Bijlagen
Passende follow-up beeldvorming in oncologische richtlijnen

"Inzicht in aanbevelingen voor follow-up beeldvorming in oncologische richtlijnen”

INITIATIEF
Nederlandse Vereniging voor Radiologie (NVvR)

IN SAMENWERKING MET
Amsterdam UMC, afdeling Epidemiology and Data Science (BiTE)
Nederlandse Federatie van Kankerpatiënten organisaties (NFK)
Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVVH)
Nederlandse Internisten Vereniging (NIV)
Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT)
Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie (NVRO)
Stichting Darmkanker
Stichting Melanoom
Longkanker Nederland

MET ONDERSTEUNING VAN
Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten

FINANCIERING
Dit project werd gefinancierd uit de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS).

Colofon
TUSSENRAPPORT
© 2026

Nederlandse Vereniging voor Radiologie (NVvR)
p/a Domus Medica
Mercatorlaan 1200
3528 BL Utrecht
Tel: 088-1102525
Mail: nvvr@radiologen.nl
Website: http://www.radiologen.nl

Alle rechten voorbehouden.
De tekst uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend na voorafgaande toestemming van de uitgever. Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk of per e-mail en uitsluitend bij de uitgever aanvragen. Adres en e-mailadres: zie boven.

Inhoudsopgave

Bijlage 1: Vergaderverslag eerste werkgroepvergadering 4

Bijlage 2: Volumeschattingen 10

Bijlage 3: Extractiesjabloon 11

Bijlage 4: Ingevulde extractieformulieren per module 14

Bijlage 5: Vergaderverslag tweede werkgroepvergadering 77

Bijlage 6: Vergaderverslag van tussentijdse online werkgroepvergadering 86

Bijlage 7: Vergaderverslag derde werkgroepvergadering 89

Bijlage 8: Memo patiëntvertegenwoordigers 95

Bijlage 9: Reacties patiëntvertegenwoordigers op memo 97

Bijlage 10: Literatuur waarden en voorkeuren patienten 115

Bijlage 11: Adviezen 116

Bijlage 12: Voorgestelde Stappenplan voor de *Linked-Evidence* Aanpak in Follow-up richtlijnen 121

Bijlage 13: Geformuleerde acties 127

Bijlage 14: Belangenverklaringen 130

Bijlage 1: Vergaderverslag eerste werkgroepvergadering

Datum: 1 juni 2026
Tijd: 18.00u – 21.00u
Locatie: Vergaderzaal 6, vijfde verdieping, Domus Medica, Utrecht

Aanwezig
Fysiek aanwezig: Jet Quarles van Ufford (NVvR, voorzitter), Thierry Boellaard (NVvR), Bada Yang (BiTE), Fabienne Ropers (Kennisinstituut), José Maas (Kennisinstituut), Jesse Habets (NVvR), Karin Flobbe (NVvR), Monique Maas (NVvR; CRC), Pieter Tanis (NVVH, CRC), Dirk Grünhagen (NVVH, melanoom)
Online: Dirk De Ruysscher (NVRO, long), Derk Jan de Groot (NIV, CRC)
Afgemeld: Astrid van der Veldt (NIV, melanoom), Quido de la Sablonière (NVvR, melanoom), Mariska Leeflang (BiTE), Sjaak Burgers (NVALT, long), Cornelia Schaefer-Prokop (NVvR, long)

1. Opening en Mededelingen

Welkom: De voorzitter opent de vergadering en heet iedereen van harte welkom.
Notulen kick-off: De notulen van de kick-off vergadering worden als vastgesteld beschouwd. Er zijn geen opmerkingen.
Status belangenverklaringen: Op één persoon na heeft iedereen de belangenverklaring volledig beantwoord. Er worden geen issues verwacht bij de belangencommissie.

2. Doel van vandaag

Het hoofddoel van de vergadering is het bespreken van de systematische extracties van drie oncologische richtlijnen (colorectaal carcinoom, melanoom en niet-kleincellig longcarcinoom) om te analyseren hoe aanbevelingen voor follow-up beeldvorming tot stand zijn gekomen. De focus ligt op het identificeren van verschillen en verbeterpunten in de methodiek.
De aanleiding van het project is de toenemende druk op de radiologie wat om scherpere keuzes vraagt bij de inzet van capaciteit. Er moet kritisch gekeken worden naar welke beeldvormende follow-up onderzoeken wel/niet toegevoegde waarde hebben, ook als dit betekent dat sommige onderzoeken minder frequent of niet meer gedaan worden. De wetenschappelijke onderbouwing en het effect van aanbevelingen over follow-up met beeldvorming op patiënt relevante uitkomsten is soms onduidelijk. Dit project biedt inzicht in de onderbouwing van dit soort aanbevelingen voor drie richtlijnmodules.

3. Bespreken Extracties

Methodiek: Fabienne, Bada en José hebben voor elk van de drie richtlijnen een extractietabel gemaakt met vijf hoofdonderdelen: (1) scope van de module (uitgangsvraag, beslissingsprobleem, aanbeveling) (2) onderzoeksvraag en literatuuronderzoek naar effect op patiëntrelevante uitkomstmaten (3) onderzoeksvraag en literatuuronderzoek naar accuraatheid, (4) *linked-evidence* en (5) van evidence naar aanbeveling (evidence to decision). Rechts in de tabel zijn opmerkingen geplaatst zijn zaken die opvielen tijdens de extractie.
Belangrijkste bevindingen en discussiepunten:
Formulering uitgangsvragen: De uitgangsvragen in de verschillende richtlijnen zijn niet uniform geformuleerd. Bij longcarcinoom is de vraag gericht op "hoe snel mogelijk een recidief opsporen" en "meest sensitieve methode", terwijl het eigenlijke doel zou moeten zijn dat patiënten langer en/of beter leven. Er is consensus dat uitgangsvragen herformuleerd moeten worden naar patiënt-relevante uitkomsten (overleving, kwaliteit van leven) in plaats van surrogaat-uitkomsten (vroege detectie).

De uitgangsvraag bij coloncarcinoom laat de deur open naar het mogelijk niet uitvoeren van follow-up, terwijl de andere twee richtlijnen hier minder expliciet over zijn. Bij coloncarcinoom is recent een module gepubliceerd over follow-up na lokale behandeling van levermetastasen waarin expliciet staat: "Overweeg om af te zien van follow-up" bij bepaalde stadia. De mogelijkheid om af te zien van follow-up dient te worden meegenomen in alle richtlijnen.

Vanuit het kennisinstituut zijn voorkeursformuleringen voor uitgangsvragen en zoekvragen geformuleerd. Uitgangsvragen dienen open geformuleerd te worden en het antwoord dient een actie te zijn die beschrijft hoe de zorg dient te worden uitgevoerd. Op basis hiervan is een voorzet besproken voor de opzet van uitgangsvragen voor modules over surveillance strategieën:

Wat is de aanbevolen surveillance strategie (methode/frequentie [x] vs. geen FU of andere methode/frequentie [y]) met als doel de patiënt relevante uitkomst [q] te verbeteren in patiënten met [z] die curatief zijn behandeld.

Vragen als ‘Wat is de meerwaarde van surveillance?’ kunnen worden opgenomen in zoekvraag welke met behulp van literatuuronderzoek kunnen worden uitgewerkt en leiden tot een conclusie die ondersteunt in het beantwoorden van de uitgangsvraag.

Accuraatheid versus sensitiviteit: Er wordt benadrukt dat het moet gaan om de "meest accurate methode" in plaats van "meest sensitieve methode". Accuraatheid omvat zowel sensitiviteit als specificiteit, waardoor ook fout-positieve bevindingen (die leiden tot onrust, kosten en onnodige vervolgonderzoeken) worden meegewogen. Dit is met name belangrijk bij PET-CT follow-up, waar veel vals-positieve signalen voorkomen.

Biochemische markers: Een belangrijk verschil tussen de tumortypen is de beschikbaarheid van biochemische markers. Colorectaal carcinoom heeft CEA als marker, wat de follow-up strategie kan beïnvloeden. Melanoom en longcarcinoom hebben geen betrouwbare biochemische markers, wat hen meer afhankelijk maakt van beeldvorming.

Stadium-specifieke modules: Bij colorectaal carcinoom zijn er submodules voor verschillende stadia, terwijl dit bij longcarcinoom ontbreekt. Dit stadium-specifieke onderscheid is belangrijk omdat de waarde van follow-up kan verschillen per stadium.

Kwaliteit van evidence: Er is discussie over hoe om te gaan met "low grade evidence" in tijden van capaciteitskrapte. Er wordt steeds kritischer gekeken naar aanbevelingen die gebaseerd zijn op lage kwaliteit bewijs. De recente handreiking voor het formuleren van aanbevelingen stimuleert duidelijker taalgebruik ("doe het niet standaard") bij zwak bewijs. Indien wel een sterke aanbeveling voor doen wordt geformuleerd bij zwak bewijs dient hier een goede onderbouwing voor gegeven te worden. Er moet vooraf worden nagedacht welke (kwaliteit van) evidence nodig is om surveillance aan te kunnen bevelen, en er moet worden nagedacht wat te doen in situaties waar bijvoorbeeld geen goede therapie-effectiviteit evidence beschikbaar is.

Op basis van te lage kwaliteit/generaliseerbaarheid moeten studies ook uitgesloten kunnen worden om meegenomen te worden in de redenatie.

Er wordt opgemerkt dat er behoorlijke publicatiebias is. Er wordt besproken dat studies over diagnostische testen soms initieel veel betere accuratessematen beschrijven dan latere studies. Wat betreft studies over FU worden er vaak farmaceut-gesponsorde medicatiestudies gevonden die als doel hebben therapie-effectiviteit te onderzoeken en niet effectiviteit van FU. Op basis van deze studies kan geen conclusie worden getrokken over de effectiviteit van surveillance.

4. Bespreken volumeschattingen
De impact van aanbevelingen in relatie tot de beschikbare capaciteit voor radiologische follow-up is besproken. Dit aspect moet expliciet worden meegenomen in de overwegingen bij het formuleren van aanbevelingen. De volumeschattingen helpen om inzicht te krijgen in de praktische consequenties van verschillende follow-up schema's. De schattingen van niet-kleincellig longcarcinoom en melanoom missen nog. Dirk De Ruysscher geeft aan dat hij deze zal extraheren uit de IKNL-database. Jet zal Astrid hierover opnieuw benaderen.

5. Pauze
Pauze van 19.15u tot 19.30u.

6. Bespreken effectschattingen
Bada Yang heeft een voorbeeld gegeven van hoe effectschattingen kunnen worden gemaakt voor surveillance testen. Er wordt benadrukt dat de effecten van diagnostische testen op patiënt-relevante uitkomsten indirect zijn, wat de inschatting complex maakt. Dit is methodologisch nog ingewikkelder bij herhaalde metingen in de tijd (zoals bij follow-up). Ondanks de complexiteit zijn er wel methoden om schattingen te maken. Vanwege de complexiteit en het aantal aannames die gemaakt moeten worden is de toepasbaarheid van het gepresenteerde model in reguliere richtlijnontwikkeling nog niet realistisch. Wel geeft de presentatie van dit model aan de werkgroepleden inzicht. Modellering zou clusterleden/richtlijnwerkgroepleden kunnen helpen bij het opstellen van aanbevelingen. Besproken wordt dat bekeken kan worden hoe de groep van Veerle hierin een rol kan spelen.
Het kennisinstituut werkt parallel aan een project om de methodologie van diagnostische aanbevelingen te verbeteren.

7. Bespreken opzet voor besluitmethodiek
Er is uitgebreid gediscussieerd over de opzet voor de besluitmethodiek. De volgende aspecten zijn aan de orde gekomen:

- Handvat geven t.a.v. het opstellen van uitgangsvragen
  - De uitgangsvraag moet een open vraag zijn, zonder vooringenomenheid richting wel of geen follow-up
  - Er moet specificatie zijn van stadium, gradering, type recidief, type follow-up, timing en frequentie
  - Het doel (patiëntrelevante uitkomst) dient te zijn opgenomen in de uitgangsvraag
- Handvat geven t.a.v. kiezen van juiste uitkomstmaten
  - Cruciale uitkomstmaten moeten patiënt-relevant zijn (overleving, kwaliteit van leven), niet alleen detectiesnelheid of sensitiviteit
- Handvat geven hoe door te redeneren (mede via project doorontwikkeling diagnostiek)
- Handvat geven t.a.v. besluitmethodiek
  - Ook negatieve aspecten van follow-up dienen belicht te worden (vals positieven en belasting).

- Ook psychosociale uitkomsten en capaciteitsvraagstukken moeten expliciet worden meegenomen.
    - Er dient onderscheid te worden gemaakt in nazorg en follow-up. Follow-up kan ook negatieve psychosociale consequenties hebben.
- Bij ontbreken van kwalitatief sterke evidence moet kritisch worden gekeken of follow-up wel geïndiceerd is, in plaats van standaard wel te adviseren.
    - Er dient vooraf te worden nagedacht op basis van welke criteria follow-up sterk kan worden aanbevolen. Soms kan er geen sterk bewijs worden gevonden, omdat onderzoek kwalitatief niet sterker kan worden opgezet. Wanneer is bewijs met een lage evidence sterk genoeg? Wanneer er geen kwalitatief sterk bewijs wordt gevonden: Wat zijn expliciete redenen om follow-up toch sterk aan te bevelen/wat zijn niet gewenste gevolgen van het niet uitvoeren van follow-up?
        - Dit sluit aan op lopende projecten 'Passend bewijs'. Hierin worden handvatten ontwikkeld omdat voorafgaand aan de uitwerking van de module vast te stellen.
- De formulering van aanbevelingen moet duidelijk en actionable zijn, en volgt de handreiking 'formuleren van aanbevelingen in richtlijnen'

8. Implementatie

Afstemming met patiënten: Er is aandacht voor hoe uitgelegd kan worden aan patiënten dat het niet doen van bepaalde onderzoeken ook verantwoord kan zijn als deze geen toegevoegde waarde hebben. Dit vraagt om zorgvuldige formulering in de richtlijnen en goede communicatie-tools voor de spreekkamer. Er moet met de patiëntvertegenwoordigers besproken worden hoe dit samen met hen bewerkstelligd kan worden.

Dirk Grünhagen geeft aan dat hij onderzoek heeft gedaan bij colorectaal patiënten waaruit blijkt dat niet elke patiënt een follow-up traject wenst. Hierbij dient wel duidelijk onderscheid gemaakt te worden in nazorg en follow-up.

Informeren van de medisch specialist: Er moet rekening worden gehouden met de psychologie van de hulpverlener, want vaak heerst de overtuiging dat eerder opsporen van recidieven altijd winst oplevert.

Aandachtspunten in het clusterwerken:

- Ideeën voor need for update vasthouden en meenemen bij prioritering van modules.
    - Actiepunt: Ideeën voor verbeteringen individuele modules opnemen in eindrapport en verwijzen naar goede voorbeelden?
- Zorgen dat bij volgende updates van FU richtlijnen onze inzichten worden meegenomen (dus dat inzichten landen in de praktijk). Besproken wordt dat het belangrijk is om na afloop van dit project feedback op te halen op ons eindproduct om onze adviezen te kunnen aanscherpen. Het belang van meten van praktijkvariatie wordt besproken, en het daarmee kunnen monitoren van implementatie van richtlijnen (voorbeeld CRC). KWF stelt nu geld beschikbaar om declaratiedata hiervoor te gebruiken.

9. Vervolgplanning

Werkgroepvergadering 2: Juli 2026, 10.00-13.00 uur (inhoudelijke discussie), fysieke bijeenkomst

Patientvertegenwoordigers: Er moet nog bepaald worden of patientvertegenwoordigers aansluiten bij de 2e of 3e werkgroepvergadering. Belangrijk is dat de werkgroep eerst intern tot een aantal hoofdlijnen komt voordat patiënten worden betrokken, om te voorkomen dat er met patiënten erbij nog fundamenteel wordt gediscussieerd. Voorstel is om hen te betrekken bij de 3e werkgroepvergadering en hen voorafgaand aan die vergadering een plan voor te leggen, samen met een samenvatting van gepubliceerde data t.a.v. patiëntenvoorkeuren bij follow-up. We vragen hen om als klankbord te fungeren: feedback te geven op de concept stukken, en helpen mee denken over implementatie van nieuwe richtlijnen die minder FU aanraden.

Werkgroepvergadering 3: 17 september 2026, 13.00-16.00 uur (actions and learnings), fysieke bijeenkomst

Rapportage: Eind september: per mail akkoord op rapport voor commentaarfase
November/december: commentaarvergadering
Medio december: per mail akkoord op rapport voor autorisatiefase

Oplevering: September/oktober 2026 - het project heeft een korte doorlooptijd

Actielijst

Nr.	Actie	Verantwoordelijke	Deadline
1	Laatste belangenverklaring(en) afronden en indienen	Astrid/José	z.s.m.
2.	Verzamelen volumeschattingen	Dirk De Ruysscher t.a.v. niet-kleincellig longcarcinoom Jet via Astrid t.a.v. melanoom.	Voor 2e vergadering
3	Concept actions and learnings voor vraagstelling/scope van de module	José/Fabienne	15 juni 2026
4	Concept actions and learnings voor vaststellen uitkomstmaten	José/Fabienne	15 juni 2026
5	Concept actions en learnings voor verzamelen van evidence/doorredeneren/modelleren	Bada/Fabienne	15 juni 2026
6	Concept actions en learnings voor besluitmethodiek	José/Fabienne	15 juni 2026
7	Samenvatten data patiëntvoorkeuren bij follow-up	Dirk Grunhagen vragen om studies te delen en voorzet te doen	15 juni 2026
8	Implementatieacties afstemmen met verenigingen/Vervolgstap op huidig project	Jet/Thierry	n.t.b.

Sluiting: De voorzitter sluit de vergadering omstreeks 20.50 uur en bedankt iedereen voor de constructieve en inhoudelijke bijdragen. De basis is gelegd voor de vervolgdiscussies in juli.

5

Bijlage 2: Volumeschattingen

Onderstaande volumeschattingen zijn aangeleverd door de werkgroepleden.
Om een volumeschatting te maken kunnen IKNL data gebruikt worden.

