

NABON-Nota

Handboek organisatie mammazorg

Uitgegeven onder verantwoordelijkheid van het
Nationaal Borstkanker Overleg Nederland

Update april 2008



Nationaal Borstkanker
Overleg Nederland (NABON)
p/a IKA
Postbus 9236
1006 AE AMSTERDAM
e-mail: NABON@VIKC.nl

Inleiding / Aanleiding

In 1999 is de NABON-Nota "De organisatie van diagnostiek en behandeling van mammapathologie in Nederland" uitgegeven, onder verantwoordelijkheid van het Nationaal Borstkanker Overleg Nederland. Deze nota beschrijft hoe de organisatie van de diagnostiek, behandeling, begeleiding en follow-up op geïntegreerde / multidisciplinaire wijze vorm gegeven dient te worden. De nota is goed ontvangen en vormt inmiddels de leidraad voor de organisatie van de mammazorg in alle klinieken in Nederland.

- De EUSOMA (European Society of Mastology) heeft in 2000 de "Requirements of a specialist Breast Unit" uitgebracht. De revisie vond plaats in 2006.
- In 2000 is de landelijke richtlijn voor Screening en Diagnostiek van het mammacarcinoom uitgebracht. Deze werd gereviseerd in 2007.
- In 2002 is de landelijke richtlijn voor behandeling van het mammacarcinoom uitgegeven. De richtlijn wordt jaarlijks gereviseerd in het kader van de zgn. levende richtlijn. De laatste update vond plaats in 2006.
- In 2008 worden beide richtlijnen geïntegreerd. In deze richtlijnen is de organisatie van de mammazorg summier beschreven. In de praktijk wordt dan toch vaak weer de NABON-Nota uit 1999 geraadpleegd.
- In 2006 zijn, in het kader van het project "Kwaliteit van zorg rond mammacarcinoom in de etalage", de kwaliteitsindicatoren voor de heelkundige DBC ontwikkeld. Dit project is uitgevoerd door het CBO, in samenwerking met de Orde van Medisch Specialisten (wetenschappelijke verenigingen).

Deze update van de NABON-Nota beschrijft de wijze waarop de diagnostiek, behandeling, begeleiding en follow-up van mammapathologie idealiter georganiseerd dient te worden, met inachtneming van de landelijke richtlijnen voor diagnostiek, behandeling, follow-up en begeleiding, de Europese criteria van de EUSOMA, de kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief van de BVN en de kwaliteitsindicatoren van de heelkundige DBC.

Mammateam

De diagnostiek, behandeling, begeleiding en follow-up van patiënten met een mammacarcinoom dienen plaats te vinden door een team van professionals met specifieke expertise in de mammapathologie: **het mammateam** (zie 'Guidelines on the standards for the training of specialised health professionals dealing with breast cancer').

Werkwijze mammateam

Doelstellingen	Toetsingscriteria
Patiënten worden gezien door specialisten op het gebied van de mamma.	De leden van het mammateam hebben specifieke belangstelling voor en aantoonbare expertise in de mammapathologie. De leden van het mammateam zijn door hun discipline (maatschap) gemandateerd voor de mammazorg.
<p>Dit mammateam bestaat <u>minimaal</u> uit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Twee chirurgen met specifieke expertise in de mammapathologie. - Twee radiologen met expertise in alle facetten van de beeldvormende diagnostiek van de mamma. - Een patholoog met specifieke expertise in de mammapathologie. - Een radiotherapeut met specifieke expertise in de mammapathologie. - Een internist-oncoloog met specifieke expertise in de mammapathologie. - Een mammacareverpleegkundige of nurse practitioner of verpleegkundig specialist die de opleiding 'oncologieverpleegkundige' of 'mammacareverpleegkundige' met succes heeft afgerond óf meer dan 0.5 fte werkzaam is op de polikliniek met eigen spreekuur óf een verpleegkundige met minstens 5 jaar ervaring in de mammazorg. 	< 50% van de leden van de maatschap heelkunde houdt zich bezig met de chirurgische behandeling van het mammacarcinoom met een minimum van twee. *

* DBC indicator en IGZ prestatie-indicator 2007

Voorts kent het mammateam belangrijke consulenten, zoals de psycholoog, de fysiotherapeut, de plastisch chirurg, de klinisch geneticus, de diëtist en een expert op het gebied van de palliatieve zorg. Het mammateam is als zodanig "herkenbaar" in het ziekenhuis. Voor het goed functioneren van het mammateam is secretariële ondersteuning onontbeerlijk.

