



## Regionale Netwerkstandaard Colorectaal Carcinoom (CRC) EMBRAZE kankernetwerk

Status : versie 5.0  
Datum : 25-03-2025

De Embraze Netwerktumorgroep Colorectaal Carcinoom (NTG CRC) heeft de ambitie om door samenwerking tussen de zorgprofessionals uit de betrokken ziekenhuizen en in samenspraak met de patiënt te komen tot optimale kwaliteit van zorg voor patiënten met colorectaal carcinoom (inclusief de patiënten met metastasen). Afstemming van diagnostiek, besluitvorming en behandeltrajecten en uniformering van beleid binnen EMBRAZE dragen daaraan bij. Dit document bevat de vertaling van deze ambitie naar concrete afspraken.

### Inhoudsopgave

#### 1. Algemeen

- 1.1 Visie op zorg
- 1.2 Monitoring, evaluatie en benchmarking

#### 2. Tumorspecifiek

- 2.1 Netwerktumorgroep en Netwerkstandaard CRC
- 2.2 Zorgtraject
- 2.3 Preventie, screening en verwijzing
- 2.4 Diagnostiek en behandelplan (inclusief MDO)
- 2.5 Behandeling
- 2.6 Palliatieve zorg

#### 3. Overig

- 3.1 Geriatrische screening
- 3.2 Trials binnen EMBRAZE

#### 4. Bijlagen

- 4.1 SONCOS-normeringsrapport
- 4.2 Screeningslijst G8
- 4.3 Afspraken follow-up hepatogene levermetastasen



## 1. Algemeen

### 1.1 Visie op zorg

De Netwerkstandaard CRC bevat afspraken voor regionale kwaliteitsverbetering en samenwerkings- en verwijfsafspraken. De netwerkstandaard is daarmee aanvullend op landelijke medische richtlijnen en kwaliteitseisen, zoals de SONCOS-normen. Tezamen vormen ze een kader voor de kwaliteit van zorg voor patiënten met colorectale maligniteiten in EMBRAZE-centra.

#### Visie op zorg

- Ieder ziekenhuis beschikt over een adequate oncologische infrastructuur, conform o.a. de normen genoemd in het (tumorspecifieke) 'Kwaliteitskader oncologische zorg van IKNL' en de SONCOS-normen, waarbinnen de oncologische zorg is ingebed.
- Diagnostiek van colorectaal carcinomen vindt in alle EMBRAZE-ziekenhuizen plaats. In geval van specifieke vraagstelling/gespecialiseerde zorg, kan diagnostiek in het ontvangend centrum plaatsvinden. Dit gebeurt altijd in overleg tussen verwijzer en ontvangend/behandelend centrum.
- Uitgangspunt bij behandeling is dat deze zoveel mogelijk dichtbij huis wordt aangeboden en alleen waar nodig in een meer gespecialiseerd behandelcentrum, ook dan bij voorkeur in de regio. EMBRAZE wil door netwerkvorming expertise in de regio behouden, om gespecialiseerde zorg dichtbij huis te kunnen blijven leveren. Dit betekent dat patiënten in principe ook binnen het netwerk worden verwezen, tenzij patiënten anders wensen.
- Bij gespecialiseerde zorg vindt verwijzing plaats volgens afspraken die tussen de ziekenhuizen zijn gemaakt.
- Binnen de NTG colorectaal carcinoom zijn de volgende afspraken gemaakt over chirurgische behandelingen:

|            | Niveau A<br>(topklinische zorg)                         | Niveau B (gespecialiseerde<br>oncologische zorg)    | Niveau C<br>(basis oncologische<br>zorg) |
|------------|---|---|--|
| ADRZ       | Nee   | TEM   | Ja                                       |
| Amphia     | TEM na inductie<br>Wait and See benadering<br>rectum-ca | TEM<br>Long- en levermetastase<br>behandeling       | Ja                                       |
| Bravis     | Nee   | TEM<br>longmetastasebehandeling                     | Ja                                       |
| Erasmus MC | HIPEC, exenteraties en recidief<br>(T4 rectum), IORT    | Long- en levermetastase<br>behandeling              | Nee                                      |
| ETZ        | TEM na inductie<br>Wait and See benadering<br>rectum-ca | TEM<br>longmetastase behandeling                    | Ja                                       |
| JBZ        | Wait and See benadering<br>rectum-ca                    | TAMIS/TEM<br>Long- en levermetastase<br>behandeling | Ja                                       |
| Zorgsaam   | Nee   | TEM   | Ja                                       |

- Voor interne oncologie gelden de volgende afspraken: in principe kunnen alle systemische behandelingen in ieder ziekenhuis plaatsvinden. Voor behandelingen in studieverband (of meer



gespecialiseerde behandelingen) worden patiënten bij voorkeur binnen het netwerk verwezen. Deze studies worden in de tumorwerkgroep plenair besproken, zodat alle behandelaars hiervan kennis hebben en gericht kunnen verwijzen.