Type patiënten	**Schatting FU-patiënten (na curatieve behandeling) per jaar**
Colorectaal carcinoom	8600
Melanoom	800
Niet-kleincellig longcarcinoom	6393

Bijlage 3: Extractiesjabloon

	Item nr.	Item	Uitleg
Algemeen	1	Titel richtlijn	
	2	Titel module	
	3	Publicatiedatum	
	4	Initiatiefnemende vereniging	De vereniging die het initiatief nam voor deze richtlijn
	5	Overige verenigingen	Andere verenigingen betrokken bij deze richtlijn (scheiden met komma's)
	6	Uitgangsvraag	Copy-paste (met aanhalingstekens)
	7	Aanbeveling	Copy-paste
Beslissingsprobleem	8	Wat is het beslissingsprobleem?	Beschrijf als "A versus B versus C versus ..." (vrije tekst)
	9	Hoe was het beslissingsprobleem af te leiden?	Kies uit: •Expliciet geformuleerd •Afgeleid uit de onderzoeksvragen (PICO's) •Afgeleid uit overige informatie •Niet afleidbaar •Anders (leg uit)
	10	Hoeveel alternatieven worden in totaal met elkaar vergeleken?	Vul 1 cijfer in
	11	Hoeveel onderzoeksvragen (PICO's) zijn geformuleerd onder deze aanbeveling?	Vul 1 cijfer in
Onderzoeksvraag 1 (Impact PICO)	12	Onderzoeksvraag 1	Copy-paste of vat samen
	13	Population	Copy-paste of beschrijf indien niet expliciet geformuleerd
	14	Interventions and comparisons	Copy-paste of beschrijf indien niet expliciet geformuleerd
	15	Outcome	Copy-paste of beschrijf indien niet expliciet geformuleerd
	16	Welke studiedesigns kwamen in aanmerking voor inclusie?	Kies 1 of meerdere opties: • Randomized trials of test-treatment strategies • Non-randomized studies of test-treatment strategies • Anders: beschrijf • Niet gerapporteerd
	17	Zijn er nog aanvullende in/exclusiecriteria gerapporteerd, zo ja welke?	Vat samen (aanvullend: anders dan PICO elementen en studiedesign)
Evidence (Impact PICO)	18	Wat voor type evidence was gebruikt voor de aanbeveling?	Kies 1 of meerdere opties: • Randomized trials of test-treatment strategies • Non-randomized studies of test-treatment strategies • Anders: beschrijf • Niet gerapporteerd
	19	Beschrijf eventuele indirectness (mismatch tussen PICO componenten van de geincludeerde evidence en de onderzoeksvraag)	Vat samen (dit is mogelijk af te leiden uit de GRADE indirectness-domein)
	20	Was er een aparte samenvatting + GRADE beoordeling gemaakt voor relevante subgroepen?	Ja/Deels/Nee
	21	Evidence over Outcome 1: Naam uitkomstmaat	Wat is de naam van de uitkomstmaat?
	22	Evidence over Outcome 1: GRADE certainty of evidence	Kies uit High, Moderate, Low, Very low En benoem redenen voor afwaarderen (RoB, indirectness, inconsistentie, imprecisie, publicatiebias)
	23	Evidence over Outcome 1: Summary of Findings (SoF)	Copy-paste of vat samen (vooral geïnteresseerd in effectgroottes)
	24	Evidence over Outcome 2: Naam uitkomstmaat	Wat is de naam van de uitkomstmaat?

	Item nr.	Item	Uitleg
	25	Evidence over Outcome 2: GRADE certainty of evidence	Kies uit High, Moderate, Low, Very low En benoem redenen voor afwaarderen (RoB, indirectness, inconisistentie, imprecisie, publicatiebias)
	26	Evidence over Outcome 2: Summary of Findings (SoF)	Copy-paste of vat samen (vooral geïnteresseerd in effectgroottes)
	27	Evidence over Outcome 3: Naam uitkomstmaat	Wat is de naam van de uitkomstmaat?
	28	Evidence over Outcome 3: GRADE certainty of evidence	Kies uit High, Moderate, Low, Very low En benoem redenen voor afwaarderen (RoB, indirectness, inconsistentie, imprecisie, publicatiebias)
	29	Evidence over Outcome 3: Summary of Findings (SoF)	Copy-paste of vat samen (vooral geïnteresseerd in effectgroottes)
Onderzoeksvraag 2 (Accuratesse PICO)	30	Onderzoeksvraag 2	Copy-paste of vat samen
	31	Population	Copy-paste of beschrijf indien niet expliciet geformuleerd
	32	Target condition	Copy-paste of beschrijf indien niet expliciet geformuleerd
	33	Index and comparator test(s)	Copy-paste of beschrijf indien niet expliciet geformuleerd
	34	Referentiestandaard	Copy-paste of beschrijf indien niet expliciet geformuleerd
	35	Accuracy measures	Welke accuratessematen werden onderzocht?
	36	Welke studiedesigns kwamen in aanmerking voor inclusie?	Kies 1 of meerdere opties: • Comparative accuracy studies • Single-test accuracy (non-comparative) studies • Anders: beschrijf • Niet gerapporteerd
	37	Zijn er nog aanvullende in/exclusiecriteria gerapporteerd, zo ja welke?	Vat samen (aanvullend: anders dan PICO elementen en studiedesign)
Evidence (Accuratesse PICO)	38	Wat voor type evidence was gebruikt voor de aanbeveling?	Kies 1 of meerdere opties: • Comparative accuracy studies • Single-test accuracy (non-comparative) studies • Anders: beschrijf • Niet gerapporteerd
	39	Beschrijf eventuele indirectness (mismatch tussen PICO componenten van de geincludeerde evidence en de onderzoeksvraag)	Vat samen (dit is mogelijk af te leiden uit de GRADE indirectness-domein)
	40	Was er een aparte samenvatting + GRADE beoordeling gemaakt voor relevante subgroepen?	Ja/Deels/Nee
	41	Evidence over Outcome 1: Naam uitkomstmaat	Wat is de naam van de uitkomstmaat?
	42	Evidence over Outcome 1: GRADE certainty of evidence	Kies uit High, Moderate, Low, Very low. En benoem redenen voor afwaarderen (RoB, indirectness, inconsistentie, imprecisie, publicatiebias)
	43	Evidence over Outcome 1: Summary of Findings (SoF)	Copy-paste of vat samen
	44	Evidence over Outcome 2: Naam uitkomstmaat	Wat is de naam van de uitkomstmaat?
	45	Evidence over Outcome 2: GRADE certainty of evidence	Kies uit High, Moderate, Low, Very low. En benoem redenen voor afwaarderen (RoB, indirectness, inconsistentie, imprecisie, publicatiebias)
	46	Evidence over Outcome 2: Summary of Findings (SoF)	Copy-paste of vat samen (vooral geïnteresseerd in effectgroottes)
	47	Evidence over Outcome 3: Naam uitkomstmaat	Wat is de naam van de uitkomstmaat?
	48	Evidence over Outcome 3: GRADE certainty of evidence	Kies uit High, Moderate, Low, Very low. En benoem redenen voor afwaarderen (RoB, indirectness, inconsistentie, imprecisie, publicatiebias)

	Item nr.	Item	Uitleg
	49	Evidence over Outcome 3: Summary of Findings (SoF)	Copy-paste of vat samen (vooral geïnteresseerd in effectgroottes)
Linked-evidence **(Accuratesse → Impact op patientenuitkomsten)**	50	Is de aanbeveling alleen gebaseerd op impact evidence (PICO 1)?	Ja/Nee (Indien Ja -> skip deze sectie)
	51	Is er (aanvullend) gebruik gemaakt van de *linked-evidence*-approach (PICO2)?	Kies 1 van de volgende opties: •Gemodelleerd •Doorberekend •Doorgeredeneerd •Geen van allen
	52	**Recidiefkans:** Wat is de *incidentie (recidiefkans)* in de populatie?	Recidiefkans bepaalt ten dele de netto gezondheidswinst van surveillance. Als recidiefkans überhaupt laag is, dan is de absolute winst waarschijnlijk ook lager. (Copy-paste relevante zin of vat samen. Indien niet gerapporteerd -> "NR")
	53	**Timing recidieven:** *Wanneer komen de recidieven voor* over de follow-up-periode?	Als recidieven vroeg in de follow-upfase voorkomen, kan dit een aanleiding zijn om de frequentie en duur van surveillance hierop aan te passen. (Copy-paste relevante zin of vat samen. Indien niet gerapporteerd -> "NR")
	54	**Effect van behandeling:** Wat is de *effectiviteit van behandeling* van recidieven?	Surveillance heeft alleen zin als de behandeling van recidieven effectief is. De effectiviteit hiervan kan anders zijn van die bij de primaire tumor. Werd (evidence over) effectiviteit meegenomen in de overweging? (Copy-paste relevante zin of vat samen. Indien niet gerapporteerd -> "NR")
	55	**Subgroep verschillen:** Zijn er mogelijke *verschillen in incidentie, timing recidieven, of effectiviteit van de behandeling* tussen subgroepen?	Het is mogelijk dat de populatie bestaat uit subgroepen met een hogere en lagere kans op recidieven. De effectiviteit van surveillance verschilt mogelijk tussen deze subgroepen. (Copy-paste relevante zin of vat samen. Indien niet gerapporteerd -> "NR")
	56	**Zekerheid van evidence:** Wat is de *zekerheid* van de bovengenoemde linked-evidence componenten? Is hier een GRADE beoordeling van bekend?	In de meeste gevallen zal er geen (hoge kwaliteit) *linked-evidence* beschikbaar zijn, en werkgroepleden zullen gebruikmaken van hun eigen klinische expertise. Indien er geen GRADE beoordeling bekend is, maar iets over de kwaliteit van de evidence (bijv. observationele studies), vermeld dit. (Copy-paste relevante zin of vat samen. Indien niet gerapporteerd -> "NR")
	57	Manier waarop de bovenstaande componenten zijn verwerkt in het oordeel over effectiviteit van surveillance op patiëntenuitkomsten (Redenatie)	Hoe zijn de auteurs vanuit de linked-evidence componenten tot een oordeel gekomen? Probeer de logische stappen te beschrijven.
GRADE EtD criteria (overwegingen)	58	Criterium 1: Effectiviteit (gewenst)	Vat overwegingen samen. Indien niet besproken -> "NB"
	59	Criterium 2: Effectiviteit (ongewenst)	Vat overwegingen samen. Indien niet besproken -> "NB"
	60	Criterium 3: Zekerheid over effecten	Vat overwegingen samen. Indien niet besproken -> "NB"
	61	Criterium 4: Waarden en voorkeuren van patiënten	Vat overwegingen samen. Indien niet besproken -> "NB"
	62	Criterium 5: Kostenaspecten	Vat overwegingen samen. Indien niet besproken -> "NB"
	63	Criterium 6: Gelijkheid	Vat overwegingen samen. Indien niet besproken -> "NB"
	64	Criterium 7: Aanvaardbaarheid (ethische aanvaardbaarheid / duurzaamheid)	Vat overwegingen samen. Indien niet besproken -> "NB"
	65	Criterium 8: Haalbaarheid	Vat overwegingen samen. Indien niet besproken -> "NB"
	66	Afweging van alle aspecten	Als de auteurs hebben beschreven hoe de voor/nadelen van de verschillende aspecten (EtD-criteria) tegen elkaar afwegen, beschrijf dit hier. Copy-paste of vat samen. Indien niet besproken -> "NB"

Bijlage 4: Ingevulde extractieformulieren per module

In deze bijlage wordt eerst een samenvattingstabel weergegeven van de extracties. Vervolgens worden de volledige extractietabellen per module weergegeven.

5 Samenvatting van de extracties

Richtlijn	Colorectaal carcinoom	Melanoom	Niet-kleincellig longcarcinoom	Observaties/Conclusies
Module (publicatie-datum)	Follow-up na oncologische resectie CC en RC (1-12-2020)	Follow-up bij locoregionaal gemetastaseerd melanoom (stadium III) (1-11-2024)	Follow-up NSCLC-patiënt na curatieve behandeling (3-6-2020)	
Uitgangs-vraag	"Wat is de meerwaarde van follow-up na in opzet curatieve resectie met of zonder adjuvante chemotherapie van een stadium I-III colon- of rectumcarcinoom, gebruik makend van welke modaliteiten, met welke frequentie en met welke duur? De uitgangsvraag omvat de volgende deelvragen: Leidt CT-scan/Echo/X-thorax controle in combinatie met CEA controle tot een betere overleving vergeleken met alleen CEA controle, en is dit afhankelijk van het stadium? Wat is de meerwaarde van endoscopische surveillance, met welk interval postoperatief dient dit te worden verricht, en met welke vervolgfrequentie? Welke diagnostiek is geïndiceerd bij een CEA stijging in de follow-up, en hoe wordt een CEA stijging gedefinieerd?"	"Wat is de meest optimale follow-up ten aanzien van frequentie, duur en aanvullend onderzoek bij patiënten met een stadium III melanoom?" Deelvragen: 1. Wat is de optimale frequentie en duur van follow-up? 2. Wat is de rol van beeldvorming bij de follow-up? 3. Wat is de plaats van laboratoriumonderzoek (m.n. S-100B) bij de follow-up? 4. Hoe wordt voldaan aan de behoefte voor aandacht voor psychosociale problemen, andere nazorg en kwaliteit van leven tijdens de follow-up? 5. Waar vindt de follow-up plaats?	Wat is de meest sensitieve en meest kosteneffectieve methode voor follow-up na curatieve behandeling (voor detectie van tumorrecidief)?	Uitgangsvragen zouden kunnen worden verduidelijkt: - actiegericht - specifiek - duidelijke scope (incl. optie: geen surveillance) - evt. benoemen uitkomst

Richtlijn	Colorectaal carcinoom	Melanoom	Niet-kleincellig longcarcinoom	Observaties/Conclusies
Aanbeveling	"Geef uitleg aan de patiënt over de verwachtingen ten aanzien van terugkeer van ziekte, op welke wijze controles die gericht zijn op het vaststellen van terugkeer van ziekte zullen worden uitgevoerd, en welke consequenties afwijkende testuitslagen hebben. Er kan afgezien worden van follow-up op basis van gedeelde besluitvorming. Vervolg een in opzet curatief behandelde patiënt met een stadium I-III colon- of rectumcarcinoom met CEA bepalingen om de 3 tot 6 maanden in jaar 1 en 2 en om de 6 tot 12 maanden in jaar 3 tot 5. Maak een CT thorax/abdomen na 12 maanden. Voer een coloscopie uit binnen 3 maanden postoperatief indien het volledige colon niet preoperatief in beeld is gebracht, of anders na 1 jaar. Volg de richtlijn coloscopie surveillance voor endoscopische follow-up nadien. Beschouw het CEA als afwijkend: bij een postoperatieve uitgangswaarde boven de normaalwaarde (> 5 ng/ml), of bij een verdubbeling ten opzichte van de uitgangswaarde, of bij een herhaalde stijging. Overweeg bij een afwijkend CEA een herhaalde meting na minimaal 6 weken. Maak bij een afwijkend CEA een CT thorax/abdomen of een FDG PET-CT-scan."	"Frequentie en duur follow-up van stadium IIIA melanoom, zonder adjuvante systemische therapie: - Controleer patiënten met stadium IIIA melanoom zonder indicatie voor adjuvante systemische therapie (met een metastase in de schildwachtklier ≤1mm) volgens het MELFO- schema: * Eerste 2 jaar iedere 4 maanden met alleen onderzoek van het litteken, de regionale lymfeklieren en de huid * Jaar 3 iedere 6 maanden met alleen onderzoek van het litteken, de regionale lymfeklieren en de huid * Jaar 4 en 5 iedere 12 maanden met alleen onderzoek van het litteken, de regionale lymfeklieren en de huid * Daarna op indicatie Frequentie en duur follow-up van stadium IIIB, IIIC en IIID melanoom, zonder adjuvante systemische therapie - Controleer patiënten met stadium IIIB, IIIC en IIID melanoom met contra-indicatie voor immuuntherapie of die kiezen om geen adjuvante systemische therapie te ondergaan: * Eerste 2 jaar iedere 4 maanden met ceCT thorax-abdomen (verricht aanvullend ceCT-hals bij patiënten met een primair melanoom in het hoofd-hals gebied) * Jaar 3 iedere 6 maanden zonder beeldvorming * Jaar 4 en 5 iedere 12 maanden zonder beeldvorming * Daarna op indicatie Overweeg PET/CT bij hoog risico op recidief, of vermoeden op recidief in de ledematen. Frequentie monitoring van stadium III melanoom, tijdens en na adjuvante systemische therapie: Controleer patiënten met stadium III melanoom tijdens en na systemische adjuvante therapie: * Eerste 2 jaar iedere 4 maanden met ceCT thorax-abdomen* * Jaar 3 iedere 6 maanden zonder beeldvorming	Verricht bij voorkeur een diagnostische CT-scan van de thorax (bij voorkeur met i.v. contrast) tijdens follow-up na een in opzet curatieve behandeling. Verricht een CT-scan met een interval van ≤ 6 maanden gedurende een periode van 2 jaar en daarna jaarlijks gedurende een periode van 3 jaar, indien er gekozen wordt voor follow-up. Verricht alleen een FDG-PET/CT scan op klinische indicatie, zoals bij verdenking op een nieuwe primaire tumor op CT of onduidelijke resultaten op CT (bijvoorbeeld uitgebreide parenchymafwijkingen na bestraling).	