Het minimale aantal patiënten dat jaarlijks door het mammateam gediagnosticeerd en behandeld dient te worden is niet wetenschappelijk onderbouwd. Wel is duidelijk dat er een grens is, waaronder het functioneren van een mammateam in al zijn facetten (multidisciplinair spreekuur, multidisciplinair overleg, financiën) praktisch niet mogelijk is. De EU-directive geeft hiervoor als richtlijn minimaal 150 nieuwe mammacarcinoompatiënten per jaar.

In de organisatie van de werkwijze van een mammateam is een onderscheid te maken tussen het diagnostisch traject van mammapathologie en het behandeling- en follow-up traject van het vastgestelde mammacarcinoom.

Het diagnostisch traject van mammapathologie

De diagnostiek van mammapathologie dient plaats te vinden op een (multidisciplinaire) mammapolikliniek, die dusdanig georganiseerd is, dat alle diagnostische onderzoeken (palpatie door de chirurg en/of nurse practitioner, beeldvormend onderzoek (mammografie, echografie) en cytologie of dikke naald biopsie op één dag worden uitgevoerd. Indien geïndiceerd worden dezelfde dag afspraken gepland voor additionele diagnostiek zoals MRI. In principe verwijst de huisarts vrouwen met verdachte mammapathologie volgens de NHG criteria (ook de door de BOB verwezen vrouwen) naar de chirurg van het mammateam waar vrouwen met “verdachte” mammapathologie binnen 5 dagen terecht kunnen. Wanneer directe verwijzingen door de huisartsen naar de afdeling radiologie voor mammografie tot de mogelijkheden behoort, dient op de mammapolikliniek voldoende ruimte te zijn voor vrouwen, bij wie onverhoopt toch een verdenking op basis van beeldvormend onderzoek gevonden wordt. Ook zij krijgen op korte termijn een afspraak bij het mammateam.

Werkwijze mammapolikliniek

Doelstellingen	Toetsingscriteria
Mammapathologie dient multidisciplinair te worden geëvalueerd.	Mammateams hebben voor nieuwe patiënten een multidisciplinair ‘Mammaspreekuur’. In dit spreekuur is een vlotte afhandeling van de noodzakelijke diagnostiek mogelijk. Hiervoor zijn zogenaamde “slots” op de afdeling radiologie georganiseerd.
Verwezen patiënten moeten snel gezien worden.	>90% van de verwezen vrouwen dient binnen 5 werkdagen gezien te worden.
Het aantal polikliniekbezoeken voor diagnostiek tot een minimum beperken.	Bij verdenking op een maligniteit bij beeldvormend onderzoek wordt de oksel in één zitting echografisch en bij verdenking cytologisch onderzocht. Indien een MRI is geïndiceerd, dient bij ten minste 90% van de vrouwen de MRI binnen 10 werkdagen uitgevoerd te worden. Voor <10% van alle nieuwe mammapatiënten mag meer dan tweemaal een bezoek voor primaire diagnostiek voor de definitieve diagnose nodig zijn.
Ervoor zorgen dat patiënten, die voor diagnostiek komen, ook gezien worden door een gespecialiseerd mammachirurg of nurse practitioner.	Patiënten die komen voor diagnostiek behoren bij ten minste één gelegenheid gezien te worden door een gespecialiseerde mammachirurg of nurse practitioner. Patiënten met de diagnose mammacarcinoom dienen door een mammachirurg te worden gezien.
Het verkrijgen van een adequaat cytologisch punctaat van de mamma.	Niet meer dan 20% van de cytologische puncties mag als inadequaar worden beoordeeld.