- Follow-up vindt plaats in het diagnose-ziekenhuis, tenzij anders met de patiënt is afgesproken.

### Samengevat

- Ieder ziekenhuis heeft een zorgpad waarin het lokale zorgproces is omschreven. Deze zorgpaden kunnen per betrokken instelling verschillend zijn, maar dienen aan te sluiten op de afspraken in deze netwerkstandaard.
- Iedere patiënt heeft een individueel zorgplan. Bij verwijzing tussen ziekenhuizen vindt hierover afstemming plaats, zodat uitvoering van het plan voortgezet kan worden.
- In alle ziekenhuizen is de PLCRC-studie geïmplementeerd, gericht op uniforme deelname aan patiënt-ervaringsonderzoek (PROMS). De individuele resultaten worden besproken met de patiënt en de geaggregeerde resultaten worden jaarlijks regionaal besproken.
- Alle ziekenhuizen kunnen participeren in fase III studies, een aantal ziekenhuizen in fase II studies en alleen het Erasmus MC participeert in fase I studies. Zie bovenstaande tabel.

|            | Fase I studies | Fase II studies | Chemoradiatie<br>rectum<br>capecitabine | Fase III en<br>standaard CT |
|------------|----------------|-----------------|---|-----------------------------|
| ADRZ       |                |                 | Ja                                      | Ja                          |
| Amphia     |                | Ja              | Ja                                      | Ja                          |
| Bravis     |                |                 | Ja                                      | Ja                          |
| Erasmus MC | Ja             | Ja              | Ja                                      | Ja                          |
| ETZ        |                | Ja              | Ja                                      | Ja                          |
| JBZ        |                | Ja              | Ja                                      | Ja                          |
| Zorgsaam   |                |                 | Ja                                      | Ja                          |

### **1.2 Monitoring, evaluatie en benchmarking**

- Ieder ziekenhuis neemt deel aan de landelijke registraties (NKR, DCRA).
- Binnen EMBRAZE worden jaarlijkse regionale outcomebesprekingen georganiseerd. Via NKR online is realtime inzage in data betreffende eigen patiënten met colorectaal carcinoom mogelijk.
- Het doel van deze activiteiten (benchmarkbijeenkomsten, NKR-online) is om tot identificatie van best practices en daarmee tot regionale kwaliteitsverbetering te komen en de ongewenste



behandelvariatie tussen ziekenhuizen te verminderen. Per jaar worden hier actiepunten uit geformuleerd.

- Per jaar wordt gekeken welke items in de benchmarkbijeenkomst besproken worden.

## 2. Tumorspecifiek

### 2.1 Netwerktumorgroep en Netwerkstandaard

De Netwerktumorgroep CRC bestaat uit vertegenwoordigers van participanten in het EMBRAZE-kankernetwerk.

Richtinggevend voor de inhoud van de netwerkstandaard zijn o.a.:

- De 'Zorgstandaard Kanker' (juli 2014), waarin door zorgprofessionals en patiënten de gewenste inhoud en organisatie van zorg is beschreven;
- Het 'Koersboek Oncologische Netwerkvorming' waarin door belanghebbende gremia 21 criteria zijn opgesteld die leidend zijn bij de regionale netwerkvorming;
- De landelijke Richtlijn Colorectaal Carcinoom, beschikbaar via [https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/colorectaal\\_carcinoom\\_crc/startpagina\\_-\\_crc.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/colorectaal_carcinoom_crc/startpagina_-_crc.html).

De netwerkstandaard bevat afspraken die betrekking hebben op:

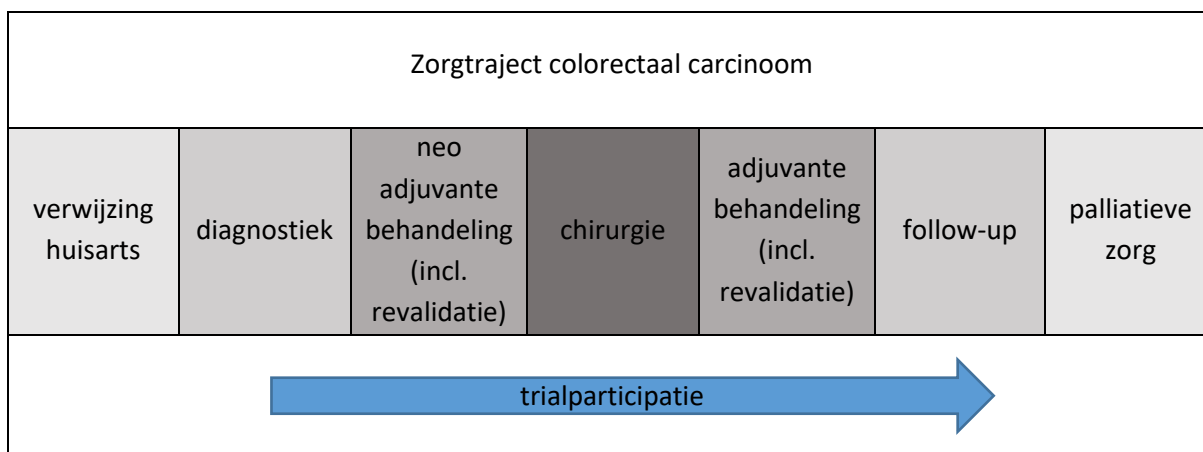
- standaardisatie op inhoud (o.a. in verslaglegging, uitvoering van diagnostiek en behandeling, en nazorgfollow-up);
- organisatie en continuïteit van zorg over de gehele keten (casemanagement, MDO's, verwijzing inclusief maximaal toegestane wachttijden, overdracht van gegevens, communicatie tussen instellingen, hoofdbehandelaarschap etc.);
- patiëntenparticipatie (zelfmanagement, gedeelde besluitvorming);
- transparantie van zorg (benchmarking / outcomebespreking);
- samenwerking met de eerstelijnszorg (nazorg, palliatieve zorg);
- stimuleren van (gezamenlijke) deelname aan wetenschappelijke studies.

De informatie in deze Netwerkstandaard Colorectaal Carcinoom is met de grootst mogelijke zorgvuldigheid samengesteld. Het document wordt minimaal jaarlijks besproken en waar nodig of mogelijk geactualiseerd.

Toepassing van de standaard in de praktijk is de verantwoordelijkheid van de behandelend specialist. Er kunnen zich feiten of omstandigheden voordoen, waarin beargumenteerd wordt afgeweken van de standaard.

### 2.2 Zorgtraject

De belangrijkste fasen en overdrachtsmomenten in het zorgtraject colorectaal carcinoom kunnen als volgt worden gevisualiseerd:



Tabel 1: Visualisatie zorgtraject colorectaalcarcinoom

## 2.3 Preventie, screening en verwijzing

### 2.4.1 Screening en verwijzing

Verwijzing vanuit het bevolkingsonderzoek darmkanker is lokaal geregeld en vereist regionaal geen nadere afstemming. Bij verdenking op een colorectaal carcinoom kunnen patiënten in de regio altijd binnen maximaal 1 week terecht in het dichtstbijzijnde ziekenhuis voor primaire diagnostiek (conform SONCOS-norm).

### 2.4.2 Verslaglegging naar de huisarts

De huisarts wordt na afronding van de diagnostiek en voorstel behandelplan, de primaire behandeling en iedere vervolgbehandeling op de hoogte gebracht. Verslaglegging naar de huisarts vindt plaats binnen 2 werkdagen na het MDO en binnen 2 weken na afronding van een behandeling/opname (mits het voorlopig verslag binnen 24 uur bij de huisarts is).

## 2.4 Diagnostiek en behandelplan (inclusief multidisciplinair overleg)

Diagnostiek vindt plaats conform de landelijke richtlijn Colorectaal Carcinoom. De actuele versie van de richtlijn staat in de richtlijndatabase van FMS, [https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/colorectaal\\_carcinoom\\_crc/startpagina\\_-\\_crc.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/colorectaal_carcinoom_crc/startpagina_-_crc.html).

Voor patiënten met colorectale levermetastasen is een apart protocol ontwikkeld voor diagnostiek, behandeling en follow up. Verslaglegging MRI van het rectumcarcinoom is gestandaardiseerd en vindt uniform plaats.

Voor een aantal patiëntengroepen is er de mogelijkheid om voor advies door te verwijzen naar het Erasmus MC: [ucrc@erasmusmc.nl](mailto:ucrc@erasmusmc.nl). Het Erasmus MC bespreekt deze patiënten in het eigen MDO en geeft de hoofdbehandelaar een advies / voorstel voor een behandelplan. Het betreft de volgende patiëntengroepen:

- locally advanced crc;
- recidief crc;
- stadium IV crc.