Richtlijn	Colorectaal carcinoom	Melanoom	Niet-kleincellig longcarcinoom	Observaties/Conclusies
		* Jaar 4 en 5 iedere 12 maanden zonder beeldvorming * Daarna op indicatie Nut van follow-up bij stadium IIIB, IIIC en IIID melanoom met contra-indicatie voor immuuntherapie Bespreek het nut van follow-up met patiënten met stadium IIIB, IIIC en IIID melanoom met een contra-indicatie voor immuuntherapie. S-100B bepalingen bij de follow-up van een stadium III melanoom Verricht geen laboratorium onderzoek (S-100B) tijdens de follow-up van patiënten met een stadium III (A-D) melanoom Psychosociale problemen en/of andere nazorg /kwaliteit van leven * Wees bedacht op andere dan lichamelijke klachten en vraag hier actief naar. * Zorg dat de patiënt een duidelijk en vast aanspreekpunt heeft bij vragen. Hier kan een verpleegkundig specialist of physician assistant een rol spelen. * Overweeg het meegeven van schriftelijke informatie (bijvoorbeeld de patiëntfolder vanuit de NVDV). Ook kan naar de patiëntenvereniging (www.stichtingmelanoom.nl) verwezen worden. * Gebruik eventueel de lastmeter om klachten waarvoor ondersteuning gewenst is te signaleren en te monitoren. * Overweeg de verwijsgids kanker te raadplegen voor aanvullende behandelings- en begeleidingsmogelijkheden. Verantwoordelijke follow-up * Stem de follow-up van patiënten met stadium III (A-D) melanoom af tussen de verschillende betrokken		

Richtlijn	Colorectaal carcinoom	Melanoom	Niet-kleincellig longcarcinoom	Observaties/Conclusies
		disciplines. * Tijdens de adjuvante systemische therapie vindt de follow-up plaats bij de medisch oncoloog en de dermatoloog. * Na de adjuvante systemische therapie vindt de follow-up plaats bij de verwijzend chirurg (oncologisch chirurg, * KNO-arts, MKA-chirurg) en de dermatoloog conform de daarover gemaakte lokale afspraken.		
Impact zoekvraag uitgewerkt?	Ja, 1) gematigde vs intensieve follow-up t.a.v. overleving/sterfte, tijd tot detectie recidief en percentage recidieven 2) FDG-PET vs CT thorax abdomen in patiënten met verhoogd CEA	Ja, optimale frequentie en duur van follow-up t.a.v. overleving, recidiefkans, morbiditeit, psychosociale aspecten en kwaliteit van leven	Ja, type FU-methodieken & frequenties vergeleken t.a.v. overall survival	

Gevonden evidence (impact)	1) GRADE low: An intensive follow-up might possibly detect a recurrence earlier It is unsure whether there possibly are differences between the number of overall recurrences when an intensive or less-intensive follow-up is used. It is unsure whether there possibly are differences between the number of local recurrences when an intensive or less-intensive follow-up is used. Intensive follow-up might or might not possibly lead to a small advantage on mortality, compared to less-intensive follow-up GRADE moderate: There is probably no (clinical important) difference in overall survival when an intensive or less-intensive follow-up is used. 2) Geen literatuur	GRADE low: "De melanoom specifieke mortaliteit na 3 jaar follow-up lijkt niet te verschillen tussen het conventionele follow-up schema en het stadium-specifieke, gereduceerde follow-up schema bij patiënten met stadium Ib-IIC melanoom" "De kwaliteit van leven (mentale component) van patiënten lijkt niet te verschillen tussen het conventionele follow-up schema en het stadium-specifieke, gereduceerde follow-up schema bij patiënten met stadium IB-IIC melanoom. De kwaliteit van leven (fysieke component) van patiënten lijkt lager te zijn bij het volgen van het conventionele follow-up schema en hoger bij het stadium-specifieke, gereduceerde follow-up schema bij patiënten met stadium IB-IIC melanoom." "Het aantal patiënten met een recidief na 3 jaar follow-up lijkt niet te verschillen tussen het conventionele follow-up schema en het stadium-specifieke, gereduceerde follow-up schema bij patiënten met stadium IB-IIC melanoom." GRADE very low: "De ziekte gerelateerde stress op patiënten lijkt niet te verschillen tussen het conventionele follow-up schema en het stadium-specifieke gereduceerde follow-up schema bij patiënten met stadium IB-IIC melanoom." "De impact van het event op patiënten lijkt niet te verschillen tussen het conventionele follow-up schema en het stadium-specifieke, gereduceerde follow-up schema bij patiënten met stadium IB-IIC melanoom."	GRADE very low: "It is uncertain whether FDG-PET/CT scan or CT scan for surveillance is associated with an improvement in overall survival in patients with NSCLC after treatment with curative intent."	Welke uitkomstmaten zijn cruciaal voor de besluitvorming? Kunnen moddeling studies een meerwaarde hebben?

Richtlijn	Colorectaal carcinoom	Melanoom	Niet-kleincellig longcarcinoom	Observaties/Conclusies
Accuratesse zoekvraag uitgewerkt?	Nee	Ja, CT vs FDG-PET/CT vs MRI vs echografie, maar niet persé binnen één onderzoekspopulatie	Ja, FDG-PET, CT, X-thorax, maar niet persé binnen één onderzoekspopulatie	Recidieftypen kunnen beter gespecificeerd worden
Gevonden evidence (accuratesse)	n.v.t.	Geen GRADE Geen rapportage van accuratesse maten	GRADE very low: •FDG-PET/CT sensitivity: range 0.73 to 1.0 •CT sensitivity: range 0.67 to 0.93 •CXR sensitivity: 0.21, 95% CI 0.08-0.48 •FDG-PET/CT false positive rate: range 0.11 to 0.38 •CT false positive rate: range 0.26 to 0.28 •CT (part of standard radiology regimen) false positive rate: range 0.09 to 0.13 Geen GRADE voor subgroep vergelijkingen uitgevoerd.	Het concreet rapporteren van sensitiviteitsgetallen helpt bij het inschatten van patiëntrelevante effecten

Richtlijn	Colorectaal carcinoom	Melanoom	Niet-kleincellig longcarcinoom	Observaties/Conclusies
Doorredeneren	Nee, alleen impact evidence gebruikt	Nee, Er worden in het richtlijnmodule geen expliciete conclusies getrokken over de effectiviteit van PET/CT ten opzichte van ceCT op patiëntbelangrijke uitkomstmaten. Echter, wordt gezegd dat er 'minimale verschillen' zijn tussen ceCT en PET/CT, waarschijnlijk op basis van accuratesse-evidence (PICO 2). Hetzelfde geldt voor S-100B test: er wordt in de overwegingen slechts iets gezegd over de beperkte sensitiviteit. Er is geen sprake van een expliciete linked-evidence benadering.	Ja, de onderdelen van de *linked-evidence* (zoals timing van de recidieven, de effect van de behandeling van recidieven) wordt wel genoemd, maar het expliciet combineren van deze gegevens met accuratessedata en vervolgens doorredeneren wordt niet beschreven.	Wat hebben werkgroepleden nodig om deze doorredenatie te kunnen maken?

Rationale	*is er bij een hogere a priori recidiefkans wel een effect van meer invasieve follow-up? *is zelfs weinig-intensieve follow-up zinvol voor een laag risico stadium I? *beeldvorming van het bekken kan worden overwogen bij patiënten met rectumcarcinoom met een hoog risico op lokaal recidief (R1 resectie) om moeilijk behandelbare problematiek in een palliatieve setting te voorkomen * geen argumenten om andere follow-up te hanteren voor rectumcarcinoom dan coloncarcinoom *de werkgroep heeft ervoor gekozen om bepaalde aanbevelingen te formuleren, om zodoende meer eenheid te verkrijgen in de dagelijkse praktijkvoering, zonder dat hiervoor dus specifiek bewijs beschikbaar is. *er zijn geen goede studies beschikbaar die systematisch hebben gekeken wat de beste en meest kosteneffectieve beeldvormende strategie moet zijn bij een afwijkend CEA: eerst CT thorax/abdomen of direct een FDG-PET-CT. De werkgroep heeft daarom besloten niet één van de modaliteiten specifiek aan te bevelen.	Er wordt veelvuldig besproken wat de frequentie van FU was in reeds gepubliceerde studies. Mogelijk hebben de auteurs deze FU schema's aanbevolen in de afwezigheid van goede evidence over effectiviteit. Een expliciete afweging van alle aspecten ontbreekt.	•"CT biedt de beste balans tussen diagnostische accuratesse, beschikbaarheid, patiënten inspanning en financiële last." •"Soms kan FDG-PET/CT scan wel meerwaarde hebben ten opzichte van CT gezien de hogere sensitiviteit, bijvoorbeeld ter beoordeling van parenchymafwijkingen na eerder radiochemotherapie of van mediastinale/hilaire lymfeklieren. Het op indicatie doen van een PET-scan lijkt voldoende" • CT met contrast heeft de voorkeur (i.p.v. zonder contrast) in geval van laesies (evenals lymfadenopathie) met contact met de hilus en het mediastinum, omdat deze volgens de ervaring van de werkgroepleden beter te beoordeling is • T.a.v. timing wordt in de overwegingen nog aangehaald dat op basis van andere richtlijnen (NCCN en SMO) een follow-up om de 6 maanden en daarna jaarlijks wordt aanbevolen.	Redenatie hoe men tot aanbeveling van surveilance komt bij ontbrekende evidence kan worden verduidelijkt Wat is bekend over de stress, emotionele en logistieke last van patiënten? Wanneer zijn consequenties van diagnostiek aanvaardbaar? Hoe zijn de aanbevelingen afgeleid uit de evidence?

Niet kleincellig longcarcinoom: Follow-up NSCLC-patiënt na curatieve behandeling

	Item nr.	Item	Uitleg	Consensus	Notities consensus	Bespreekpunten voor later
Algemeen	1	Titel richtlijn		Niet kleincellig longcarcinoom		
	2	Titel module		Follow-up NSCLC-patiënt na curatieve behandeling	https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/niet_kleincellig_longcarcinoom/follow_up_nsclc-patient_na_curatieve_behandeling.html	
	3	Publicatiedatum		03-06-2020		
	4	Initiatiefnemende vereniging	De vereniging die het initiatief nam voor deze richtlijn	Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT)		
	5	Overige verenigingen	Andere verenigingen betrokken bij deze richtlijn (scheiden met komma's)	Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVVH), Nederlandse Vereniging voor Nucleaire geneeskunde (NVNG), Nederlandse Vereniging voor Pathologie (NVVP), Nederlandse Vereniging voor Radiologie (NVVR), Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie (NVRO), Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie (NVT)		

	Item nr.	Item	Uitleg	Consensus	Notities consensus	Bespreekpunten voor later
	6	Uitgangsvraag	Copy-paste (met aanhaligstekens)	"Wat is de meest sensitieve en meest kosteneffectieve methode voor follow-up na curatieve behandeling (voor detectievan tumorrecidief)?"		{Leidt de uitgangsvraag tot een actiegerichte aanbeveling?} Dit neigt naar een zoekvraag. Advies om deze te herformuleren en een actiegerichte vraag op te stellen waarop het antwoord aangeeft hoe het zorgpad eruit dient te zien. Bijvoorbeeld: Welke follow-up (type follow-up en tijdstip van de follow-up) heeft de voorkeur bij NSCLC-patiënten die curatieve behandeling hebben ondergaan?

	Item nr.	Item	Uitleg	Consensus	Notities consensus	Bespreekpunten voor later
	7	Aanbeveling	Copy-paste	Verricht bij voorkeur een diagnostische CT-scan van de thorax (bij voorkeur met i.v. contrast) tijdens follow-up na een in opzet curatieve behandeling. Verricht een CT-scan met een interval van ≤ 6 maanden gedurende een periode van 2 jaar en daarna jaarlijks gedurende een periode van 3 jaar, indien er gekozen wordt voor follow-up. Verricht alleen een FDG-PET/CT scan op klinische indicatie, zoals bij verdenking op een nieuwe primaire tumor op CT of onduidelijke resultaten op CT (bijvoorbeeld uitgebreide parenchymafwijkingen na bestraling).		
Beslissingsprobleem	8	Wat is het beslissingsprobleem?	Beschrijf als "A versus B versus C versus ..." (vrije tekst)	1. Wat is het optimale follow-up schema? a. Wanneer is een CT-thorax of FDG-PET-CT nuttig? (niet gespecificeerd) b. Met welke frequentie is een CT of FDG-PET-CT nuttig? (niet gespecificeerd) 2. CT-thorax (met/zonder contrast) vs. FDG-PET-CT vs. chest X-ray		Discussiepunt: was 'geen surveillance' bij een (sub)groep van patiënten ook expliciet onderdeel van het beslissingsprobleem?

	Item nr.	Item	Uitleg	Consensus	Notities consensus	Bespreekpunten voor later
	9	Hoe was het beslissingsprobleem af te leiden?	Kies uit: •Expliciet geformuleerd •Afgeleid uit de onderzoeksvragen (PICO's) •Afgeleid uit overige informatie •Niet afleidbaar •Anders (leg uit)	1. afgeleid uit achtergrondinformatie en aanbevelingen 2. afgeleid uit achtergrondinformatie, onderzoeksvraag (PICO) (en rationale t.a.v. contrast)		
	10	Hoeveel alternatieven worden in totaal met elkaar vergeleken?	Vul 1 cijfer in	3		
	11	Hoeveel onderzoeksvragen (PICO's) zijn geformuleerd onder deze aanbeveling?	Vul 1 cijfer in	2		
Onderzoeksvraag 1 (Impact PICO)	12	Onderzoeksvraag 1	Copy-paste of vat samen	"Is a follow up strategy using FDG-PET/CT scan or CT scan (thorax with or without abdomen) alone better in improving overall survival as compared to a follow up strategy using Chest X-ray in NSCLC patients treated with radio(chemo)therapy or resection with curative intent?"		
	13	Population	Copy-paste of beschrijf indien niet expliciet geformuleerd	NSCLC patients treated with radio(chemo)therapy or resection with curative intent		
	14	Interventions and comparisons	Copy-paste of beschrijf indien niet expliciet geformuleerd	Follow-up with CT (thorax with or without abdomen), follow up with FDG-PET/CT, follow-up with X-thorax		Navragen bij werkgroep: is CT -> CT thorax? (antw: CT thorax met eventueel ook buik)
	15	Outcome	Copy-paste of beschrijf indien niet expliciet geformuleerd	Overall survival		

	Item nr.	Item	Uitleg	Consensus	Notities consensus	Bespreekpunten voor later
	16	Welke studiedesigns kwamen in aanmerking voor inclusie?	Kies 1 of meerdere opties: • Randomized trials of test-treatment strategies • Non-randomized studies of test-treatment strategies • Anders: beschrijf • Niet gerapporteerd	Randomized trials of test-treatment strategies; non-randomized studies of test-treatment strategies		
	17	Zijn er nog aanvullende in/exclusiecriteria gerapporteerd, zo ja welke?	Vat samen (aanvullend: anders dan PICO elementen en studiedesign)	NR		
Evidence (Impact PICO)	18	Wat voor type evidence was gebruikt voor de aanbeveling?	Kies 1 of meerdere opties: • Randomized trials of test-treatment strategies • Non-randomized studies of test-treatment strategies • Anders: beschrijf • Niet gerapporteerd	Non-randomized trials of test-treatment strategies		
	19	Beschrijf eventuele indirectness (mismatch tussen PICO componenten van de geïncludeerde evidence en de onderzoeksvraag)	Vat samen (dit is mogelijk af te leiden uit de GRADE indirectness-domein)	Geen		

	Item nr.	Item	Uitleg	Consensus	Notities consensus	Bespreekpunten voor later
	20	Was er een aparte samenvatting + GRADE beoordeling gemaakt voor relevante subgroepen?	Ja/Deels/Nee	Deels (subgroepen wel benoemd maar niet aparte geGRADE) Subgroups: 1) resection for stage I 2) SBRT of surgical resection stage IA tot IIB 3) radiation for stage III		Is het akkoord om de effectschattingen (waarde van de specifieke resultaten) van de subgroepen niet te extraheren als daar geen GRADE beoordeling is gedaan? (als er geen GRADE is, kunnen we niet inschatten wat de betrouwbaarheid/bewijskracht is)
	21	Evidence over Outcome 1: Naam uitkomstmaat	Wat is de naam van de uitkomstmaat?	Overal survival		
	22	Evidence over Outcome 1: GRADE certainty of evidence	Kies uit High, Moderate, Low, Very low En benoem redenen voor afwaarderen (RoB, indirectness, inconisistentie, imprecisie, publicatiebias)	Very low Downgraded for: 1) risk of bias due to use of observational studies, number of levels not specified 2) imprecision as confidence intervals crossed the border of clinical relevance, number of levels not specified		

	Item nr.	Item	Uitleg	Consensus	Notities consensus	Bespreekpunten voor later
	23	Evidence over Outcome 1: Summary of Findings (SoF)	Copy-paste of vat samen (vooral geïnteresseerd in effectgroottes)	"It is uncertain whether FDG-PET/CT scan or CT scan for surveillance is associated with an improvement in overall survival in patients with NSCLC after treatment with curative intent."	Effectgroottes zijn hier niet relevant i.v.m. GRADE very low, maar evt. af te leiden uit resultatensectie. Resultaten voor subgroepen kunnen worden geëxtraheerd uit de module, maar worden niet gegradeerd.	
	24	Evidence over Outcome 2: Naam uitkomstmaat	Wat is de naam van de uitkomstmaat?	NVT		
	25	Evidence over Outcome 2: GRADE certainty of evidence	Kies uit High, Moderate, Low, Very low En benoem redenen voor afwaarderen (RoB, indirectness, inconsistentie, imprecisie, publicatiebias)	NVT		
	26	Evidence over Outcome 2: Summary of Findings (SoF)	Copy-paste of vat samen (vooral geïnteresseerd in effectgroottes)	NVT		
	27	Evidence over Outcome 3: Naam uitkomstmaat	Wat is de naam van de uitkomstmaat?	NVT		
	28	Evidence over Outcome 3: GRADE certainty of evidence	Kies uit High, Moderate, Low, Very low En benoem redenen voor afwaarderen (RoB, indirectness, inconsistentie, imprecisie, publicatiebias)	NVT		
	29	Evidence over Outcome 3: Summary of Findings (SoF)	Copy-paste of vat samen (vooral geïnteresseerd in effectgroottes)	NVT		

	Item nr.	Item	Uitleg	Consensus	Notities consensus	Bespreekpunten voor later
Onderzoeksvraag 2 (Accuratesse PICO)	30	Onderzoeksvraag 2	Copy-paste of vat samen	"Is a follow up strategy using FDG-PET/CT scan or CT scan alone better in detecting tumor recurrence as compared to a follow up strategy using Chest X-ray in NSCLC patients treated with radio(chemo)therapy or resection with curative intent?"		
	31	Population	Copy-paste of beschrijf indien niet expliciet geformuleerd	NSCLC patients treated with radio(chemo)therapy or resection with curative intent		
	32	Target condition	Copy-paste of beschrijf indien niet expliciet geformuleerd	Tumor recurrence		
	33	Index and comparator test(s)	Copy-paste of beschrijf indien niet expliciet geformuleerd	CT, FDG-PET/CT, X-thorax		
	34	Referentiestandaard	Copy-paste of beschrijf indien niet expliciet geformuleerd	NR		
	35	Accuracy measures	Welke accuratessematen werden onderzocht?	Sensitivity, specificity		
	36	Welke studiedesigns kwamen in aanmerking voor inclusie?	Kies 1 of meerdere opties: • Comparative accuracy studies • Single-test accuracy (non-comparative) studies • Anders: beschrijf • Niet gerapporteerd	NR	Wordt benoemd als RCTs en observationele studies, maar aannemelijk dat hier is gezocht naar comparative of single-test accuracy studies	
	37	Zijn er nog aanvullende in/exclusiecriteria gerapporteerd, zo ja welke?	Vat samen (aanvullend: anders dan PICO elementen en studiedesign)	NR		

	Item nr.	Item	Uitleg	Consensus	Notities consensus	Bespreekpunten voor later
Evidence (Accuratesse PICO)	38	Wat voor type evidence was gebruikt voor de aanbeveling?	Kies 1 of meerdere opties: • Comparative accuracy studies • Single-test accuracy (non-comparative) studies • Anders: beschrijf • Niet gerapporteerd	Comparative accuracy studies en single-test accuracy studies		
	39	Beschrijf eventuele indirectness (mismatch tussen PICO componenten van de geïncludeerde evidence en de onderzoeksvraag)	Vat samen (dit is mogelijk af te leiden uit de GRADE indirectness-domein)	Geen		
	40	Was er een aparte samenvatting + GRADE beoordeling gemaakt voor relevante subgroepen?	Ja/Deels/Nee	Deels (subgroepen wel benoemd maar niet aparte geGRADE) Subgroups: 1) patients who underwent surgery a. stage I b. stage I to IV or IIIa or IIIb 2) patients treated with radiotherapy a. stage I b. stage I to IIIB b. T1a to T3 or T4 3) patients treated with SBRT or surgical resection a. stage I to III or IV	The following subgroups were present but not discussed: Different thresholds for determining the presence of recurrences 1) SUVmax, ranging from 2.5 to 4.5 2) 5-point score for the probability of presence of recurrent disease	
	41	Evidence over Outcome 1: Naam uitkomstmaat	Wat is de naam van de uitkomstmaat?	Sensitivity		