Werkwijze mammapolikliniek (vervolg)

Doelstellingen	Toetsingscriteria
Het verkrijgen van een preoperatieve diagnose door middel van cytologie of histologische naaldbiopsie.	Bij >90% van de patiënten met kanker dient de diagnose met zekerheid gesteld te zijn door cytologie of histologische naaldbiopsie. Indien een stereotactisch biopsie geïndiceerd is, is de wachttijd hiervoor maximaal 5 werkdagen.
Het interval minimaliseren tussen de diagnostische tests en het geven van de uitslagen.	Bij >90% van de patiënten dient de uitslag (benigne of maligne) binnen 5 werkdagen aan patiënt te worden medegedeeld.

Verslaglegging diagnostiek

Doelstellingen	Toetsingscriteria
Het verslag van de radioloog is eenduidig, volledig en tijdig beschikbaar.	>95% van de verslagen is opgesteld conform de richtlijn en beschikbaar voor het MDO.
Het verslag van de patholoog betreffende punctie of biopsie is eenduidig, volledig en tijdig beschikbaar.	>95% van de verslagen is opgesteld conform de richtlijn en beschikbaar voor het MDO.

Het multidisciplinaire overleg voor aanvang van de behandeling

Het mammateam heeft regelmatig een multidisciplinair overleg (MDO), minimaal een maal per week. Tijdens dit overleg worden de diagnostische bevindingen van de chirurg, radioloog en patholoog gezamenlijk besproken. Aanwezig zijn minimaal chirurg, patholoog, radioloog en mammacare-verpleegkundige / nurse practitioner. Dringend gewenst is de aanwezigheid van een radiotherapeut, een internist-oncoloog en een plastisch chirurg bij de bespreking. Doel van dit overleg is:

- Het opstellen van een zo goed mogelijk behandelplan en harmonisatie van de begeleiding van de patiënt in geval er sprake is van een mammacarcinoom.
- Het opstellen van het beleid in geval er onzekerheid is over de diagnose: bepalen of er nog nadere diagnostiek noodzakelijk is of dat met grote zekerheid gezamenlijk vastgesteld kan worden dat het geen maligniteit betreft.

Werkwijze multidisciplinair overleg (MDO)

Doelstellingen	Toetsingscriteria
Het behandelplan van alle patiënten met een primair mammacarcinoom is vastgesteld in een multidisciplinair overleg. *	<ul style="list-style-type: none"> - Er is een wekelijkse of frequentere multidisciplinaire bespreking. - Het besprokene wordt schriftelijk vastgelegd. - >90% van alle patiënten met mammacarcinoom wordt besproken.

* DBC indicator

Het behandeltraject

De behandeling van de primaire tumor dient te geschieden volgens het door het mammateam vastgelegde protocol, gebaseerd op de landelijke richtlijn dan wel volgens het trialprotocol.

Aan de patiënten dient, na het stellen van de diagnose, voldoende tijd, informatie en steun gegeven te worden om een weloverwogen beslissing te kunnen nemen over hun behandeling. Daarbij hoort overleg met de chirurg, radiotherapeut, internist-oncoloog en de mammacareverpleegkundige over de verschillende mogelijkheden.

Wanneer een ablatio mammae wordt geadviseerd, moet er gelegenheid zijn voor patiënten om advies in te winnen over mamma-reconstructie. Indien die mogelijkheid niet binnen het team zelf voorhanden is, moet er een verwijzingslijn zijn naar een plastisch chirurg met expertise betreffende de reconstructieve chirurgie van de mamma. De geboden mogelijkheden en de beslissingen moeten in het patiëntdossier worden opgeschreven.