Klinisch Noodzakelijk Targets (KNT)-lijsten zijn van toepassing voor patiënten die in aanmerking komen voor behandeling en ook behandeld willen worden. Wanneer de behandelaar een indicatie stelt voor therapie waarvoor moleculaire diagnostiek verricht moet worden, dient een route hiervoor te zijn ingeregeld conform de 'Kwaliteitsstandaard Organisatie van moleculaire pathologie diagnostiek in de oncologie'.

<https://www.nvmo.org/wp-content/uploads/2023/12/KNT-lijst-CRC-v2-2023-12-05.pdf>

## **2.5 Behandeling**

Voor specifieke patiëntengroepen worden patiënten verwezen naar centra die de gewenste, specifieke diagnostiek en behandelingen kunnen uitvoeren. Concreet is afgesproken dat TEM na inductie plaatsvindt in ETZ en Amphia (zie 1.1).

### *2.6.1 Doorlooptijden*

Ieder individueel ziekenhuis houdt zich aan de vigerende SONCOS-normen.

### *2.6.2 Informatievoorziening en voorlichting*

Informatievoorziening wordt per ziekenhuis zelf verzorgd met aandacht voor de in dit document afgesproken onderdelen. De informatie is afgestemd op de situatie per patiënt. Hij/zij krijgt de informatie specifiek toegespitst op zijn/haar situatie en ook afgestemd op de behandelopties.

### *2.6.3 Hoofdbehandelaarschap*

Het hoofdbehandelaarschap bij regionale verwijzing gaat over naar het ontvangend ziekenhuis gedurende de behandelduur in het ontvangend centrum. Indien de nazorg in het verwijzend centrum plaatsvindt gaat op dat moment het hoofdbehandelaarschap terug naar het verwijzend centrum.

### *2.6.4 Casemanagers*

Casemanagers zijn de spil binnen en tussen de ziekenhuizen. Binnen EMBRAZE zijn in elk ziekenhuis casemanagers betrokken bij patiëntenstromen tussen de ziekenhuizen.

## **2.6 Palliatieve zorg**

Palliatieve zorg is bij uitstek zorg die vanuit het lokale ziekenhuis in samenspraak met de eerstelijns is georganiseerd. Binnen EMBRAZE is daarom aangegeven dat dit geen regionaal aandachtspunt is vanuit de NTG CRC, maar uniform vanuit het consortium palliatieve zorg opgepakt zal worden.

## **3. Overig**

### **3.1 Geriatrische screening**

Helaas is er nog onvoldoende wetenschappelijke onderbouwing voor implementatie van standaard screening. Voor de oudere patiënten met colorectaal carcinoom is binnen EMBRAZE afgesproken dat alle ziekenhuizen de patiënten boven 70 jaar die voor een hoogrisico-interventie in aanmerking komen (liefst pre-MDO, i.i.g. pre-behandeling) de G8 afnemen (zie bijlage 2). Afkappunt voor de G8 is 14 (is signaal voor risico op geriatrische problematiek).



### **3.2 Trials binnen EMBRAZE**

Centra informeren elkaar actief tijdens de periodieke overleggen van de Netwerktumorgroep over de lopende studies, zodat patiënten onderling verwezen kunnen worden. Tevens is een overzicht van binnen EMBRAZE lopende studies beschikbaar, dat tijdens het MDO gebruikt kan worden. De ambitie is om de inclusie in studies te vergroten, waarbij de gedachte uitgaat naar de inzet van een regionaal coördinator /researchverpleegkundige.



## **Bijlage 1: SONCOS-normeringsrapport**

[SONCOS normeringsrapport versie 12 - 2024.pdf](#)