	Item nr.	Item	Uitleg	Consensus	Notities consensus	Bespreekpunten voor later
	42	Evidence over Outcome 1: GRADE certainty of evidence	Kies uit High, Moderate, Low, Very low. En benoem redenen voor afwaarderen (RoB, indirectness, inconsistentie, imprecisie, publicatiebias)	FDG-PET: Very low CT: Very low Chest X-ray: Very low Downgrade for: 1) Risk of bias due to adequate reference test and unclear selection of patients with respect to initial tumor stage and treatment, number of levels not specified. 2) Inconsistency, number of levels not specified 3) Imprecision due to wide confidence intervals, number of levels notspecified	Gebruikte referentiestandaarden in de geïncludeerde studies waren: (1) andere test, studieafhankelijk 2) pathologie 3) combinatie van lichamelijk onderzoek en follow-up diagnostische tests	
	43	Evidence over Outcome 1: Summary of Findings (SoF)	Copy-paste of vat samen	•FDG-PET/CT sensitivity: range 0.73 to 1.0 •CT sensitivity: range 0.67 to 0.93 •CXR sensitivity: 0.21, 95% CI 0.08-0.48		
	44	Evidence over Outcome 2: Naam uitkomstmaat	Wat is de naam van de uitkomstmaat?	False positive rate (1-specificity)		
	45	Evidence over Outcome 2: GRADE certainty of evidence	Kies uit High, Moderate, Low, Very low. En benoem redenen voor afwaarderen (RoB, indirectness, inconsistentie, imprecisie, publicatiebias)	FDG-PET: Very low CT: Very low	Resultaten gegradeerd op basis van single-test accuracy.	
	46	Evidence over Outcome 2: Summary of Findings (SoF)	Copy-paste of vat samen (vooral geïnteresseerd in effectgroottes)	•FDG-PET/CT false positive rate: range 0.11 to 0.38 •CT false positive rate: range 0.26 to 0.28 •CT (part of standard radiology regimen) false positive rate: range 0.09 to 0.13		

	Item nr.	Item	Uitleg	Consensus	Notities consensus	Bespreekpunten voor later
	47	Evidence over Outcome 3: Naam uitkomstmaat	Wat is de naam van de uitkomstmaat?	NVT		
	48	Evidence over Outcome 3: GRADE certainty of evidence	Kies uit High, Moderate, Low, Very low. En benoem redenen voor afwaarderen (RoB, indirectness, inconsistentie, imprecisie, publicatiebias)	NVT		
	49	Evidence over Outcome 3: Summary of Findings (SoF)	Copy-paste of vat samen (vooral geïnteresseerd in effectgroottes)	NVT		
Linked evidence (Accuratesse → Impact op patientenuitkomsten)	50	Is de aanbeveling alleen gebaseerd op impact evidence (PICO 1)?	Ja/Nee (Indien Ja -> skip deze sectie)	Nee		
	51	Is er (aanvullend) gebruik gemaakt van de *linked-evidence*-approach (PICO2)?	Kies 1 van de volgende opties: •Gemodelleerd •Doorberekend •Doorgeredeneerd •Geen van allen	Doorgeredeneerd		
	52	**Recidiefkans:** Wat is de *incidentie (recidiefkans)* in de populatie?	Recidiefkans bepaalt ten dele de netto gezondheidswinst van surveillance. Als recidiefkans überhaupt laag is, dan is de absolute winst waarschijnlijk ook lager. (Copy-paste relevante zin of vat samen. Indien niet gerapporteerd -> "NR")	NR		
	53	**Timing recidieven:** *Wanneer komen de recidieven voor* over de follow-up-periode?	Als recidieven vroeg in de follow-upfase voorkomen, kan dit een aanleiding zijn om de frequentie en duur van surveillance hierop aan te passen. (Copy-paste relevante zin of vat samen. Indien niet gerapporteerd -> "NR")	"...de meeste lokale recidieven worden gevonden tijdens de eerste 2 jaar na de behandeling..."		

	Item nr.	Item	Uitleg	Consensus	Notities consensus	Bespreekpunten voor later
	54	**Effect van behandeling:** Wat is de *effectiviteit van behandeling* van recidieven?	Surveillance heeft alleen zin als de behandeling van recidieven effectief is. De effectiviteit hiervan kan anders zijn van die bij de primaire tumor. Werd (evidence over) effectiviteit meegenomen in de overweging? (Copy-paste relevante zin of vat samen. Indien niet gerapporteerd -> "NR")	"Vroege detectie van lokaal recidief of een metachrone primaire tumor kan leiden tot therapie welke resulteert in een langdurige ziektevrije overleving."		
	55	**Subgroep verschillen:** Zijn er mogelijke *verschillen in incidentie, timing recidieven, of effectiviteit van de behandeling* tussen subgroepen?	Het is mogelijk dat de populatie bestaat uit subgroepen met een hogere en lagere kans op recidieven. De effectiviteit van surveillance verschilt mogelijk tussen deze subgroepen. (Copy-paste relevante zin of vat samen. Indien niet gerapporteerd -> "NR")	NR		
	56	**Zekerheid van evidence:** Wat is de *zekerheid* van de bovengenoemde linked-evidence componenten? Is hier een GRADE beoordeling van bekend?	In de meeste gevallen zal er geen (hoge kwaliteit) *linked-evidence* beschikbaar zijn, en werkgroepleden zullen gebruikmaken van hun eigen klinische expertise. Indien er geen GRADE beoordeling bekend is, maar iets over de kwaliteit van de evidence (bijv. observationele studies), vermeld dit. (Copy-paste relevante zin of vat samen. Indien niet gerapporteerd -> "NR")	NR		
	57	Manier waarop de bovenstaande componenten zijn verwerkt in het oordeel over effectiviteit van surveillance op patiëntenuitkomsten (Redenatie)	Hoe zijn de auteurs vanuit de linked-evidence componenten tot een oordeel gekomen? Probeer de logische stappen te beschrijven.	De onderdelen van de *linked-evidence* (zoals timing van de recidieven, de effect van de behandeling van recidieven) wordt wel genoemd, maar het expliciet combineren van deze gegevens met accuratessedata en vervolgens doorberedeneren wordt niet beschreven.		

	Item nr.	Item	Uitleg	Consensus	Notities consensus	Bespreekpunten voor later
GRADE EtD criteria (overwegingen)	58	Criterium 1: Effectiviteit (gewenst)	Vat overwegingen samen. Indien niet besproken -> "NB"	CT vs. CXR 1) Sensitivteit CXR is lager dan CT 2) Wel aanwijzingen dat follow-up met een CT-scan een recidief eerder aantoont danX XR 3) Geen aanwijzingen dat follow-up met CT leidt tot overlevingswinst in vergelijking met CXR FDG-PET-CT vs. CT 4) Geen bewijs dat follow-up met FDG-PET-CT sensitiever is vergeleken met CT 5) FDG-CT heeft hogere gevoeligheid (maar een hogere fout-positieve rate - zie ongewenste effecten) 6) In een subgroep (niet gespecificeerd) van patiënten is een FDG-PET-CT ter diagnostiek van een recidief superior in vergelijking met alleen CT 7) Geen aanwijzingen dat follow-up met FDG-PET-CT leidt tot overlevingswinst in vergelijking met CT 8) Geen studies die aantonen dat de keuze van beeldvorming bij follow-up de prognose verbetert 9) In de studies die tot nu in de tijd van conventionele chemotherapie zijn vervaardigd zijn de nieuwe therapiemogelijkheden van recidieftumoren en hun effect op overleving niet meegenomen		Bij de schrijvers navragen wat met (5) wordt bedoeld, want dit volgt niet uit de literatuuronderzoek. Slaat 'hogere gevoeligheid' op iets anders dan 'hogere sensitiviteit'?

	Item nr.	Item	Uitleg	Consensus	Notities consensus	Bespreekpunten voor later
	59	Criterium 2: Effectiviteit (ongewenst)	Vat overwegingen samen. Indien niet besproken -> "NB"	FDG-PET/CT heeft de hoogste foutpositieve rate.		
	60	Criterium 3: Zekerheid over effecten	Vat overwegingen samen. Indien niet besproken -> "NB"	Kwaliteit van bewijs werd over het algemeen laag of zeer laag gevonden. Daarom zijn aanbevelingen grotendeels gebaseerd op ervaringen van de werkgroep.		
	61	Criterium 4: Waarden en voorkeuren van patiënten	Vat overwegingen samen. Indien niet besproken -> "NB"	CT biedt de beste balans tussen diagnostische accuratesse, beschikbaarheid, patiënten inspanning en financiële last		
	62	Criterium 5: Kostenaspecten	Vat overwegingen samen. Indien niet besproken -> "NB"	NB		
	63	Criterium 6: Gelijkheid	Vat overwegingen samen. Indien niet besproken -> "NB"	NB		
	64	Criterium 7: Aanvaardbaarheid (ethische aanvaardbaarheid / duurzaamheid)	Vat overwegingen samen. Indien niet besproken -> "NB"	1) Surveillance is alleen nuttig als detectie van een recidief of metachrone primaire tumor zal resulteren in potentieel verlengde of curatieve behandeling die resulteert in langdurige ziekte-vrije overleving 2) Het vaststellen van locoregionale ziekteprogressie is vooral belangrijk bij patiënten die mogelijk geschikt zijn voor een curatieve of levensverlengende behandeling		
	65	Criterium 8: Haalbaarheid	Vat overwegingen samen. Indien niet besproken -> "NB"	"Nagenoeg alle ziekenhuizen beschikken thans over FDG-PET/CT diagnostiek."		

	Item nr.	Item	Uitleg	Consensus	Notities consensus	Bespreekpunten voor later
	66	Afweging van alle aspecten	Als de auteurs hebben beschreven hoe de voor/nadelen van de verschillende aspecten (EtD-criteria) tegen elkaar afwegen, beschrijf dit hier. Copy-paste of vat samen. Indien niet besproken -> "NB"	•"CT biedt de beste balans tussen diagnostische accuratesse, beschikbaarheid, patiënten inspanning en financiële last." •"Soms kan FDG-PET/CT scan wel meerwaarde hebben ten opzichte van CT gezien de hogere sensitiviteit, bijvoorbeeld ter beoordeling van parenchymafwijkingen na eerder radiochemotherapie of van mediastinale/hilaire lymfeklieren. Het op indicatie doen van een PET-scan lijkt voldoende" • CT met contrast heeft de voorkeur (i.p.v. zonder contrast) in geval van laesies (evenals lymfadenopathie) met contact met de hilus en het mediastinum, omdat deze volgens de ervaring van de werkgroepleden beter te beoordeling is • T.a.v. timing wordt in de overwegingen nog aangehaald dat op basis van andere richtlijnen (NCCN en SMO) een follow-up om de 6 maanden en daarna jaarlijks wordt aanbevolen.		

Colorectaal carcinoom (CRC): Follow-up na oncologische resectie CC en RC

	Item nr.	Item	Uitleg	Consensus	Notities consensus	Bespreekpunten voor later
Algemeen	1	Titel richtlijn		Colorectaal carcinoom (CRC)		
	2	Titel module		Follow-up na oncologische resectie CC en RC	https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/colorectaal_carcinoom_crc/follow-up_bij_crc/follow-up_na_chirurgische_resectie_stadium_i-iii_colon-_en_rectumcarcinoom.html	
	3	Publicatiedatum		01-12-2020		
	4	Initiatiefnemende vereniging	De vereniging die het initiatief nam voor deze richtlijn	Nederlandse Vereniging voor Heelkunde		
	5	Overige verenigingen	Andere verenigingen betrokken bij deze richtlijn (scheiden met komma's)	NIV, NVMDL, NVKG, NVNG, NVvP, NVvR, NVRO, V&VN, NFK		
	6	Uitgangsvraag	Copy-paste (met aanhalingstekens)	"Wat is de meerwaarde van follow-up na in opzet curatieve resectie met of zonder adjuvante chemotherapie van een stadium I-III colon- of rectumcarcinoom, gebruik makend van welke modaliteiten, met welke frequentie en met welke duur? De uitgangsvraag omvat de volgende deelvragen: Leidt CT-scan/Echo/X-thorax controle in combinatie met CEA controle tot een betere overleving vergeleken met alleen CEA controle, en is dit afhankelijk van het stadium? Wat is de meerwaarde van endoscopische surveillance, met welk interval postoperatief dient dit te worden verricht, en met welke vervolgfrequentie? Welke diagnostiek is geïndiceerd bij een CEA stijging in de follow-up, en hoe wordt een CEA stijging gedefinieerd?"	* Kan deze vraag meer actiegericht gesteld worden? Hoe leidt deze vraag tot een verandering van de zorg? Welke vragen zijn hier het meest relevant? Wel/geen follow-up? En indien follow-up noodzakelijk: welke modaliteit, wanneer, hoe vaak en hoe lang?* Eigenlijk zijn er meer dan 3 deelvragen: - CEA vs CEA + CT/Echo/CXR (welk interval en freq) - Is de effectiviteit van follow-up afhankelijk van stadium - CEA vs CEA + CT/Echo/CXR + Endoscopie (welk interval en freq) - Welke diagnostiek is het beste na CEA stijging - Hoe zou een CEA stijging moet worden gedefinieerd	* Kunnen de vragen meer actiegericht gesteld worden (onderscheid tussen uitgangsvraag en zoekvraag)? * Wat moet de scope zijn van deze module? (er zijn eigenlijk veel deelvragen)

	7	Aanbeveling	Copy-paste	"Geef uitleg aan de patiënt over de verwachtingen ten aanzien van terugkeer van ziekte, op welke wijze controles die gericht zijn op het vaststellen van terugkeer van ziekte zullen worden uitgevoerd, en welke consequenties afwijkende testuitslagen hebben. Er kan afgezien worden van follow-up op basis van gedeelde besluitvorming. Vervolg een in opzet curatief behandelde patiënt met een stadium I-III colon- of rectumcarcinoom met CEA bepalingen om de 3 tot 6 maanden in jaar 1 en 2 en om de 6 tot 12 maanden in jaar 3 tot 5. Maak een CT thorax/abdomen na 12 maanden. Voer een coloscopie uit binnen 3 maanden postoperatief indien het volledige colon niet preoperatief in beeld is gebracht, of anders na 1 jaar. Volg de richtlijn coloscopie surveillance voor endoscopische follow-up nadien. Beschouw het CEA als afwijkend: bij een postoperatieve uitgangswaarde boven de normaalwaarde (> 5 ng/ml), of bij een verdubbeling ten opzichte van de uitgangswaarde, of bij een herhaalde stijging. Overweeg bij een afwijkend CEA een herhaalde meting na minimaal 6 weken. Maak bij een afwijkend CEA een CT thorax/abdomen of een FDG PET-CT-scan."		

	Item nr.	Item	Uitleg	Consensus	Notities consensus	Bespreekpunten voor later
Beslissingsprobleem	8	Wat is het beslissingsprobleem?	Beschrijf als "A versus B versus C versus ..." (vrije tekst)	(1&2) Gematigde vs. intensieve follow-up - CEA vs. CEA + CT/Echo/X-thorax (precieze strategie niet gespecificeerd) - Follow-up middels CEA (met of zonder beeldvorming) vs. Follow-up middels CEA (met of zonder beeldvorming) met endoscopie (3) Eens		
	9	Hoe was het beslissingsprobleem af te leiden?	Kies uit: •Expliciet geformuleerd •Afgeleid uit de onderzoeksvragen (PICO's) •Afgeleid uit overige informatie •Niet afleidbaar •Anders (leg uit)	1) expliciet geformuleerd in UV/ Afgeleid uit PICO 2) Expliciet geformuleerd in UV 3) afgeleid uit PICO		
	10	Hoeveel alternatieven worden in totaal met elkaar vergeleken?	Vul 1 cijfer in	(1) Niet af te leiden (2) Niet af te leiden (3) 2		
	11	Hoeveel onderzoeksvragen (PICO's) zijn geformuleerd onder deze aanbeveling?	Vul 1 cijfer in	2		
Onderzoeksvraag 1 (Impact PICO)	12a	Onderzoeksvraag 1a	Copy-paste of vat samen	Wat is het effect van een gematigde follow-up vs. intensieve follow-up in patiënten die in opzet curatief behandeld zijn voor stadium I-III colon of rectum-carcinoom?		
	13a	Population	Copy-paste of beschrijf indien niet expliciet geformuleerd	patiënten na een in opzet curatief behandeld stadium I-III colon- of rectumcarcinoom		
	14a		Copy-paste of beschrijf indien niet expliciet geformuleerd	gematigde follow-up; intensieve follow-up		

	Item nr.	Item	Uitleg	Consensus	Notities consensus	Bespreekpunten voor later
	15a	Outcome	Copy-paste of beschrijf indien niet expliciet geformuleerd	tijd tot detectie recidief, percentage recidief, percentage curatief behandeld recidief, kanker specifieke overleving, totale overleving, kwaliteit van leven		Welke uitkomstmaten zijn cruciaal voor de besluitvorming?
	16a	Welke studiedesigns kwamen in aanmerking voor inclusie?	Kies 1 of meerdere opties: • Randomized trials of test-treatment strategies • Non-randomized studies of test-treatment strategies • Anders: beschrijf • Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd		Toegevoegde waarde van modellingsstudies (bovenop linked-evidence approach?)
	17a	Zijn er nog aanvullende in/exclusiecriteria gerapporteerd, zo ja welke?	Vat samen (aanvullend: anders dan PICO elementen en studiedesign)	Nee		
Evidence (Impact PICO)	18a	Wat voor type evidence was gebruikt voor de aanbeveling?	Kies 1 of meerdere opties: • Randomized trials of test-treatment strategies • Non-randomized studies of test-treatment strategies • Anders: beschrijf • Niet gerapporteerd	Randomized trials of test-treatment strategies Anders: internationale richtlijnen en consensusdocumenten		
	19a	Beschrijf eventuele indirectness (mismatch tussen PICO componenten van de geïncludeerde evidence en de onderzoeksvraag)	Vat samen (dit is mogelijk af te leiden uit de GRADE indirectness-domein)	NVT		
	20a	Was er een aparte samenvatting + GRADE beoordeling gemaakt voor relevante subgroepen?	Ja/Deels/Nee	Nee		
	21a	Evidence over Outcome 1: Naam uitkomstmaat	Wat is de naam van de uitkomstmaat?	Tijd tot detectie recidief	Er zijn alleen GRADE beoordelingen gerapporteerd voor Mokhles 2016. Er wordt in de resultatensectie ook gesproken over een Cochrane review (Jeffery, 2019), maar een GRADE waardering wordt niet gerapporteerd.	

