zorginzicht 1. <u>Alle zorginstellingen dienen het kwaliteitsdocument organisatorisch, juridisch én financieel te kunnen uitvoeren, zonder ingrijpende consequenties voor de praktijk voor:</u> ○ algemene en topklinische ziekenhuizen, ○ categorale instellingen en ○ medisch specialistische revalidatie-instellingen. 2. <u>Maak drie overzichten onderdeel van het kwaliteitsdocument om consequenties te kunnen beoordelen:</u> <u>a. Samenvatting met als onderdeel organisatie van zorg.</u> <u>b. Implementatieplan met inzicht in financiële, juridische en organisatorische consequenties.</u> ▪ Concretiseer consequenties, knelpunten en oplossingsrichtingen.	De werkgroep is zich bewust van de uitgangspunten voor nieuwe richtlijnen zoals die binnen IZA zijn geformuleerd. De werkgroep is van mening dat deze modules voldoen aan de criteria ten aanzien van uitvoering. Het gaat hier om een modulaire herziening, waarbij al in een eerdere fase de organisatie van zorg is beschreven. Voor deze modulaire update is geen implementatieplan opgesteld. De aanbevelingen zijn in te passen in de huidige praktijkvoering.
-----	--	--	--

		• <i>Verandering in FTE, kosten, productie en IT.</i> • <i>En benoem verantwoordelijke partijen.</i> <i>c. <u>Overzicht van het verschil tussen de huidige en de nieuwe situatie.</u></i> <i>3. Maak de volgende <u>IZA-afspraken</u> in ieder geval onderdeel van het kwaliteitsdocument:</i> ○ <i>Neem aanbevelingen op die voldoende wetenschappelijk bewezen zijn.</i> ○ <i>Evalueer huidige zorg.</i> ○ <i>Integreer passende zorg en preventie.</i> ○ <i>Verminder regeldruk en administratieve lasten. Houd rekening met bestaande kwaliteitsdocumenten, wet- en regelgeving.</i> <i>4. Geef aan in welke categorie van de <u>governance-afpraak 2019 FMS/NFU/NVZ</u> het kwaliteitsdocument valt om te beoordelen of het kwaliteitsdocument <u>haalbaar</u> is:</i> ○ <i>Categorie 1: geen impact</i> ○ <i>Categorie 2: twijfel</i> ○ <i>Categorie 3: grote impact; dan is eventueel een Business Impact Analyse nodig.</i> <i>Bovenstaande vier criteria zijn nodig om te zorgen dat medisch specialistische zorginstellingen het kwaliteitsdocument kunnen implementeren in de</i>	
--	--	--	--

		<i>praktijk, <u>zodra het kwaliteitsdocument definitief is (WKKGZ) en IGJ daar toezicht op houdt.</u></i> <i>De NVZ wordt graag betrokken bij het vervolg. Heeft u vragen zijn over bovenstaande criteria? Neem dan contact op met de NVZ via E: Kennisdocumenten@nvz-ziekenhuizen.nl</i>	
IGJ		Aanbevelingen graag beoordelen op duurzaamheid. Check aanbevelingen of deze voortkomen uit de tekst. Check tekst of daar ‘verborgen’ aanbevelingen in staan (die niet terugkomen in het kopje ‘aanbevelingen’). Eenduidige terminologie (bv. Expertisecentrum, expertcentra, centrum met expertise). Wat wordt verstaan onder expertise centrum? Waar moet expertise centrum aan voldoen? Evenzo MDO. Welke disciplines nemen deel?	De werkgroep heeft nagedacht over duurzaamheid als eindpunt, en is van mening dat de aanbevelingen voldoen vanuit het oogpunt van duurzaamheid. Er is geen sprake van “verborgen” aanbevelingen. In huidige modules is n.a.v. deze opmerking alles eenduidig expertisecentrum genoemd. Het gaat hier om een modulaire update. In de richtlijn darmkanker zijn eerder modules over organisatie van zorg opgeleverd, waarin ook verwezen wordt naar SONCOS normen.
NIV		De NIV ziet graag dat daar waar sprake is van "rekening houden met leeftijd en comorbiditeit" het begrip kwetsbaarheid i.p.v. leeftijd benoemd wordt.	In de tekst staat reeds kwetsbaarheid (p55, r47).