## Bijlage 2: Screeningslijst G8

|          | Items   | Mogelijke antwoorden   | Score |
|----------|---|--|-------|
| <b>A</b> | Bent u afgelopen 3 maanden minder gaan eten als gevolg van verminderde eetlust, spijsverteringsproblemen, problemen bij kauwen en/of slikken? | 0 = sterk verminderde voedselinname<br>1 = matig verminderde voedselinname<br>2 = geen verandering in voedselinname                              | ..... |
| <b>B</b> | Gewichtsafname gedurende de 3 afgelopen maanden   | 0 = gewichtsafname groter dan 3 kg.<br>1 = weet niet<br>2 = gewichtsafname tussen 1 en 3 kg.<br>3 = geen gewichtsafname                          | ..... |
| <b>C</b> | Mobiliteit  | 0 = aan bed of stoel gebonden<br>1 = in staat zelfstandig uit bed/stoel te komen, maar gaat niet naar buiten<br>2 = gaat zelfstandig naar buiten | ..... |
| <b>E</b> | Neuropsychologische problemen   | 0 = ernstig dement of depressief<br>1 = licht dement of depressief<br>2 = geen psychologische problemen  | ..... |
| <b>F</b> | BMI: (gewicht in kg) / (lengte in m <sup>2</sup> )  | 0 = BMI <19<br>1 = 19 ≤ BMI < 21<br>2 = 21 ≤ BMI < 23<br>3 = BMI ≥ 23  | ..... |
| <b>H</b> | Neemt de patiënt meer dan 3 geneesmiddelen?   | 0 = ja<br>1 = neen   | ..... |
| <b>P</b> | Vindt de patiënt dat hij gezonder is, of minder gezond, dan de meeste mensen van zijn leeftijd?   | 0,0 = minder gezond<br>0,5 = weet niet<br>1,0 = even gezond<br>2,0 = gezonder  | ..... |
|          | Leeftijd  | 0 = > 85<br>1 = 80 - 85<br>2 = < 80  | ..... |
|          | <b>Totaalscore (0-17)</b>   |  | ..... |

Afkappunt: 14



### Bijlage 3: Afspraken follow-up Hepatogene levermetastasen

Doel van adequate/frequente follow-up dient te zijn, dat een optimale behandelingsstrategie aangeboden wordt en patiënten niet tussen eerste en derde lijn verdwijnen. Een deel van de patiënten zal in aanmerking komen voor reresectie, welke een veilige procedure is met goede lange termijn resultaten, bijna zo goed als resectie van alleen de initiële metastase(n). Dit wordt ook bevestigd door een uitgebreide review waarin het doel van follow-up wordt beschreven.

Er is echter geen evidence voor de wijze waarop en de frequentie waarmee follow-up het beste kan geschieden. Op basis van resultaten van studies waarin follow-up programma's worden beschreven, wordt wel een protocol aanbevolen: gedurende eerste twee jaar, 3-maandelijks en daarna 6-maandelijks, middels klinische parameters, CEA-metingen, CT-thorax en CT-abdomen. De werkgroep adviseert dat patiënten die behandeld zijn voor levermetastasen vervolgd dienen te worden.

|  |                     |              |                   |               |                 |
|--|---------------------|--------------|-------------------|---------------|-----------------|
| Gegevens patient   | Casemanager (VS-GE) |              |                   |               |                 |
|  | MDL arts            |              |                   |               |                 |
|  | Chirurg             |              |                   |               |                 |
|  | Internist/oncoloog  |              |                   |               |                 |
|  | Radiotherapeut      |              |                   |               |                 |
| Datum nazorggesprek en start nazorgplan:   |                     |              |                   |               |                 |
| <b>Individuele informatie over uw dikkedarmkanker</b>  |                     |              |                   |               |                 |
| Diagnose:  |                     |              | Datum:            |               |                 |
| Stadium:   | Erfelijkheid        |              | Overige:          |               |                 |
| <b>Overzicht van de gegeven behandelingen voor dikke darmkanker</b>  |                     |              |                   |               |                 |
| <i>Behandeling</i>   | <i>Radiother.</i>   |              | <i>Chemother.</i> |               | <i>Operatie</i> |
| Datum (start en stop)datum   |                     |              |                   |               |                 |
| Specifieke behandeling   |                     |              |                   |               |                 |
| <b>Controle schema na hepatectomie bij colorectaal carcinoom</b><br>Controles vinden plaats tot 5 jaar na operatie.  |                     |              |                   |               |                 |
| 1 <sup>e</sup> en 2 <sup>e</sup> jaar elke 3 maanden CEA-controle ieder half jaar CT-thorax/abdomen<br>Jaar 3, 4 en 5 iedere 6 maanden CEA jaarlijks CT thorax/abdomen |                     |              |                   |               |                 |
| <b>Controles</b>   | <b>3</b>            | <b>6</b>     | <b>9</b>          | <b>12</b>     |                 |
| Zorgverlener   |                     |              |                   |               |                 |
| Soort afspraak   |                     |              |                   |               |                 |
|  | <i>Datum:</i>       | <i>Datum</i> | <i>Datum:</i>     | <i>Datum:</i> |                 |
| 1 <sup>e</sup> jaar  |                     |              |                   |               |                 |
| 2 <sup>e</sup> jaar  |                     |              |                   |               |                 |
| 3 <sup>e</sup> jaar  |                     |              |                   |               |                 |
| 4 <sup>e</sup> jaar  |                     |              |                   |               |                 |
| 5 <sup>e</sup> jaar  |                     |              |                   |               |                 |