	Item nr.	Item	Uitleg	Consensus	Notities consensus	Bespreekpunten voor later
	22a	Evidence over Outcome 1: GRADE certainty of evidence	Kies uit High, Moderate, Low, Very low En benoem redenen voor afwaarderen (RoB, indirectness, inconsistentie, imprecisie, publicatiebias)	Low a. The authors of the systematic review report that blinding was not possible in the RCTs. The outcomes are susceptible for bias (i.e. they are not 'hard' outcome measures). Therefore the risk of performance and detection bias is present. b. There is some heterogeneity, which might be explained by different modalities used in the follow-up (in both the more and less intensive arms), such as clinical examination / CEA / chest x-ray / CT / (endo)scopic / liver ultrasound / barium / fecal occult blood. c. There is a wide range of reported time to detection. d. A funnel plot was constructed by the authors of the systematic review. However, the number of studies were in the plot was less then 10. Therefore publication bias is difficult to assess with a funnelplot and no downgrading was performed.		
	23a	Evidence over Outcome 1: Summary of Findings (SoF)	Copy-paste of vat samen (vooral geïnteresseerd in effectgroottes)	An intensive follow-up might possibly detect a recurrence earlier	Eight RCTs described the difference in time to detection in months (range: 2-30, median= 10 (IQR 5-24)).	
	24a	Evidence over Outcome 2: Naam uitkomstmaat	Wat is de naam van de uitkomstmaat?	Percentage recidieven (alle recidieven)		

	Item nr.	Item	Uitleg	Consensus	Notities consensus	Bespreekpunten voor later
	25a	Evidence over Outcome 2: GRADE certainty of evidence	Kies uit High, Moderate, Low, Very low En benoem redenen voor afwaarderen (RoB, indirectness, inconsistentie, imprecisie, publicatiebias)	Low a. The authors of the systematic review report that blinding was not possible in the RCTs. The outcomes are susceptible for bias (i.e. they are not 'hard' outcome measures). Therefore the risk of performance and detection bias is present. b. There is some heterogeneity, which might be explained by different modalities used in the follow-up (in both the more and less intensive arms), such as clinical examination / CEA / chest x-ray / CT / (endo)scopic / liver ultrasound / barium / fecal occult blood. d. A funnel plot was constructed by the authors of the systematic review. However, the number of studies were in the plot was less then 10. Therefore publication bias is difficult to assess with a funnelplot and no downgrading was performed. e. There is a wide range of recurrence percentages.		
	26a	Evidence over Outcome 2: Summary of Findings (SoF)	Copy-paste of vat samen (vooral geïnteresseerd in effectgroottes)	It is unsure whether there possibly are differences between the number of overall recurrences when an intensive or less-intensive follow-up is used.	Five RCTs described the prevalence of recurrences. In the more intensive follow-up protocol, the recurrences ranged from 8% to 42%. In the less intensive follow-up protocol, the recurrences ranged from 11% to 39%.	
	27a	Evidence over Outcome 3: Naam uitkomstmaat	Wat is de naam van de uitkomstmaat?	Percentage recidieven (lokale recidieven)		

	Item nr.	Item	Uitleg	Consensus	Notities consensus	Bespreekpunten voor later
	28a	Evidence over Outcome 3: GRADE certainty of evidence	Kies uit High, Moderate, Low, Very low En benoem redenen voor afwaarderen (RoB, indirectness, inconsistentie, imprecisie, publicatiebias)	Low a. The authors of the systematic review report that blinding was not possible in the RCTs. The outcomes are susceptible for bias (i.e. they are not 'hard' outcome measures). Therefore the risk of performance and detection bias is present. b. There is some heterogeneity, which might be explained by different modalities used in the follow-up (in both the more and less intensive arms), such as clinical examination / CEA / chest x-ray / CT / (endo)scopic / liver ultrasound / barium / fecal occult blood. d. A funnel plot was constructed by the authors of the systematic review. However, the number of studies were in the plot was less then 10. Therefore publication bias is difficult to assess with a funnelplot and no downgrading was performed. e. There is a wide range of recurrence percentages.		
	29a	Evidence over Outcome 3: Summary of Findings (SoF)	Copy-paste of vat samen (vooral geïnteresseerd in effectgroottes)	It is unsure whether there possibly are differences between the number of local recurrences when an intensive or less-intensive follow-up is used.	Twelve RCTs reported the local recurrence rate. The authors of the systematic review did not pool the results. Over 12 RCTs there were 269 local recurrences (8.9%) in the more intensive follow-up, while there were 217 (6.6%) recurrences in the less intensive follow-up. Individual RCTs reported a local recurrence ranging from 3.9% to 23% in the more intensive follow-up and ranging from 1.1% to 25.2% in the less intensive follow-up.	

	Item nr.	Item	Uitleg	Consensus	Notities consensus	Bespreekpunten voor later
		Evidence over Outcome 4: Naam uitkomstmaat	Wat is de naam van de uitkomstmaat?	Totale overleving (met sterfte als event) - time to event		
		Evidence over Outcome 4: GRADE certainty of evidence	Kies uit High, Moderate, Low, Very low En benoem redenen voor afwaarderen (RoB, indirectness, inconsistentie, imprecisie, publicatiebias)	Moderate d. A funnel plot was constructed by the authors of the systematic review. However, the number of studies were in the plot was less then 10. Therefore publication bias is difficult to assess with a funnelplot and no downgrading was performed. g. Although this outcome is not susceptible for bias for a lack of blinding (i.e. a 'hard' outcome), 5 out of 7 studies had unclear procedures for randomization and 4 out of 7 had unclear procedures for the allocation concealment. Potential problems with randomization and/or allocation concealment may introduce a selection bias. Due to the majority of the trials having unclear procedures for both the randomization method and the allocation concealment, one level was subtracted. h. There were >1000 participants per 'arm'. Confidence intervals seem to overlap when eyeballing the forest plot. the I^2 was 14% and the pooled estimate fell within the standard GRADE borders (i.e. 0.75 and 1.25) with its confidence intervals. Therefore no downgrading was performed.		

	Item nr.	Item	Uitleg	Consensus	Notities consensus	Bespreekpunten voor later
		Evidence over Outcome 4: Summary of Findings (SoF)	Copy-paste of vat samen (vooral geïnteresseerd in effectgroottes)	There is probably no (clinical important) difference in overall survival when an intensive or less-intensive follow-up is used.	Percentages of all-cause mortality with less intensive protocol: 297 per 1000 Percentages of all-cause mortality with more intensive protocol: 292 per 1000 (95%CI 264 to 324) HR 0.98 (95%CI 0.87 to 1.11)	
		Evidence over Outcome 5: Naam uitkomstmaat	Wat is de naam van de uitkomstmaat?	Mortaliteit (dichotome uitkomstmaat)		
		Evidence over Outcome 5: GRADE certainty of evidence	Kies uit High, Moderate, Low, Very low En benoem redenen voor afwaarderen (RoB, indirectness, inconsistentie, imprecisie, publicatiebias)	Low d. A funnel plot was constructed by the authors of the systematic review. However, the number of studies were in the plot was less then 10. Therefore publication bias is difficult to assess with a funnelplot and no downgrading was performed. g. Although this outcome is not susceptible for bias for a lack of blinding (i.e. a 'hard' outcome), 5 out of 7 i. The confidence interval of the pooled effect estimate crosses a standard GRADE border (i.e. 0.75 or 1.25).		
		Evidence over Outcome 5: Summary of Findings (SoF)	Copy-paste of vat samen (vooral geïnteresseerd in effectgroottes)	Intensive follow-up might or might not possibly lead to a small advantage on mortality, compared to less-intensive follow-up	Percentages of all-cause mortality less intensive protocol: 264 per 1000 Percentages of all-cause mortality with more intensive protocol: 246 per 1000 (95%CI 203 to 294) OR 0.91 (95%CI 0.71 to 1.16)	

	Item nr.	Item	Uitleg	Consensus	Notities consensus	Bespreekpunten voor later
Onderzoeksvraag 1 (Impact PICO)	12b	Onderzoeksvraag 1b	Copy-paste of vat samen	Wat is het effect van een follow-up met FDG PET CT-scan vs. follow-up met CT thorax abdomen in patiënten die curatief chirurgisch behandeld zijn voor stadium I-III colon of rectum-carcinoom met en een verhoogd serum CEA hebben?		
	13b	Population	Copy-paste of beschrijf indien niet expliciet geformuleerd	patiënten na curatieve chirurgische behandeling stadium I-III colon- of rectumcarcinoom met verhoogd serum CEA		
	14b	Interventions and comparisons	Copy-paste of beschrijf indien niet expliciet geformuleerd	FDG PET CT-scan; CT thorax abdomen		
	15b	Outcome	Copy-paste of beschrijf indien niet expliciet geformuleerd	tijd tot detectie recidief, percentage recidief, percentage curatief behandeld recidief, kanker specifieke overleving, totale overleving, kwaliteit van leven		
	16b	Welke studiedesigns kwamen in aanmerking voor inclusie?	Kies 1 of meerdere opties: • Randomized trials of test-treatment strategies • Non-randomized studies of test-treatment strategies • Anders: beschrijf • Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd		
	17b	Zijn er nog aanvullende in/exclusiecriteria gerapporteerd, zo ja welke?	Vat samen (aanvullend: anders dan PICO elementen en studiedesign)	Nee		
Evidence (Impact PICO)	18b	Wat voor type evidence was gebruikt voor de aanbeveling?	Kies 1 of meerdere opties: • Randomized trials of test-treatment strategies • Non-randomized studies of test-treatment strategies • Anders: beschrijf • Niet gerapporteerd	NVT		

	Item nr.	Item	Uitleg	Consensus	Notities consensus	Bespreekpunten voor later
	19b	Beschrijf eventuele indirectness (mismatch tussen PICO componenten van de geïncludeerde evidence en de onderzoeksvraag)	Vat samen (dit is mogelijk af te leiden uit de GRADE indirectness-domein)	NVT		
	20b	Was er een aparte samenvatting + GRADE beoordeling gemaakt voor relevante subgroepen?	Ja/Deels/Nee	NVT		
	21b	Evidence over Outcome 1: Naam uitkomstmaat	Wat is de naam van de uitkomstmaat?	NVT		
	22b	Evidence over Outcome 1: GRADE certainty of evidence	Kies uit High, Moderate, Low, Very low En benoem redenen voor afwaarderen (RoB, indirectness, inconsistentie, imprecisie, publicatiebias)	NVT		
	23b	Evidence over Outcome 1: Summary of Findings (SoF)	Copy-paste of vat samen (vooral geïnteresseerd in effectgroottes)	NVT		
	24b	Evidence over Outcome 2: Naam uitkomstmaat	Wat is de naam van de uitkomstmaat?	NVT		
	25b	Evidence over Outcome 2: GRADE certainty of evidence	Kies uit High, Moderate, Low, Very low En benoem redenen voor afwaarderen (RoB, indirectness, inconsistentie, imprecisie, publicatiebias)	NVT		
	26b	Evidence over Outcome 2: Summary of Findings (SoF)	Copy-paste of vat samen (vooral geïnteresseerd in effectgroottes)	NVT		
	27b	Evidence over Outcome 3: Naam uitkomstmaat	Wat is de naam van de uitkomstmaat?	NVT		
	28b	Evidence over Outcome 3: GRADE certainty of evidence	Kies uit High, Moderate, Low, Very low En benoem redenen voor afwaarderen (RoB, indirectness, inconsistentie, imprecisie, publicatiebias)	NVT		
	29b	Evidence over Outcome 3: Summary of Findings (SoF)	Copy-paste of vat samen (vooral geïnteresseerd in effectgroottes)	NVT		

	Item nr.	Item	Uitleg	Consensus	Notities consensus	Bespreekpunten voor later
Onderzoeksvraag 2 (Accuratesse PICO)	30	Onderzoeksvraag 2	Copy-paste of vat samen	NVT		
	31	Population	Copy-paste of beschrijf indien niet expliciet geformuleerd	NVT		
	32	Target condition	Copy-paste of beschrijf indien niet expliciet geformuleerd	NVT		
	33	Index and comparator test(s)	Copy-paste of beschrijf indien niet expliciet geformuleerd	NVT		
	34	Referentiestandaard	Copy-paste of beschrijf indien niet expliciet geformuleerd	NVT		
	35	Accuracy measures	Welke accuratessematen werden onderzocht?	NVT		
	36	Welke studiedesigns kwamen in aanmerking voor inclusie?	Kies 1 of meerdere opties: • Comparative accuracy studies • Single-test accuracy (non-comparative) studies • Anders: beschrijf • Niet gerapporteerd	NVT		
	37	Zijn er nog aanvullende in/exclusiecriteria gerapporteerd, zo ja welke?	Vat samen (aanvullend: anders dan PICO elementen en studiedesign)	NVT		
Evidence (Accuratesse PICO)	38	Wat voor type evidence was gebruikt voor de aanbeveling?	Kies 1 of meerdere opties: • Comparative accuracy studies • Single-test accuracy (non-comparative) studies • Anders: beschrijf • Niet gerapporteerd	NVT		
	39	Beschrijf eventuele indirectness (mismatch tussen PICO componenten van de geïncludeerde evidence en de onderzoeksvraag)	Vat samen (dit is mogelijk af te leiden uit de GRADE indirectness-domein)	NVT		

	Item nr.	Item	Uitleg	Consensus	Notities consensus	Bespreekpunten voor later
	40	Was er een aparte samenvatting + GRADE beoordeling gemaakt voor relevante subgroepen?	Ja/Deels/Nee	NVT		
	41	Evidence over Outcome 1: Naam uitkomstmaat	Wat is de naam van de uitkomstmaat?	NVT		
	42	Evidence over Outcome 1: GRADE certainty of evidence	Kies uit High, Moderate, Low, Very low. En benoem redenen voor afwaarderen (RoB, indirectness, inconsistentie, imprecisie, publicatiebias)	NVT		
	43	Evidence over Outcome 1: Summary of Findings (SoF)	Copy-paste of vat samen	NVT		
	44	Evidence over Outcome 2: Naam uitkomstmaat	Wat is de naam van de uitkomstmaat?	NVT		
	45	Evidence over Outcome 2: GRADE certainty of evidence	Kies uit High, Moderate, Low, Very low. En benoem redenen voor afwaarderen (RoB, indirectness, inconsistentie, imprecisie, publicatiebias)	NVT		
	46	Evidence over Outcome 2: Summary of Findings (SoF)	Copy-paste of vat samen (vooral geïnteresseerd in effectgroottes)	NVT		
	47	Evidence over Outcome 3: Naam uitkomstmaat	Wat is de naam van de uitkomstmaat?	NVT		
	48	Evidence over Outcome 3: GRADE certainty of evidence	Kies uit High, Moderate, Low, Very low. En benoem redenen voor afwaarderen (RoB, indirectness, inconsistentie, imprecisie, publicatiebias)	NVT		
	49	Evidence over Outcome 3: Summary of Findings (SoF)	Copy-paste of vat samen (vooral geïnteresseerd in effectgroottes)	NVT		
Linked-evidence	50	Is de aanbeveling alleen gebaseerd op impact evidence (PICO 1)?	Ja/Nee (Indien Ja -> skip deze sectie)	Ja		

	Item nr.	Item	Uitleg	Consensus	Notities consensus	Bespreekpunten voor later
	51	Is er (aanvullend) gebruik gemaakt van de *linked-evidence*-approach (PICO2)?	Kies 1 van de volgende opties: •Gemodelleerd •Doorberekend •Doorgeredeneerd •Geen van allen	NVT		
	52	**Recidiefkans:** Wat is de *incidentie (recidiefkans)* in de populatie?	Recidiefkans bepaalt ten dele de netto gezondheidswinst van surveillance. Als recidiefkans überhaupt laag is, dan is de absolute winst waarschijnlijk ook lager. (Copy-paste relevante zin of vat samen. Indien niet gerapporteerd -> "NR")	NVT		
	53	**Timing recidieven:** *Wanneer komen de recidieven voor* over de follow-up-periode?	Als recidieven vroeg in de follow-upfase voorkomen, kan dit een aanleiding zijn om de frequentie en duur van surveillance hierop aan te passen. (Copy-paste relevante zin of vat samen. Indien niet gerapporteerd -> "NR")	NVT		
	54	**Effect van behandeling:** Wat is de *effectiviteit van behandeling* van recidieven?	Surveillance heeft alleen zin als de behandeling van recidieven effectief is. De effectiviteit hiervan kan anders zijn van die bij de primaire tumor. Werd (evidence over) effectiviteit meegenomen in de overweging? (Copy-paste relevante zin of vat samen. Indien niet gerapporteerd -> "NR")	NVT		

	Item nr.	Item	Uitleg	Consensus	Notities consensus	Bespreekpunten voor later
	55	**Subgroep verschillen:** Zijn er mogelijke *verschillen in incidentie, timing recidieven, of effectiviteit van de behandeling* tussen subgroepen?	Het is mogelijk dat de populatie bestaat uit subgroepen met een hogere en lagere kans op recidieven. De effectiviteit van surveillance verschilt mogelijk tussen deze subgroepen. (Copy-paste relevante zin of vat samen. Indien niet gerapporteerd -> "NR")	NVT		
	56	**Zekerheid van evidence:** Wat is de *zekerheid* van de bovengenoemde linked-evidence componenten? Is hier een GRADE beoordeling van bekend?	In de meeste gevallen zal er geen (hoge kwaliteit) *linked-evidence* beschikbaar zijn, en werkgroepleden zullen gebruikmaken van hun eigen klinische expertise. Indien er geen GRADE beoordeling bekend is, maar iets over de kwaliteit van de evidence (bijv. observationele studies), vermeld dit. (Copy-paste relevante zin of vat samen. Indien niet gerapporteerd -> "NR")	NVT		
	57	Manier waarop de bovenstaande componenten zijn verwerkt in het oordeel over effectiviteit van surveillance op patiëntenuitkomsten (Redenatie)	Hoe zijn de auteurs vanuit de linked-evidence componenten tot een oordeel gekomen? Probeer de logische stappen te beschrijven.	NVT		

GRADE EtD criteria (overwegingen)	58	Criterium 1: Effectiviteit (gewenst)	Vat overwegingen samen. Indien niet besproken -> "NB"	*O.b.v. RCTs: geen/kleine niet significante verschillen in overleving tussen gematigde en invasieve follow-up *laag aantal recidieven en goede overleving voor patiënten met stadium I-III CRC *pT4 of pN2 stadium hebben hogere recidiefpercentages dan stadium I-III (>40%) *geen onderbouwing voor nut van weinig intensieve follow-up voor laag risico stadium I *geen bewijs voor meerwaarde beeldvorming thorax bij rectum, maar grotere kans op longmetastasen bij rectumcarcinoom t.o.v. coloncarcinoom is bekend *geen bewijs voor meerwaarde beeldvorming van het bekken om lokaal recidief rectumcarcinoom vroeg te detecteren *geen aantoonbaar verschil gevonden in kwaliteit van leven tussen intensieve follow-up en gematigde follow-up *"Er is ... geen internationale consensus of wetenschappelijk bewijs om richting te geven aan de interpretatie van CEA waardes gedurende de follow-up. De CEA-watch-trial en -analyse van de FACS-studie hebben wel laten zien dat het hanteren van een bepaald stijgingspercentage van meerdere CEA-metingen de detectie van ziekterecidief verder kan verhogen. Belangrijk is om te realiseren dat CEA waardes fout-positief kunnen zijn (onder andere bij roken), waarbij een herhaalde meting na enkele weken tot maanden kan worden overwogen."		