Werkwijze informatieoverdracht aan patiënten

Doelstellingen	Toetsingscriterium
Patiënten bij wie de diagnose mamma-carcinoom is gesteld, moeten voor aanvang van de behandeling een gesprek hebben met de mammacareverpleegkundige of nurse practitioner. *	<ol style="list-style-type: none">1. Er is een mammacareverpleegkundige / nurse practitioner aangesteld.2. >90% van de patiënten met een mamma-carcinoom heeft voor aanvang van de behandeling een gesprek met een mammacareverpleegkundige / nurse practitioner.3. De mammacareverpleegkundige / nurse practitioner heeft structureel een eigen poliklinisch spreekuur.
Bij advies van een ablatio mammae wordt de patiënt gelegenheid geboden advies in te winnen over mamma-reconstructie.	Het mammateam beschikt over expertise m.b.t. de reconstructieve chirurgie van de mamma en heeft dit zodanig georganiseerd dat indien patiënte directe reconstructie wenst dit binnen redelijke termijn (wachtijd max. 4 weken) en met de noodzakelijke expertise kan worden uitgevoerd.

* DBC indicator

De communicatie met de patiënt

Diagnose en behandelplan

Slechtnieuwsgesprek in twee fases, bij voorkeur in aanwezigheid van een naaste van de patiënt. Bij dit informatieproces zijn in ieder geval de mammachirurg, een mammacareverpleegkundige / nurse practitioner betrokken.

- 1^e gesprek
 - Uitleg over diagnostische bevindingen.
 - Bespreken van verschillende behandelingsmogelijkheden.
- 2^e gesprek
 - Bespreken behandelplan:
 - aard en doel
 - gevolgen
 - alternatieven
 - verwachtingen
 - Nagaan of alle informatie begrepen is.
 - Besluitvorming:
 - Bedenktijd vóór behandelen aanbieden.
 - Waar mogelijk wordt beslissingsondersteuning beschikbaar gesteld.
 - De radiotherapeut ziet in principe de patiënt voor start van de behandeling indien borstsparende therapie wordt overwogen dan wel neo-adjuvante systeemtherapie wordt aangeboden en verder op indicatie.
 - De internist-oncoloog ziet de patiënt indien (neo)-adjuvante systeemtherapie een optie is. Tevens ziet hij/zij de patiënt indien er nog sprake is van kinderwens en (neo)-adjuvante chemotherapie (waarschijnlijk) noodzakelijk is.
 - Eventueel wordt een gesprek met een derde aangeboden (bijv. een andere specialist, plastisch chirurg, huisarts, oncologie- of mammacareverpleegkundige).
 - Een verzoek om een second opinion wordt gehonoreerd.
 - Informed consent.
 - Planning vervolgonderzoeken en/of behandeling bespreken.
- Folders meegeven ter ondersteuning van de mondelinge informatie: bijv. borstkanker (KWF) op maat over radiotherapie en/of systeemtherapie, BorstkankerVereniging Nederland (BVN).
- Huisarts preoperatief berichten.

De organisatie van de primaire behandeling

Het is een goed uitgangspunt om de voorgestelde therapie binnen twee weken te laten plaatsvinden. De wachttijd mag niet langer zijn dan vier weken. Dit geldt zowel voor de chirurgische behandeling als de eventuele (neo)-adjuvante systemische behandeling

Chirurgische procedures

Alle mammaoperaties worden uitgevoerd door chirurgen met ruime expertise en belangstelling voor de mammachirurgie, door assistenten in opleiding met ruime ervaring in de mammachirurgie of, onder supervisie, door assistenten in opleiding.

De mammaoperatie kan zowel met enkele dagen opname als via short stay worden georganiseerd, met in achtneming van de emotionele behoeften, de gezondheidstoestand en de mantelzorg van de betrokken vrouw. Voor een short stay programma dient de transmurale zorg te zijn uitgewerkt in een gestructureerd programma, waarbij de thuiszorg in het mammateam is opgenomen en bij de MDO's aanwezig is.