				*Geen studies gevonden naar FDG-PET-CT vs CT thorax/abdomen bij afwijkend CEA		

	Item nr.	Item	Uitleg	Consensus	Notities consensus	Bespreekpunten voor later
	59	Criterium 2: Effectiviteit (ongewenst)	Vat overwegingen samen. Indien niet besproken -> "NB"	NB		
	60	Criterium 3: Zekerheid over effecten	Vat overwegingen samen. Indien niet besproken -> "NB"	Niet besproken of er werd opgemerkt dat er geen bewijs was gevonden		
	61	Criterium 4: Waarden en voorkeuren van patiënten	Vat overwegingen samen. Indien niet besproken -> "NB"	"De stress, emotie en logistieke last van patiënten en dokters om regelmatig beeldvorming te vervaardigen kunnen ook meespelen in het wel of niet afspreken van afbeeldend onderzoek. Ditzelfde geldt voor het routinematige consult in de tweede lijn als het gaat om de oncologische follow-up. Uiteraard dient er poliklinische begeleiding te zijn ter evaluatie van de gevolgen van behandeling en begeleiding bij het herstel. Voor coloncarcinoom lijkt deze begeleiding met name geïndiceerd in het eerste jaar postoperatief, maar zou daarna alleen op indicatie kunnen worden afgesproken."		Wat is bekend over de stress, emotionele en logistieke last van patiënten?
	62	Criterium 5: Kostenaspecten	Vat overwegingen samen. Indien niet besproken -> "NB"	Aanwijzingen dat het voor de gemeenschap goedkoper is om niet routinematig afbeeldend onderzoek te verrichten, o.b.v. 3 RCTs waarin kosten voor intensieve follow-up significant hoger waren versus gematigde follow-up.		
	63	Criterium 6: Gelijkheid	Vat overwegingen samen. Indien niet besproken -> "NB"	NB		
	64	Criterium 7: Aanvaardbaarheid (ethische aanvaardbaarheid / duurzaamheid)	Vat overwegingen samen. Indien niet besproken -> "NB"	"Bij oudere en/of kwetsbare patiënten met een beperkte levensverwachting kan middels gedeelde besluitvorming gekozen worden voor het afzien van follow-up, bijvoorbeeld omdat de verwachting is dat dit weinig zal bijdragen aan de levensverwachting, omdat follow-up naar alle waarschijnlijkheid geen therapeutische consequenties zal hebben of vanwege		Wanneer zijn de consequenties van de diagnostiek aanvaardbaar?

	Item nr.	Item	Uitleg	Consensus	Notities consensus	Bespreekpunten voor later
				een te grote belasting van ziekenhuisbezoek en onderzoeken."		
	65	Criterium 8: Haalbaarheid	Vat overwegingen samen. Indien niet besproken -> "NB"	NB		
	66	Afweging van alle aspecten	Als de auteurs hebben beschreven hoe de voor/nadelen van de verschillende aspecten (EtD-criteria) tegen elkaar afwegen, beschrijf dit hier. Copy-paste of vat samen. Indien niet besproken -> "NB"	*is er bij een hogere a priori recidiefkans wel een effect van meer invasieve follow-up? *is zelfs weinig-intensieve follow-up zinvol voor een laag risico stadium I? *beeldvorming van het bekken kan worden overwogen bij patiënten met rectumcarcinoom met een hoog risico op lokaal recidief (R1 resectie) om moeilijk behandelbare problematiek in een palliatieve setting te voorkomen * geen argumenten om andere follow-up te hanteren voor rectumcarcinoom dan coloncarcinoom *de werkgroep heeft ervoor gekozen om bepaalde aanbevelingen te formuleren, om zodoende meer eenheid te verkrijgen in de dagelijkse praktijkvoering, zonder dat hiervoor dus specifiek bewijs beschikbaar is. *er zijn geen goede studies beschikbaar die systematisch hebben gekeken wat de beste en meest kosteneffectieve beeldvormende strategie moet zijn bij een afwijkend CEA: eerst CT thorax/abdomen of direct een FDG-PET-CT. De werkgroep heeft daarom		Werkgroep geeft aan geen bewijs te hebben, maar te willen komen tot minder praktijkvariatie. Hoe is men gekomen tot de voorstellen zoals gedaan in de overwegingen?

	Item nr.	Item	Uitleg	Consensus	Notities consensus	Bespreekpunten voor later
				besloten niet één van de modaliteiten specifiek aan te bevelen.		

Melanoom: Follow-up bij locoregionaal gemetastaseerd melanoom (stadium III)

	Item nr.	Item	Uitleg	Consensus	Notities consensus	Bespreekpunten voor later
Algemeen	1	Titel richtlijn		Melanoom		
	2	Titel module		Follow-up bij locoregionaal gemetastaseerd melanoom (stadium III)		
	3	Publicatiedatum		2024-nov-01		
	4	Initiatiefnemende vereniging	De vereniging die het initiatief nam voor deze richtlijn	NIV/NVVH		
	5	Overige verenigingen	Andere verenigingen betrokken bij deze richtlijn (scheiden met komma's)	NVDV, NVNg, NVvP, NVvR, V&VN		
	6	Uitgangsvraag	Copy-paste (met aanhalingstekens)	"Wat is de meest optimale follow-up ten aanzien van frequentie, duur en aanvullend onderzoek bij patiënten met een stadium III melanoom?" Deelvragen: 1. Wat is de optimale frequentie en duur van follow-up? 2. Wat is de rol van beeldvorming bij de follow-up? 3. Wat is de plaats van laboratoriumonderzoek (m.n. S-100B) bij de follow-up? 4. Hoe wordt voldaan aan de behoefte voor aandacht voor psychosociale problemen, andere nazorg en kwaliteit van leven tijdens de follow-up? 5. Waar vindt de follow-up plaats?	Deelvragen 4 en 5 kunnen meer actiegericht geformuleerd worden.	Het doel van FU verhelderen; therapiemonitoring (effectiviteit en bijwerkingen), opsporen van recidieven, opsporen/behandelen van bijwerkingen van ziekte/behandeling, FU voor psychosociale begeleiding.

	Item nr.	Item	Uitleg	Consensus	Notities consensus	Bespreekpunten voor later
	7	Aanbeveling 1A (deelvraag 1)	Copy-paste	"Frequentie en duur follow-up van stadium IIIA melanoom, zonder adjuvante systemische therapie: - Controleer patiënten met stadium IIIA melanoom zonder indicatie voor adjuvante systemische therapie (met een metastase in de schildwachtklier ≤1mm) volgens het MELFO- schema: ** Eerste 2 jaar iedere 4 maanden met alleen onderzoek van het litteken, de regionale lymfeklieren en de huid* ** Jaar 3 iedere 6 maanden met alleen onderzoek van het litteken, de regionale lymfeklieren en de huid* ** Jaar 4 en 5 iedere 12 maanden met alleen onderzoek van het litteken, de regionale lymfeklieren en de huid* ** Daarna op indicatie*		

	Item nr.	Item	Uitleg	Consensus	Notities consensus	Bespreekpunten voor later
		Aanbeveling 1B (deelvraag 1&2)	Copy-paste	<u>Frequentie en duur follow-up van stadium IIIB, IIIC en IIID melanoom, zonder adjuvante systemische therapie</u> - Controleer patiënten met stadium IIIB, IIIC en IIID melanoom met contra-indicatie voor immuuntherapie of die kiezen om geen adjuvante systemische therapie te ondergaan: ** Eerste 2 jaar iedere 4 maanden met ceCT thorax-abdomen (verricht aanvullend ceCT-hals bij patiënten met een primair melanoom in het hoofd-hals gebied)* ** Jaar 3 iedere 6 maanden zonder beeldvorming* ** Jaar 4 en 5 iedere 12 maanden zonder beeldvorming* ** Daarna op indicatie* *Overweeg PET/CT bij hoog risico op recidief, of vermoeden op recidief in de ledematen.*		
		Aanbeveling 1C (deelvraag 1&2)	Copy-paste	<u>Frequentie monitoring van stadium III melanoom, tijdens en na adjuvante systemische therapie:</u> Controleer patiënten met stadium III melanoom tijdens en na systemische adjuvante therapie: ** Eerste 2 jaar iedere 4 maanden met ceCT thorax-abdomen** ** Jaar 3 iedere 6 maanden zonder beeldvorming* ** Jaar 4 en 5 iedere 12 maanden zonder beeldvorming* ** Daarna op indicatie*	Wellicht van belang dat de uitgangsvraag niet alleen FU, maar ook over therapie-monitoring gaat. De studies geven hier informatie over, evenals na afsluiting behandeling. Blijkbaar is de behandelduur 2 jaar, zoals af te leiden uit de overweging	

	Item nr.	Item	Uitleg	Consensus	Notities consensus	Bespreekpunten voor later
		Aanbeveling 2	Copy-paste	Nut van follow-up bij stadium IIIB, IIIC en IIID melanoom met contra-indicatie voor immuuntherapie Bespreek het nut van follow-up met patiënten met stadium IIIB, IIIC en IIID melanoom met een contra-indicatie voor immuuntherapie.		
		Aanbeveling 3 (deelvraag 3)	Copy-paste	S-100B bepalingen bij de follow-up van een stadium III melanoom Verricht geen laboratorium onderzoek (S-100B) tijdens de follow-up van patiënten met een stadium III (A-D) melanoom		

	Item nr.	Item	Uitleg	Consensus	Notities consensus	Bespreekpunten voor later
		Aanbeveling 4 (deelvraag 4)	Copy-paste	<u>Psychosociale problemen en/of andere nazorg /kwaliteit van leven</u> * Wees bedacht op andere dan lichamelijke klachten en vraag hier actief naar. * Zorg dat de patiënt een duidelijk en vast aanspreekpunt heeft bij vragen. Hier kan een verpleegkundig specialist of physician assistant een rol spelen. * Overweeg het meegeven van schriftelijke informatie (bijvoorbeeld de patiëntfolder vanuit de NVDV). Ook kan naar de patiëntenvereniging (www.stichtingmelanoom.nl) verwezen worden. * Gebruik eventueel de lastmeter om klachten waarvoor ondersteuning gewenst is te signaleren en te monitoren. * Overweeg de verwijsgids kanker te raadplegen voor aanvullende behandelings- en begeleidingsmogelijkheden.		Is het van meerwaarde een onderscheid te maken tussen evidence based aanbevelingen en best practices?

	Item nr.	Item	Uitleg	Consensus	Notities consensus	Bespreekpunten voor later
		Aanbeveling 5 (deelvraag 5)	Copy-paste	Verantwoordelijke follow-up * Stem de follow-up van patiënten met stadium III (A-D) melanoom af tussen de verschillende betrokken disciplines. * Tijdens de adjuvante systemische therapie vindt de follow-up plaats bij de medisch oncoloog en de dermatoloog. * Na de adjuvante systemische therapie vindt de follow-up plaats bij de verwijzend chirurg (oncologisch chirurg, * KNO-arts, MKA-chirurg) en de dermatoloog conform de daarover gemaakte lokale afspraken.		
Beslissingsprobleem	8	Wat is het beslissingsprobleem?	Beschrijf als "A versus B versus C versus ..." (vrije tekst)	Deelvraag 1: Verschillende FU-schema's. Precieze alternatieven niet geëxpliciteerd (kort vs. lang?) Deelvraag 2: PET/CT vs. ceCT vs. MRI vs. echografie Deelvraag 3: S-100B vs. geen S-100B	Omdat de focus van het FU beeldvorming is, hebben we de andere vragen niet beoordeeld.	
	9	Hoe was het beslissingsprobleem af te leiden?	Kies uit: •Expliciet geformuleerd •Afgeleid uit de onderzoeksvragen (PICO's) •Afgeleid uit overige informatie •Niet afleidbaar •Anders (leg uit)	Afgeleid uit de onderzoeksvragen (PICO's)		
	10	Hoeveel alternatieven worden in totaal met elkaar vergeleken?	Vul 1 cijfer in	Deelvraag 1: Onduidelijk Deelvraag 2: 4 Deelvraag 3: 2		

	Item nr.	Item	Uitleg	Consensus	Notities consensus	Bespreekpunten voor later
	11	Hoeveel onderzoeksvragen (PICO's) zijn geformuleerd onder deze aanbeveling?	Vul 1 cijfer in	2		
Onderzoeksvraag 1 (Impact PICO)	12	Onderzoeksvraag 1	Copy-paste of vat samen	Wat is de optimale frequentie en duur van follow-up bij patiënten met een stadium III melanoom?		
	13	Population	Copy-paste of beschrijf indien niet expliciet geformuleerd	Patiënten met een melanoom		Onderscheid maken tussen onderzoeksvraag en de search? (Onderzoeksvraag specifiek, en search kan breder)
	14	Interventions and comparisons	Copy-paste of beschrijf indien niet expliciet geformuleerd	Kort follow-up schema vs. lang follow-up schema		Zouden we naast de duur, ook het interval en type test moeten specificeren?
	15	Outcome	Copy-paste of beschrijf indien niet expliciet geformuleerd	Overleving, recidiefkans, morbiditeit, psychosociale aspecten en kwaliteit van leven		Is het raadzaam om als werkgroep de relevante uitkomsten iets verder te specificeren? (bijv. Morbiditeit)

	Item nr.	Item	Uitleg	Consensus	Notities consensus	Bespreekpunten voor later
	16	Welke studiedesigns kwamen in aanmerking voor inclusie?	Kies 1 of meerdere opties: • Randomized trials of test-treatment strategies • Non-randomized studies of test-treatment strategies • Anders: beschrijf • Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd		
	17	Zijn er nog aanvullende in/exclusiecriteria gerapporteerd, zo ja welke?	Vat samen (aanvullend: anders dan PICO elementen en studiedesign)	Geen		
Evidence (Impact PICO)	18	Wat voor type evidence was gebruikt voor de aanbeveling?	Kies 1 of meerdere opties: • Randomized trials of test-treatment strategies • Non-randomized studies of test-treatment strategies • Anders: beschrijf • Niet gerapporteerd	Randomized trials of test-treatment strategies		
	19	Beschrijf eventuele indirectness (mismatch tussen PICO componenten van de geïncludeerde evidence en de onderzoeksvraag)	Vat samen (dit is mogelijk af te leiden uit de GRADE indirectness-domein)	Geen indirectness		Zijn de resultaten van FU bij stadium I/II generaliseerbaar naar stadium III?
	20	Was er een aparte samenvatting + GRADE beoordeling gemaakt voor relevante subgroepen?	Ja/Deels/Nee	Nee, al houdt de experimentele interventie expliciet rekening met subgroepen door verschillende follow-up schema's te hanteren		
	21	**Evidence over Outcome 1: Naam uitkomstmaat**	Wat is de naam van de uitkomstmaat?	**Melanoom-specifieke mortaliteit op 3 jaar (Conventionele versus experimentele FU-zie tabblad)**		
	22	Evidence over Outcome 1: GRADE certainty of evidence	Kies uit High, Moderate, Low, Very low En benoem redenen voor afwaarderen (RoB, indirectness, inconsistentie, imprecisie, publicatiebias)	Laag	Vanwege zeer ernstige imprecisie (kleine patiëntenaantallen en 1 publicatie)	

	Item nr.	Item	Uitleg	Consensus	Notities consensus	Bespreekpunten voor later
	23	Evidence over Outcome 1: Summary of Findings (SoF)	Copy-paste of vat samen (vooral geïnteresseerd in effectgroottes)	"De melanoom specifieke mortaliteit na 3 jaar follow-up lijkt niet te verschillen tussen het conventionele follow-up schema en het stadium-specifieke, gereduceerde follow-up schema bij patiënten met stadium Ib-IIC melanoom"	Conventionele FU: 6.5% (6/93) Experimentele FU: 8% (7/87) p=0.78	
	24	**Evidence over Outcome 2: Naam uitkomstmaat**	Wat is de naam van de uitkomstmaat?	**Recidief op 3 jaar (Conventionele versus experimentele FU-zie tabblad)**		
	25	Evidence over Outcome 2: GRADE certainty of evidence	Kies uit High, Moderate, Low, Very low En benoem redenen voor afwaarderen (RoB, indirectness, inconsistentie, imprecisie, publicatiebias)	Laag	Vanwege zeer ernstige imprecisie (kleine patiëntenaantallen en 1 publicatie)	
	26	Evidence over Outcome 2: Summary of Findings (SoF)	Copy-paste of vat samen (vooral geïnteresseerd in effectgroottes)	"Het aantal patiënten met een recidief na 3 jaar follow-up lijkt niet te verschillen tussen het conventionele follow-up schema en het stadium-specifieke, gereduceerde follow-up schema bij patiënten met stadium IB-IIC melanoom."	Conventionele FU: 16.1% (15/93) Experimentele FU: 11.5% (10/87) p=0.40	
	27	**Evidence over Outcome 3: Naam uitkomstmaat**	Wat is de naam van de uitkomstmaat?	**Ziekte-gerelateerde stress (psychosociale aspecten) Conventionele versus experimentele FU-zie tabblad.**		
	28	Evidence over Outcome 3: GRADE certainty of evidence	Kies uit High, Moderate, Low, Very low En benoem redenen voor afwaarderen (RoB, indirectness, inconsistentie, imprecisie, publicatiebias)	Zeer laag	Vanwege zeer ernstige imprecisie (kleine patiëntenaantallen en 1 publicatie) en risico op bias (blindering was niet mogelijk)	
	29	Evidence over Outcome 3: Summary of Findings (SoF)	Copy-paste of vat samen (vooral geintereseerd in effectgroottes)	"De ziekte gerelateerde stress op patiënten lijkt niet te verschillen tussen het conventionele follow-up schema en het stadium-specifieke gereduceerde follow-up schema bij patiënten met stadium IB-IIC melanoom."		
		Evidence over Outcome 4: Naam uitkomstmaat	Wat is de naam van de uitkomstmaat?	**Impact van het event op patiënten (psychosociale aspecten).**		

	Item nr.	Item	Uitleg	Consensus	Notities consensus	Bespreekpunten voor later
				Conventionele versus experimentele FU-zie tabblad		
		Evidence over Outcome 4: GRADE certainty of evidence	Kies uit High, Moderate, Low, Very low En benoem redenen voor afwaarderen (RoB, indirectness, inconsistentie, imprecisie, publicatiebias)	Zeer laag	Vanwege zeer ernstige imprecisie (kleine patiëntenaantallen en 1 publicatie) en risico op bias (blindering was niet mogelijk)	
		Evidence over Outcome 4: Summary of Findings (SoF)	Copy-paste of vat samen (vooral geïnteresseerd in effectgroottes)	"De impact van het event op patiënten lijkt niet te verschillen tussen het conventionele follow-up schema en het stadium-specifieke, gereduceerde follow-up schema bij patiënten met stadium IB-IIC melanoom."		
		Evidence over Outcome 5: Naam uitkomstmaat	Wat is de naam van de uitkomstmaat?	**Kwaliteit van leven (RAND-36 instrument). Conventionele versus experimentele FU-zie tabblad.**		
		Evidence over Outcome 5: GRADE certainty of evidence	Kies uit High, Moderate, Low, Very low En benoem redenen voor afwaarderen (RoB, indirectness, inconsistentie, imprecisie, publicatiebias)	Zeer laag	Vanwege zeer ernstige imprecisie (kleine patiëntenaantallen en 1 publicatie) en risico op bias (blindering was niet mogelijk)	
		Evidence over Outcome 5: Summary of Findings (SoF)	Copy-paste of vat samen (vooral geïnteresseerd in effectgroottes)	"De kwaliteit van leven (mentale component) van patiënten lijkt niet te verschillen tussen het conventionele follow-up schema en het stadium-specifieke, gereduceerde follow-up schema bij patiënten met stadium IB-IIC melanoom. De kwaliteit van leven (fysieke component) van patiënten lijkt lager te zijn bij het volgen van het conventionele follow-up schema en hoger bij het stadium-specifieke, gereduceerde follow-up schema bij patiënten met stadium IB-IIC melanoom."	* Mentale component: geen verschil tussen groepen (F=0.004; p=0.95) * Fysieke component: significant verschil tussen groepen (F=5.4; p=0.002)	
		Evidence over Outcome 6: Naam uitkomstmaat	Wat is de naam van de uitkomstmaat?	**(in patiënten met adjuvante therapie) Overleving, recidiefkans, morbiditeit,**		

	Item nr.	Item	Uitleg	Consensus	Notities consensus	Bespreekpunten voor later
				psychosociale aspecten en kwaliteit van leven		
		Evidence over Outcome 6: GRADE certainty of evidence	Kies uit High, Moderate, Low, Very low En benoem redenen voor afwaarderen (RoB, indirectness, inconsistentie, imprecisie, publicatiebias)	Geen GRADE		
		Evidence over Outcome 6: Summary of Findings (SoF)	Copy-paste of vat samen (vooral geïnteresseerd in effectgroottes)	Geen studies		
Onderzoeksvraag 2 (Accuratesse PICO)	30	Onderzoeksvraag 2	Copy-paste of vat samen	Wat is de rol van beeldvorming bij patiënten met een stadium III melanoom?		
	31	Population	Copy-paste of beschrijf indien niet expliciet geformuleerd	Patiënten met stadium IIIA, IIIB, IIIC, en IV melanoom	Waarom stadium IV? (onderzoeksvraag gaat over stadium III)	
	32	Target condition	Copy-paste of beschrijf indien niet expliciet geformuleerd	Niet gerapporteerd		Recidieftype (locatie en klachten) kunnen waarschijnlijk beter gespecificeerd worden, zijn het recidieven die met LO kunnen worden opgespoord (al dan niet in zelfonderzoek) of geven ze klachten die uit de anamnese naar voren komen? Zijn ze goed toegankelijk voor echo of diepergelegen?
	33	Index and comparator test(s)	Copy-paste of beschrijf indien niet expliciet geformuleerd	ceCT vs FDG-PET/CT vs MRI vs echografie		
	34	Referentiestandaard	Copy-paste of beschrijf indien niet expliciet geformuleerd	Niet gerapporteerd		
	35	Accuracy measures	Welke accuratessematen werden onderzocht?	Sensitiviteit, specificiteit, PVW, NVW, AUC		

	Item nr.	Item	Uitleg	Consensus	Notities consensus	Bespreekpunten voor later
	36	Welke studiedesigns kwamen in aanmerking voor inclusie?	Kies 1 of meerdere opties: • Comparative accuracy studies • Single-test accuracy (non-comparative) studies • Anders: beschrijf • Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd		
	37	Zijn er nog aanvullende in/exclusiecriteria gerapporteerd, zo ja welke?	Vat samen (aanvullend: anders dan PICO elementen en studiedesign)	Geen		
Evidence (Accuratesse PICO)	38	Wat voor type evidence was gebruikt voor de aanbeveling?	Kies 1 of meerdere opties: • Comparative accuracy studies • Single-test accuracy (non-comparative) studies • Anders: beschrijf • Niet gerapporteerd	Single-test accuracy studies, comparative accuracy studies		
	39	Beschrijf eventuele indirectness (mismatch tussen PICO componenten van de geincludeerde evidence en de onderzoeksvraag)	Vat samen (dit is mogelijk af te leiden uit de GRADE indirectness-domein)	**Echografie: alleen onderzoeken beschikbaar in patiënten die worden gestadieerd**		
	40	Was er een aparte samenvatting + GRADE beoordeling gemaakt voor relevante subgroepen?	Ja/Deels/Nee	Nee		
	41	**Evidence over Outcome 1: Naam uitkomstmaat**	Wat is de naam van de uitkomstmaat?	**Sensitiviteit voor lymfekliermetastasen (echografie, tijdens stadiering)**		
	42	Evidence over Outcome 1: GRADE certainty of evidence	Kies uit High, Moderate, Low, Very low. En benoem redenen voor afwaarderen (RoB, indirectness, inconsistentie, imprecisie, publicatiebias)	Niet beoordeeld		
	43	Evidence over Outcome 1: Summary of Findings (SoF)	Copy-paste of vat samen	20%		

	Item nr.	Item	Uitleg	Consensus	Notities consensus	Bespreekpunten voor later
	44	**Evidence over Outcome 2: Naam uitkomstmaat**	Wat is de naam van de uitkomstmaat?	**Sensitiviteit(?) voor recidieven (PET/CT, voor/tijdens adjuvante therapie)**		
	45	Evidence over Outcome 2: GRADE certainty of evidence	Kies uit High, Moderate, Low, Very low. En benoem redenen voor afwaarderen (RoB, indirectness, inconsistentie, imprecisie, publicatiebias)	Niet beoordeeld		
	46	Evidence over Outcome 2: Summary of Findings (SoF)	Copy-paste of vat samen (vooral geïnteresseerd in effectgroottes)	"..heeft PET/CT meerwaarde in het detecteren van recidief voorafgaand aan start adjuvante systemische therapie en binnen 6 maanden na starten van adjuvante systemische therapie"		Sensitiviteitsgetallen noemen helpt bij het inschatten van de effecten op patiënt relevante uitkomsten
	47	**Evidence over Outcome 3: Naam uitkomstmaat**	Wat is de naam van de uitkomstmaat?	**Vergelijking van sensitiviteit (PET/CT vs ceCT, voor/tijdens adjuvante therapie)**		
	48	Evidence over Outcome 3: GRADE certainty of evidence	Kies uit High, Moderate, Low, Very low. En benoem redenen voor afwaarderen (RoB, indirectness, inconsistentie, imprecisie, publicatiebias)	Niet beoordeeld		
	49	Evidence over Outcome 3: Summary of Findings (SoF)	Copy-paste of vat samen (vooral geïnteresseerd in effectgroottes)	"Hieruit komt voort dat PET/CT met diagnostische CT thorax een vergelijkbare of mogelijk betere sensitiviteit lijkt te hebben dan ceCT hals-thorax-abdomen".		
		Evidence over Outcome 4: Naam uitkomstmaat	Wat is de naam van de uitkomstmaat?	**Accuratesse voor recidieven (PET/CT, na adjuvante therapie)**		
		Evidence over Outcome 4: GRADE certainty of evidence	Kies uit High, Moderate, Low, Very low. En benoem redenen voor afwaarderen (RoB, indirectness, inconsistentie, imprecisie, publicatiebias)	Niet beoordeeld		

	Item nr.	Item	Uitleg	Consensus	Notities consensus	Bespreekpunten voor later
		Evidence over Outcome 4: Summary of Findings (SoF)	Copy-paste of vat samen (vooral geïnteresseerd in effectgroottes)	Resultaten uit een niet-systematische review: heterogene resultaten uit heterogene studies. Geen overall conclusie door de auteurs geformuleerd.		
		Evidence over Outcome 5: Naam uitkomstmaat	Wat is de naam van de uitkomstmaat?	**Accuratesse voor recidieven (S-100B test, na adjuvante therapie)**		
		Evidence over Outcome 5: GRADE certainty of evidence	Kies uit High, Moderate, Low, Very low. En benoem redenen voor afwaarderen (RoB, indirectness, inconsistentie, imprecisie, publicatiebias)	Niet beoordeeld		
		Evidence over Outcome 5: Summary of Findings (SoF)	Copy-paste of vat samen (vooral geïnteresseerd in effectgroottes)	Narrative synthese van 6 studies; heterogene resultaten uit heterogene studies. Geen overall conclusie door de auteurs geformuleerd.		
Linked evidence (Accuratesse → Impact op patientenuitkomsten)	50	Is de aanbeveling alleen gebaseerd op impact evidence (PICO 1)?	Ja/Nee (Indien Ja -> skip deze sectie)	Nee		
	51	Is er (aanvullend) gebruik gemaakt van de *linked-evidence*-approach (PICO2)?	Kies 1 van de volgende opties: •Gemodelleerd •Doorberekend •Doorgeredeneerd •Geen van allen	Geen van allen		
	52	**Recidiefkans:** Wat is de *incidentie (recidiefkans)* in de populatie?	Recidiefkans bepaalt ten dele de netto gezondheidswinst van surveillance. Als recidiefkans überhaupt laag is, dan is de absolute winst waarschijnlijk ook lager. (Copy-paste relevante zin of vat samen. Indien niet gerapporteerd -> "NR")	Niet gerapporteerd		Zou het goed zijn hier een schatting te geven? Uitsplitst naar type recidief en timing

	Item nr.	Item	Uitleg	Consensus	Notities consensus	Bespreekpunten voor later
	53	**Timing recidieven:** *Wanneer komen de recidieven voor* over de follow-up-periode?	Als recidieven vroeg in de follow-upfase voorkomen, kan dit een aanleiding zijn om de frequentie en duur van surveillance hierop aan te passen. (Copy-paste relevante zin of vat samen. Indien niet gerapporteerd -> "NR")	Niet gerapporteerd		
	54	**Effect van behandeling:** Wat is de *effectiviteit van behandeling* van recidieven?	Surveillance heeft alleen zin als de behandeling van recidieven effectief is. De effectiviteit hiervan kan anders zijn van die bij de primaire tumor. Werd (evidence over) effectiviteit meegenomen in de overweging? (Copy-paste relevante zin of vat samen. Indien niet gerapporteerd -> "NR")	Niet gerapporteerd		Zou het goed zijn bij het formuleren van de zoekvraag te beginnen hierover iets te beschrijven. De klinische waarde van FU hangt hier in belangrijke mate af van de effectiviteit van behandeling van (vroege) recidieven.
	55	**Subgroep verschillen:** Zijn er mogelijke *verschillen in incidentie, timing recidieven, of effectiviteit van de behandeling* tussen subgroepen?	Het is mogelijk dat de populatie bestaat uit subgroepen met een hogere en lagere kans op recidieven. De effectiviteit van surveillance verschilt mogelijk tussen deze subgroepen. (Copy-paste relevante zin of vat samen. Indien niet gerapporteerd -> "NR")	"In specifieke situaties kan een PET/CT meerwaarde hebben. Dat geldt met name voor patiënten [met] een hoog risico op recidief of met een primair melanoom op de ledemaat en een hoog risico op recidief (lymfeklieren met extranodale groei, meerdere satellieten)."		
	56	**Zekerheid van evidence:** Wat is de *zekerheid* van de bovengenoemde linked-evidence componenten? Is hier een GRADE beoordeling van bekend?	In de meeste gevallen zal er geen (hoge kwaliteit) *linked-evidence* beschikbaar zijn, en werkgroepleden zullen gebruikmaken van hun eigen klinische expertise. Indien er geen GRADE beoordeling bekend is, maar iets over	Niet beoordeeld		

	Item nr.	Item	Uitleg	Consensus	Notities consensus	Bespreekpunten voor later
			de kwaliteit van de evidence (bijv. observationele studies), vermeld dit. (Copy-paste relevante zin of vat samen. Indien niet gerapporteerd -> "NR")	Er worden in het richtlijnmodule geen expliciete conclusies getrokken over de effectiviteit van PET/CT ten opzichte van ceCT op patiëntbelangrijke uitkomstmaten. Echter, wordt gezegd dat er 'minimale verschillen' zijn tussen ceCT en PET/CT, waarschijnlijk op basis van accuratesse-evidence (PICO 2). Hetzelfde geldt voor S-100B test: er wordt in de overwegingen slechts iets gezegd over de beperkte sensitiviteit. Er is geen sprake van een expliciete linked-evidence benadering.		
	57	Manier waarop de bovenstaande componenten zijn verwerkt in het oordeel over effectiviteit van surveillance op patiëntenuitkomsten (Redenatie)	Hoe zijn de auteurs vanuit de linked-evidence componenten tot een oordeel gekomen? Probeer de logische stappen te beschrijven.			

	Item nr.	Item	Uitleg	Consensus	Notities consensus	Bespreekpunten voor later
GRADE EtD criteria (overwegingen)	58	Criterium 1: Effecitiviteit (gewenst)	Vat overwegingen samen. Indien niet besproken -> "NB"	* Geen studies gevonden waarin verschillende FU schema's werden vergeleken tijdens adjuvante therapie bij patiënten met resectabel stadium III/IV melanoom. * Geen studies gevonden waarin verschillende FU schema's werden vergeleken na het stoppen van de adjuvante therapie bij patiënten met resectabel III/IV melanoom. *Patiënten die geen adjuvante therapie ondergaan (vanwege comorbiditeit of voorkeur) hebben hetzelfde risico op recidieven als patiënten die wel adjuvante therapie ondergaan (en dus hebben een indicatie voor follow-up) * ceCT en PET/CT laten minimale verschillen zien (in termen van accuratesse), maar bij patiënten met een hoog risico op recidief kan PET/CT meerwaarde hebben. * S-100B heeft een beperkte diagnostische accuratesse * "Het maken van een PET/CT kost meer tijd dan een ceCT, hetgeen ook voor de patiënt een extra belasting is". De enige RCT (MELFO-studie, zie figuur 1 onderaan deze bijlage) is gedaan in patiënten met stadium I/II melanoom.		
	59	Criterium 2: Effectiviteit (ongewenst)	Vat overwegingen samen. Indien niet besproken -> "NB"			Wordt de specificiteit van PET/CT hier ook expliciet overwogen?
	60	Criterium 3: Zekerheid over effecten	Vat overwegingen samen. Indien niet besproken -> "NB"			

	Item nr.	Item	Uitleg	Consensus	Notities consensus	Bespreekpunten voor later
	61	Criterium 4: Waarden en voorkeuren van patiënten	Vat overwegingen samen. Indien niet besproken -> "NB"	"Patiënten met een melanoom vinden voor de follow-up de volgende aspecten van belang: * Controle op nieuwe ziektemanifestaties * Goede informatie over nut van controles en zonbescherming * Mogelijkheid om contact te leggen bij verdachte bevindingen"		
	62	Criterium 5: Kostenaspecten	Vat overwegingen samen. Indien niet besproken -> "NB"	"Een minder intensief controle schema heeft economische voordelen (39% minder directe kosten per patiënt [Deckers, 2020]), en legt minder beslag op de toenemend schaarse polikliniektijd. Ook bij de keuze voor ceCT i.p.v. PET/CT zijn de kosten in de overwegingen meegenomen"		
	63	Criterium 6: Gelijkheid	Vat overwegingen samen. Indien niet besproken -> "NB"	Niet expliciet besproken		
	64	Criterium 7: Aanvaardbaarheid (ethische aanvaardbaarheid / duurzaamheid)	Vat overwegingen samen. Indien niet besproken -> "NB"	Niet expliciet besproken		
	65	Criterium 8: Haalbaarheid	Vat overwegingen samen. Indien niet besproken -> "NB"	"De werkgroep voorziet geen problemen t.a.v. haalbaarheid en implementatie van de aanbevelingen"		

	Item nr.	Item	Uitleg	Consensus	Notities consensus	Bespreekpunten voor later
	66	Afweging van alle aspecten	Als de auteurs hebben beschreven hoe de voor/nadelen van de verschillende aspecten (EtD-criteria) tegen elkaar afwegen, beschrijf dit hier. Copy-paste of vat samen. Indien niet besproken -> "NB"	Er wordt veelvuldig besproken wat de frequentie van FU was in reeds gepubliceerde studies. Mogelijk hebben de auteurs deze FU schema's aanbevolen in de afwezigheid van goede evidence over effectiviteit. Een expliciete afweging van alle aspecten ontbreekt.		Hoe waren de aanbevelingen precies afgeleid uit de evidence? Was dit in de afwezigheid van goede kwaliteit evidence (deels) gebaseerd op wat gebruikelijk was in gepubliceerde trials?

Figuur 1. Jaarlijkse follow-up frequentie zoals onderzocht in de MELFO-studie.

Conventional follow-up schedule							Experimental follow-up schedule						
Years[a]	1	2	3	4	5	6–10	Years[a]	1	2	3	4	5	6–10
AJCC stage							AJCC stage						
IB	4	3	2	2	2		IB	1	1	1	1	1	1
IIA	4	3	2	2	2	1	IIA	2	2	1	1	1	1
IIB	4	3	2	2	2	1	IIB	3	3	2	1	1	1
IIC	4	3	2	2	2	1	IIC	3	3	2	1	1	1

NOTE: [a]Aantal jaar na de primaire operatie; AJCC, American Joint Committee on Cancer;

Figuur 1 Print-screen uit MELFO-studie (Deckers, 2020)
Surveillance strategieën in de MELFO-studie
Er is geen specificatie van de soort testen.

Referentie:

Deckers EA, Hoekstra-Weebers JEHM, Damude S, Francken AB, Ter Meulen S, Bastiaannet E, Hoekstra HJ. The MELFO Study: A Multicenter, Prospective, Randomized Clinical Trial on the Effects of a Reduced Stage-Adjusted Follow-Up Schedule on Cutaneous Melanoma IB-IIC Patients-Results After 3 Years. Ann Surg Oncol. 2020 May;27(5):1407-1417. doi: 10.1245/s10434-019-07825-7. Epub 2019 Sep 18. PMID: 31535302; PMCID: PMC7138761.