Werkwijze chirurgie

Doelstellingen	Toetsingscriteria
Het interval tussen de beslissing om chirurgisch in te grijpen en de feitelijke operatie te minimaliseren	>90 % van de patiënten die een therapeutische operatie moet ondergaan, wordt binnen 3 weken na het stellen van de diagnose geopereerd
Nastreven van radicaliteit bij mammasparende operaties	<ol style="list-style-type: none"> 1. Voor de goede beoordeling dient de chirurg de resectie bij voorkeur in één preparaat te voltooien. >90 % van de excisies van maligne tumoren is in één preparaat verricht. 2. Het preparaat dient voor de patholoog herkenbaar gemarkeerd te worden. 3. <20% van de eerste excisie van een invasieve tumor incl. DCIS is irradikaal (= tumor in snijvlak meer dan focaal), bij DCIS alleen is het <30% .*
De SWK-procedure wordt uitgevoerd conform de indicatie uit de landelijke richtlijn.	In minimaal 95% van de SWK-procedures wordt de schildwachtklier gevonden.
Indien de SWK-procedure separaat van de therapeutische mammaoperatie uitgevoerd wordt: interval tussen de SWK-procedure en de therapeutische operatie aan de mamma minimaliseren.	>90% van de patiënten ondergaat binnen 3 weken na de SWK-procedure de therapeutische operatie aan de mamma.
Interval tussen de SWK-procedure en de geïndiceerde okselklierdissectie (OKD) minimaliseren.	>90% van de patiënten bij wie na de SWK-procedure een indicatie is voor OKD ondergaat deze ingreep binnen 3 weken
Een adequate behandeling van ductaal carcinoom in-situ (DCIS) nastreven.	>90 % van de patiënten met een DCIS heeft een complete excisie (eventueel na reëxcisie) ondergaan (zowel na mammasparende therapie als na een ablatio mammae).

* DBC indicator en IGZ prestatie-indicator 2007

Postoperatieve multidisciplinair overleg

Er dient nauw overleg plaats te hebben tussen chirurg, patholoog, radiotherapeut en internist-oncoloog om het behandelplan postoperatief vast te stellen. Dit geschiedt tijdens het postoperatieve multidisciplinaire overleg. Bij het opstellen hiervan dient rekening gehouden te worden met factoren die een voorspellende waarde hebben voor de overleving (o.a. lymfklierstatus, tumorgrootte, tumorgradering en leeftijd) en voor het optreden van een lokaal of regionaal recidief, met de leeftijd en conditie van de patiënt, met sociale omstandigheden en met de voorkeur van de patiënt.

Werkwijze postoperatief MDO

Doelstelling	Toetsingscriterium
Multidisciplinair opstellen van het behandelplan na operatie.	>90% van de patiënten die geopereerd zijn vanwege een mammacarcinoom wordt postoperatief besproken in het multidisciplinaire overleg.*
Zorgen dat alle gegevens noodzakelijk voor de beslissing t.a.v. adjuvante / aanvullende therapie beschikbaar zijn.	Minimaal 90% van de pathologieverslagen is opgesteld conform de richtlijn en beschikbaar voor het MDO.

* DBC indicator

De radiotherapie

Als preoperatief een bestralingsindicatie waarschijnlijk is (zoals bij mammasparende therapie, grotere tumoren en bewezen okselkliermetastasering) heeft de patiënt in principe een preoperatief consult bij de radiotherapeut.

Zowel bij de primaire behandeling als de palliatieve behandeling is het van belang vertraging te voorkomen. Wanneer bij de behandeling van primair mammacarcinoom bestraling is geïndiceerd, zowel in het kader van de mammasparende therapie als na een ablatio mammae, mag de tijdsperiode tussen de chirurgie en de bestraling niet langer zijn dan 4 weken, tenzij de radiotherapie wordt vooraf gegaan door chemotherapie of om klinische redenen zoals bijvoorbeeld bij een wondgenezingsstoornis. De exacte tijdsduur moet bepaald worden op grond van een klinische beoordeling en moet rekening houden met de duur van de wondgenezing.

Voor een goede indicatiestelling en tijdsplanning is het wenselijk dat de radiotherapeut de patiënt in een zo vroeg mogelijk stadium ziet, bij voorkeur tijdens een gecombineerd poliklinisch spreekuur met de chirurg. Patiënten moeten gedurende hun bestraling geregeld worden gezien en beoordeeld door de radiotherapeut.

Werkwijze radiotherapie

Doelstellingen	Toetsingscriteria
<p>Bij een indicatie voor radiotherapie postoperatief het interval tussen de laatste operatieve ingreep en aanvang radiotherapie minimaliseren.</p> <p>Postoperatieve radiotherapie wordt uitgevoerd conform de indicaties uit de landelijke richtlijn.</p>	<p>>90% van de patiënten met een indicatie voor postoperatieve radiotherapie start binnen 4 weken met radiotherapie na de laatste operatieve ingreep of na de chemotherapie afhankelijk van het gekozen beleid.</p> <p>>90% van de patiënten, die borstsparend zijn geopereerd (incl. DCIS), krijgen radiotherapie over de mamma.</p> <p>>90% van de patiënten, die een indicatie hebben voor postoperatieve radiotherapie, krijgen dit.</p>

Systemische therapie

Er moet gewaakt worden voor onnodige vertraging. In gevallen waarin neo-adjuvante chemotherapie geïndiceerd is, mag de tijdsperiode tussen de diagnose en het begin van de systemische therapie zelf niet langer zijn dan 4 weken. Bij deze periode moeten alle wachttijden zijn inbegrepen. Behandeling met (neo-)adjuvante systeemtherapie dient te geschieden door daarvoor gekwalificeerde internist-oncologen en verpleegkundigen in een voor de behandelingen geoutilleerd ziekenhuis.

Werkwijze (neo-)adjuvante systemische therapie

Doelstellingen	Toetsingscriteria
<p>Bij een indicatie voor adjuvante chemotherapie het interval tussen de lokale therapie en aanvang chemotherapie minimaliseren.</p> <p>Bij een indicatie voor neo-adjuvante chemotherapie het interval minimaliseren tussen de diagnose en de start van de behandeling.</p> <p>Optimale uitvoering van neo-adjuvante chemotherapie nastreven.</p>	<p>>90% van de patiënten met een indicatie voor adjuvante chemotherapie start binnen 4 weken na de lokale therapie met deze chemotherapie. De radiotherapie kan voorafgaand of volgend op de chemotherapie gegeven worden. Indien voorafgaand dan dient de chemotherapie binnen 3 weken na de radiotherapie te zijn gestart, mits de acute toxiciteit van de radiotherapie (grotendeels) is verdwenen.</p> <p>>90% van de patiënten dat in aanmerking komt voor neo-adjuvante chemotherapie dient hiermee binnen 4 weken vanaf de diagnose mammacarcinoom te zijn gestart.</p> <p>Bij >90% van de patiënten wordt <u>tijdens</u> de neo-adjuvante chemotherapie de respons beoordeeld op basis van:</p> <ul style="list-style-type: none"> - beeldvormend onderzoek (RECIST criteria), - lichamelijk onderzoek door de behandelend specialist volgens lokale afspraken en - besproken tijdens het multidisciplinaire overleg.

Communicatie met de huisarts

Het mammateam moet ervoor zorgdragen dat de huisarts zodanig geïnformeerd wordt dat hij op de hoogte is van de diagnose, van het behandelplan en van de bijwerkingen van iedere voorgestelde systemische behandeling. Dergelijke communicatie behoort in ieder geval plaats te hebben gevonden bij de eerste postoperatieve polikliniekcontrole en bij iedere wijziging in de behandeling.

Follow-up en resultaten van behandeling

De follow-up na de behandeling van mammacarcinoom is gericht op:

- Een tijdige diagnose van opnieuw behandelbare tumormanifestaties: lokaal of regionaal recidief na mammabesparende behandeling of ablatio mammae en het tweede primaire carcinoom in de contralaterale borst.
- Het stimuleren van deelname aan activiteitenprogramma's ter bevordering van het herstel van de behandeling.
- Psychosociale begeleiding met tijdige onderkenning van ernstige psychische problematiek.
- Het tijdig onderkennen van specifieke klachten van de behandeling zoals vermoeidheidsklachten.
- Tijdige opsporing en behandeling van complicaties van de behandeling.
Specifieke aandacht voor de patiënten die adjuvante hormonale behandeling hebben: vaststellen postmenopauzale status, gevolgen van oestrogeenonttrekking met postmenopauzale klachten en risico's op osteoporose. Osteoporoseprotocol moet voorhanden zijn. Van leden van een mammateam mag worden verondersteld, dat zij geïnformeerd zijn over bijwerkingen op korte en lange termijn (zie tevens EOSOMA-rapport). Met name jonge vrouwen (< 55 jaar) worden derhalve tijdens de adjuvante endocriene therapie bij voorkeur door de internist-oncoloog gecontroleerd.
- Desgewenst cosmetisch herstel door plastisch chirurg.

De patiënt en huisarts moeten op de hoogte zijn van de achtergronden van dit follow-up beleid, zodat in geval van klachten onmiddellijk verwijzing naar het mammateam plaatsvindt.

De communicatie met de patiënt

Follow-up fase

Aan de orde komen:

- Doel, inhoud, frequentie controles en taakverdeling tussen specialisten en huisarts, zowel mondeling als schriftelijk.
- De pro's en contra's van borstzelfonderzoek.
- Prothese.
- In follow-up fase speciale aandacht voor: pijn, vermoeidheid, stemmingsklachten, problemen acceptatie borstoperatie, problemen op gebied relatie en seksualiteit, conditie, werkhervatting.
- Nagaan of psychosociale hulp gewenst en/of nodig is.
- Stimuleren tot fysieke activiteiten
- Het nut van screening op een 2e carcinoom (afhankelijk van leeftijd en risico).
- In geval van familiale belasting genetic counseling aanbieden.
- Huisarts op de hoogte stellen van het (te verwachten) beloop.

De follow-up van de patiënt vindt plaats op de (multidisciplinaire) mammapolikliniek door één der leden van het mammateam waartoe ook de mammacareverpleegkundige / nurse practitioner behoort. Wie de follow-up uitvoert, is afhankelijk van de tumorstatus (postoperatief, tumorvrij, locally advanced, recidief, gemetastaseerd), adjuvante therapie (m.n. endocrien) en het interval sinds behandeling.

Follow-up criteria

Doelstellingen	Toetsingscriteria
Onnodige diagnostiek in de follow-up vermijden.	Patiënten ondergaan geen routine diagnostiek bij afwezigheid van klachten, behalve de routine mammografie en eventueel MRI.
Een vroege en adequate diagnose van lokale recidieven en tweede primaire tumoren nastreven.	Het mammateam (chirurg, radiotherapeut, internist-oncoloog en de mammacareverpleegkundige) is verantwoordelijk voor een goede follow-up. De follow-up van >90% van de patiënten verloopt overeenkomstig de adviezen uit de richtlijn.

Gemetastaseerde ziekte

Patiënten met een verdenking op metastasen moeten binnen een week worden gezien door de arts die de follow-up uitvoert. Patiënten bij wie de metastasen voor de eerste keer worden aangetoond, dienen voor start van de behandeling multidisciplinair besproken te worden tijdens het MDO.

Gemetastaseerde ziekte

Doelstellingen	Toetsingscriteria
Patiënten met verdenking op metastasen moeten snel gezien worden.	> 90% van de patiënten met een verdenking op metastasen dienen binnen 5 werkdagen gezien te worden.

Supportive en terminale zorg

Centra, die de behandeling van mammacarcinoom verzorgen, behoren over voldoende faciliteiten te beschikken om het team, dat de primaire zorg verleent, bij te staan met supportive care maatregelen en met de zorg in de terminale fase.

Nascholing

Alle leden van het mammateam moeten worden verplicht om hun kennis en vaardigheden op peil te houden en daarvoor moet ook tijd en geld beschikbaar zijn. Regelmatige (minimaal eens in de twee jaar) deelname aan een internationaal gerenommeerd mammacarcinoomcongres / internationaal (chirurgisch-) oncologisch congres, waar mammacarcinoom één van de onderwerpen is, is daarvoor nodig. Alle leden van het mammateam dienen lid te zijn van de IKCwerkgroep mammatumoren dan wel het netwerk van mammacareverpleegkundigen / nurse practitioners.

Wetenschappelijk onderzoek

De mammateams worden sterk aangemoedigd om klinisch onderzoek te ondersteunen. Zij worden geacht op zijn minst deel te nemen aan gezamenlijke studies gericht op het verbeteren van de behandeling van het mamma carcinoom. Patiënten die in aanmerking komen voor specifieke studies worden in principe over deze studies geïnformeerd. Er is reden om aan te nemen dat bij patiënten die behandeld worden in centra, die actief betrokken zijn bij onderzoek, betere resultaten worden behaald.

Bevordering wetenschappelijk onderzoek

Doelstellingen	Toetsingscriteria
Deelname van patiënten aan klinische trials aanmoedigen.	>10% van het aantal nieuwe patiënten (NP) wordt in een studie opgenomen (150 NPs betekent derhalve ten minste 15 trialpatiënten).

Standaard voor vastlegging en rapportage van gegevens

Klinieken moeten in staat zijn gegevens te verstrekken over het aantal patiënten dat behandeld is en over de wijze van behandelen. Om de uitkomsten van zorg (de toetsingscriteria) te kunnen evalueren is echter ook een prospectieve registratie noodzakelijk, minimaal vastleggen van de prestatie en zorg (DBC) indicatoren en daarbij de setgegevens die standaard voor de kankerregistratie worden verzameld door de IKC-medewerkers. Men moet immers kunnen rapporteren over de lange termijn resultaten van de behandeling van vrouwen met mamma carcinoom. Deze rapportage omvat informatie over het diagnostisch en behandelingsproces, over lokaal en regionaal recidief, metastasen op afstand en overlijden. De kankerregistratie van de IKC's kan hiervoor goed als uitgangspunt dienen. De registratie van de lange termijnresultaten m.b.t. het recidief dient echter (nog) geregeld te worden.

Inzicht in behandelingsresultaten primaire tumor

Doelstellingen	Toetsingscriteria
Beschikbaarheid van gegevens over resultaten.	Het mammateam is verantwoordelijk voor een adequate verslaglegging en documentatie van alle relevante klinische, behandelings-, en follow-up gegevens van de door het team behandelde patiënten, zodat rapportage van de uitkomsten van de zorg mogelijk is. Er wordt een jaarlijkse rapportage uitgebracht.
De kans op lokaal recidief in sparend behandelde mamma minimaliseren.	<5 % van de patiënten heeft binnen 5 jaar en minder dan 10% heeft binnen 10 jaar een recidief in de mamma.
De kans op recidief na ablatio mammae minimaliseren.	<10% van de patiënten met een primair operabel mammacarcinoom krijgt een lokaal recidief binnen 10 jaar.
Het verminderen van incidentie van regionaal recidief in de oksel.	<2 % van de patiënten die een complete okselklierbehandeling hebben ondergaan krijgen binnen 10 jaar een regionaal recidief in de oksel. <2% van de patiënten met een negatieve schildwachtklier heeft een recidief in de oksel binnen 5 jaar.

Aldus vastgesteld tijdens de vergadering van de NABON dd. 1 april 2008.

Literatuur:

- NABON-Nota: De organisatie van diagnostiek en behandeling van mammapathologie in Nederland. NABON 1999
- Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief (een uitgave van de BorstkankerVereniging Nederland, augustus 2003).
- Blamey R.W., Catalotti L. EUSOMA: the requirements of a specialist breast unit; first revision in European guidelines for quality assurance in breast screening and diagnostic 4th ed, European Communities 2006: 343-54.
- Blamey R.W., Catalotti L. EUSOMA accreditation for breast units. Eur. J. of Cancer 42 (2006); 1331-37.
- Greco M., Marotti L, on behalf of EUSOMA Executive Committee: Background to EUSOMA guidelines and statements. Eur. J. of Cancer 42 (2006): 2200-04.
- "Kwaliteit van zorg rond mammacarcinoom in de etalage", mei 2006. Het kwaliteitsbureau voor de gezondheidszorg CBO en de Orde van Medisch Specialisten.
- De landelijke richtlijnen screening, diagnostiek en behandeling van het mammacarcinoom (2007, 2006).
- Rutgers E.J.Th. for the EUSOMA Concensus group: Quality Control in the locoregional treatment of breast cancer. Eur. J. of Cancer 37 (2001) 447-453.