Bijlage 5: Vergaderverslag tweede werkgroepvergadering

Datum: 02-07-2026
Tijd: 10.00u – 13.00u
Locatie: Domus Medica, vijfde verdieping, vergaderzaal 6
Aanwezig (fysiek): Jet Quarles van Ufford (NVvR, voorzitter), Thierry Boellaard (NVvR), Mariska Leeflang (BiTE), Bada Yang (BiTE), Fabienne Ropers (Kennisinstituut), José Maas (Kennisinstituut), Karin Flobbe (NVvR), Monique Maas (NVvR, CRC), Quido de Lussanet de la Sablonière (NVvR, melanoom), Pieter Tanis (NVVH, CRC), Dirk Grünhagen (NVVH, melanoom), Derk Jan de Groot (NIV, CRC), Astrid van der Veldt (NIV, melanoom)
Aanwezig (online): Sjaak Burgers (NVALT, long), Cornelia Schaefer-Prokop (NVvR, long)
Afgemeld: Jesse Habets (NVvR), Dirk De Ruysscher (NVRO, long)

1. Opening en mededelingen

De voorzitter opent de tweede werkgroepvergadering. Voorafgaand is kort teruggeblikt op de eerdere werkgroepbijeenkomst. Deelnemers stellen zich kort voor.

Doel van de vergadering

De aanleiding voor het project is de groeiende zorgvraag tegenover een beperkte (beeldvormings)capaciteit. Om de capaciteit zo goed mogelijk te benutten ontstaat daardoor steeds meer behoefte aan expliciete, transparante keuzes over follow-up beeldvorming in oncologische richtlijnen. De voorzitter benadrukt het belang van transparantie in de redenering en van praktisch werkbare uitkomsten van dit project.

Notulen vorige bespreking)

- Het projectdoel wordt aangescherpt en geüniformeerd conform de aanvraag van het project.
- Vertrekpunt is niet primair afname van follow-up, maar een passende verandering van follow-up: beeldvorming inzetten waar deze aantoonbare meerwaarde heeft.

2. Patiëntenvertegenwoordiging

Besproken is hoe patiëntvertegenwoordigers zo goed mogelijk betrokken kunnen worden, met het oog op de derde werkgroepbijeenkomst (gepland 17 september).

Aandachtspunten en afspraken

- Uitdaging voor vertegenwoordigers hun brede achterban te vertegenwoordigen.
- Er wordt een memo opgesteld welke wordt gedeeld met patiëntvertegenwoordigers voorafgaand aan de bespreking op 17 september: welke inbreng wordt van de patiëntvertegenwoordigers verwacht?
- Waar geen evidence is voor follow-up beeldvorming maar er wel behoefte is aan deze duiding, kan dit als kennisvraag worden genoteerd.
- De NFK (Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties) nogmaals verzoeken om met een vervanger aanwezig te zijn bij de werkgroep gezien overkoepelende rol.

Uit te werken vragen aan patiëntvertegenwoordigers

- **Patiënten in follow-up traject:** hoe communiceer je een wijziging van het beleid/FU-schema?
- **Nieuwe patiënten (nieuw FU-schema):** wat te doen als een patiënt meer wenst dan de richtlijn aanbeveelt? Aandacht voor te gebruiken woorden en moment waarop dit

besproken wordt"; richting shared decision making en de vraag waar de werkelijke behoeften liggen.

- **Rol bij intensivering/de-escalatie:** Vraag aan patiëntvertegenwoordigers in richtlijnwerkgroepen wanneer een afname van FU-intensiteit volgt (adagium "baat het niet, dan doen we het niet"), mede gelet op capaciteit die anders niet voor andere patiënten beschikbaar is?

Communicatie/ taalniveau

- Gevraagd wordt niet te ingewikkelde taal gebruikt wordt in het memo en om dit eventueel om te zetten in B2-niveau.
- Aandacht voor het feit dat surveillance sommige patiënten houvast en gemoedsrust geeft; dit erkennen zonder het effect te overschatten.

3. Concept Actions & Learnings

Kernstuk van de vergadering is de bespreking van het concept Actions & Learnings. De learnings zijn opgebouwd volgens de vaste kopjes van het richtlijn-moduleformat, en per onderdeel wordt onderscheid gemaakt tussen neutrale observaties en actiegerichte adviezen. De werkgroep merkte hierbij op consequent onderscheid te willen maken tussen een observatie (zo neutraal mogelijk) en een advies/actie, zodat buitenstaanders het rapport goed kunnen begrijpen. Dit zal worden doorgevoerd in het conceptrapport.

a.i: *Linked-Evidence* Approach (beslismodel)

Het gepresenteerde stappenschema (*Linked-Evidence* Approach) werd breed als een "mooi en ambitieus" model ontvangen. De kern van de discussie:

- **Enthousiasme met voorbehoud:** het model biedt transparantie in de redenering. Tegelijk vergt het besliskundige expertise die momenteel niet standaard beschikbaar is bij het Kennisinstituut. Het mag daarom niet worden gepresenteerd als iets dat het Kennisinstituut standaard gaat uitvoeren, maar als ideaalbeeld/handvat.
- **Expertise en budget:** voor het daadwerkelijk (wiskundig) modelleren is externe expertise nodig (bijv. besliskundigen uit Delft). Dit moet aan de voorkant worden ingecalculeerd (budget/ inkoop van kennis). Kosten voor een model werden geschat in de orde van circa een ton en kan momenteel niet binnen reguliere richtlijnontwikkeling gefinancierd worden. Er wordt benoemd dat bij modules met veel submodules en snelle wetenschappelijke ontwikkeling kan zo'n investering zich terugverdienen, naar dit nu geen realistische weg is om te bewandelen binnen richtlijntrajecten. Wanneer modellen door andere partijen ontwikkeld worden, kunnen de resultaten meegenomen worden in het richtlijnontwikkelproces.
- **Selectie en prioritering:** een volledig model is niet inzetbaar voor álle oncologische richtlijnen, maar er zou een selectie gemaakt kunnen waar de verwachte impact het grootst is. Sommige richtlijnen vallen op voorhand af.
- **Werkbare basisvariant:** het Actions & Learnings-document gaat uit van het scenario dat gebruik maakt van effectiviteitsstudies of een *linked-evidence* approach zónder bestaande modellen en zónder modelleer-expertise in huis. In de praktijk komt het er vaak op neer dat parameters (informatie over incidentie, behandeleffecten) benoemd of uitgewerkt in andere modules worden gecombineerd in de surveillance module en dat de accuratesse-search wordt gedaan zoals nu gebruikelijk is.

- **Hiërarchie en efficiëntie:** advies is om een hiërarchie aan te brengen in de parameters (informatie over incidentie, behandeleffecten). Als bijvoorbeeld al vóór het verzamelen van evidence ten behoeve van de *linked-evidence* approach duidelijk is dat het bewijs zeer onzeker zal zijn (stap "zekerheid van bewijs"), kan worden afgewogen of verder zoeken naar parameters (naast zoeken naar effectiviteitsstudies) nog zinvol is.
- **Aannames expliciet maken:** modelleren is ook mogelijk zonder harde evidence, mits aannames expliciet en transparant worden gemaakt. Met sensitiviteitsanalyses wordt de range van mogelijke effecten en de (on)zekerheid van conclusies inzichtelijk gemaakt.

Internationale context

- Nederland loopt op dit onderwerp (de-escalatie/ "less is more") internationaal voorop; ASCO/NCCN en de VS bewegen juist richting méér beeldvorming.

Aanbeveling bij gebrek aan literatuur

- Als er geen geschikte literatuur wordt gevonden, biedt de screeningsliteratuur (o.a. longkanker, darmkanker) het meest verwante indirecte bewijs en kan in bepaalde situaties worden geëxtrapoleerd (aanname: recidieven gedragen zich vergelijkbaar met primaire tumoren).

Paradigmashift "Less is More" en het de-escaleren zonder nieuw bewijs

- Centrale spanning: veel beeldvorming is zonder bewijs in richtlijnen gekomen. De mindset wordt omgekeerd: "er is geen bewijs, dus we doen het (nog) niet" in plaats van "we doen het al lang, dus we laten het zo". Het adagium "baat het niet, dan schaadt het niet" wordt "baat het niet, dan doen we het niet".
- Dit sluit aan bij de bredere "Less is More"-beweging en bij verwijderen van laagwaardige zorg die zonder bewijs in de richtlijn is gekomen.
- Waar de-escalatie spannend is, kan het Barrett-slokdarm-model als voorbeeld dienen: richtlijn aanpassen en vervolgens prospectief evalueren. Dit is ook een implementatiemaatregel; het kost geld maar kan zich terugverdienen. Per onderwerp moet worden afgewogen of een prospectieve post-implementatie-evaluatie nodig is (risico-afhankelijk).

Vervolg

Guidance voor het volgen van het stappenschema zal worden verwerkt in de actions en learnings en voorgelegd worden aan de werkgroep.

a.ii.1 Uitgangsvraag

Observaties

- Uitgangsvragen kunnen meer open en actiegericht worden gesteld.
- De surveillancestrategie van interesse wordt niet altijd gespecificeerd.
- Patiëntgerelateerde uitkomsten worden niet altijd betrokken in de vraagstelling.
- De optie "geen follow-up" wordt niet altijd meegenomen.

Adviezen

- Formuleer een open vraag (geen ja/nee-antwoord) waarvan het antwoord een actie is die beschrijft hoe de zorg dient te worden uitgevoerd.
- Benoem het doel van de test door de patiëntrelevante uitkomst te specificeren.
- Betrek de mogelijkheid om af te zien van follow-up met beeldvorming in de vraag.

Discussie t.a.v. voorbeeld uitgangsvraag

- Er was discussie over de formulering van de voorbeeld uitgangsvraag “met als doel de patiëntrelevante uitkomst te verbeteren”. Dit werd als te sturend ervaren: het gaat vaak om de-escalatie, waarbij je patiëntuitkomsten wilt behouden met minder capaciteit, en waarbij ook een 2% beter resultaat gezamenlijk kan leiden tot het besluit iets niet te doen.
- “Patiënttevredenheid” alleen is onvoldoende; patiënten kunnen bijvoorbeeld tevreden zijn met veel scans, terwijl dat niet het doel is.
- **Besluit:** de uitgangsvraag wordt aangepast zodat deze niet alleen op de patiënt is gericht, maar “met inachtneming van effecten op patiënt én maatschappij” (kosten, duurzaamheid, inzet van middelen). De voorbeeldformulering wordt hierop aangepast.

Voorbeeldformulering uitgangsvraag (aangepast):

“Wat is de aanbevolen surveillancestrategie (methode/frequentie [x] vs. geen follow-up of andere methode/frequentie [y]) met inachtneming van effecten op patiënt en maatschappij, in patiënten met aandoening [z] die curatief zijn behandeld?”

a.ii.2 Introductie (achtergrond / knelpunt)

Adviezen

- Benadruk dat surveillance niet altijd tot gezondheidswinst leidt, maar ook gezondheidsrisico’s met zich meebrengt (straling, overdiagnostiek, fout-positieven). Vroeg detecteren leidt niet altijd tot behandelvoordeel. Er is bewust gekozen voor de formulering met expliciet “gezondheidsrisico’s”, omdat anders de indruk kan ontstaan dat surveillance niet kan schaden.
- Capaciteitsproblemen zijn een aanleiding, maar niet de reden om follow-up niet te doen. Beeldvorming alleen overwegen bij duidelijke meerwaarde.
- Toegevoegd wordt: Maak onderscheid tussen nazorg en oncologische recidiefdetectie: nazorg betreft (late) complicaties van de behandeling, functionele en psychosociale nazorg (met name in het eerste jaar); recidiefdetectie is gericht op het opsporen van een recidief. Dit onderscheid is niet vanzelfsprekend en dient expliciet te worden gemaakt.

a.ii.3 Zoeken en selecteren (zoekvraag en PICO)

Observaties

- Recidieftypen worden niet altijd gespecificeerd.
- De te onderzoeken surveillancestrategie wordt niet altijd gespecificeerd.

Adviezen – beschrijf de PICO nauwkeurig

- Patiëntenpopulatie: beschrijf tumorkenmerken (i.p.v. alleen “tumortype”), de voorafgaande therapie (cruciaal voor toepasbaarheid) en het ziektestadium. Besloten is “tumorkenmerken” en behandelkenmerken te gebruiken en het stadium daaronder te scharen om dubbelingen te voorkomen.
- Surveillancestrategie: beschrijf het type recidief (lokaal, metastase en lokalisatie), de gebruikte surveillance-test en de timing (frequentie én duur), rekening houdend met lead time bias.
- Modaliteiten: bepaal per module of de vraag beperkt wordt tot beeldvorming of ook andere testen (nucleaire beeldvorming, lichamelijk onderzoek, tumormarkers/biomarkers) omvat; In de brede discussie wordt aangegeven dat het belangrijk is alternatieven en redenen te benoemen om van beeldvorming af te zien. Frequentie is vaak de kernvraag.

Adviezen - Effectonderzoek

- Zoek minimaal naar studies die de effecten van de surveillancestrategie op patiëntrelevante én maatschappelijke uitkomstmaten onderzoeken.
- Let op: follow-upschema's uit (vaak farmaceutisch gesponsorde) medicatie-RCT's zijn niet automatisch passende surveillanceschema's en weerspiegelen niet altijd de dagelijkse praktijk. Als er geen geschikte studie is met een relevante vraag, stopt de beoordeling; deze studies kunnen wél als modelinput dienen (bijv. informatie over incidentie van recidieven). Dit komt in de adviezen onder een ander kopje terug.

Adviezen - Bij ontbreken van goed effectonderzoek

- Ga na welke behandeling volgt bij een met surveillance gevonden recidief/metastase en wat het effect daarvan is in deze specifieke populatie, vergeleken met het natuurlijk beloop.
- Neem de timing van detectie expliciet mee: verandert de effectiviteit van de behandeling afhankelijk van het moment van detectie? Houd rekening met lead time bias en met aannames die in de praktijk worden gehanteerd (bijv. vroeger starten van chemotherapie).
- Toets bij oudere studies of de incidentie van recidieven nog toepasbaar is op de huidige situatie (betere therapie → mogelijk lagere recidiefkans en afnemende meerwaarde van vroeg detecteren).

Adviezen - Accuratesseonderzoek

- Zoek naar studies naar de accuratesse van surveillancetesten/-strategieën. De uitkomst is de doelziekte; de uitkomstmaat is accuratesse. Specificeer test, frequentie en duur.
- In de voorbeeldvraag wordt de uitkomst van de test toegevoegd ("to detect…").

a.ii.4 Zoeken en selecteren (relevante uitkomstmaten)

Observatie

- Uitkomsten worden niet altijd als cruciaal of belangrijk gecategoriseerd.

Adviezen

- Richt je op patiëntrelevante uitkomstmaten (zoals overleving en kwaliteit van leven) in plaats van surrogaatuitkomsten zoals vroege detectie.
- Neem minimaal "overleving" mee als cruciale uitkomstmaat; bepaal overige (cruciale) uitkomstmaten in overleg met de werkgroep (o.a. kwaliteit van leven, progressievrije overleving, psychosociale uitkomsten).

Discussie

- **V**ermijd dubbeling en verwarring. Specificeer de patiëntrelevante uitkomstmaten niet in de eerste zin; overleving als cruciale/minimale uitkomstmaat, overige uitkomsten ter overweging van de werkgroep.
- Progressievrije overleving**:** opgemerkt is dat vaker beeldvorming juist tot kortere gemeten progressievrije overleving leidt; als primaire maat is dit daarom ongeschikt (het zou aanzetten tot zo vaak mogelijk scannen). Deze uitkomstmaat wordt daarom niet meer als mogelijke cruciale uitkomstmaat genoemd in het overzicht.
- Kwaliteit van leven is lastig te interpreteren en kent verschillende domeinen. We vervangen dit voor patiënt gerapporteerde uitkomstmaten

- Accuratesse-uitkomstmaten: formuleer zowel sensitiviteit als specificiteit als belangrijke uitkomstmaat, zodat de gevolgen van fout-positieven worden meegewogen.

a.ii.5 Zoeken en selecteren (methode van zoeken en selecteren)
Adviezen:

- Bepaal de minimale eisen aan studies voor inclusie (toepasbaarheid/generaliseerbaarheid en kwaliteit). Buitenlandse literatuur roept de vraag op naar toepasbaarheid op de Nederlandse situatie (mede afhankelijk van of daar dezelfde therapie wordt gegeven).
- Realiseer je dat regelmatig medicaties studies gevonden worden die surveillance strategieën toepassen, maar het doel hebben om therapie-effectiviteit te onderzoeken. Soms worden de schema's uit deze studies overgenomen in de praktijk. Echter, follow-up schema's die als doel hebben zo snel mogelijk progressie op te sporen in therapie studies, zijn niet automatisch de meest passende surveillance schema's met een goede verhouding tussen positieve en negatieve effecten voor patiënt en maatschappij. Deze studieresultaten kunnen wel gebruikt worden voor modelinput, omdat het iets zegt over de incidentie van recidieven.

a.ii.6 Samenvatting van de literatuur (beschrijving van de studies & SoF-tabel)

- Beschrijf de patiëntpopulatie en surveillancetesten/-strategieën nauwkeurig; beschrijf de uitkomsten expliciet inclusief gerapporteerde getallen (zowel effect- als accuratesseonderzoek).
- Wees bedacht op lead time bias en publicatiebias; lead time bias geldt vooral voor effectstudies. De zin is hierop aangepast.

a.ii.7 Overwegingen
Balans voor- en nadelen

- Observatie: negatieve aspecten van follow-up worden niet altijd besproken.
- Advies: Bespreek expliciet de belasting voor de patiënt en de gevolgen van fout-positieve uitslagen.

Waarden en voorkeuren van de patiënt

- Bespreek belasting: (reis)tijd, verzuim van werk, belasting van de test zelf (straling), stress rond de uitslag, en (psychosociale) gevolgen van fout-positieven of van het weten dat er een recidief is zonder dat het leven verlengd kan worden.
- Onderscheid "belasting" en "schade" van de test (schade is zwaarder), en maak een expliciete lijst van negatieve effecten, inclusief nevenbevindingen/incidentalomas en de vervolgdiagnostiek die daaruit voortkomt (kan tot ernstige complicaties leiden). Sluit hierbij aan bij het GRADE-onderscheid tussen de last van de test zelf en de consequenties van (fout-positieve) resultaten.
- Er wordt erkend dat surveillance voor sommige patiënten houvast/gemoedsrust biedt, maar dit aspect dient niet onnodig vergroot te worden; Dit dient te worden besproken in werkgroep 3 (mede met patiëntvertegenwoordigers).

Kosten en resource use

- Neem naast directe medische kosten ook indirecte maatschappelijke kosten mee (bijv. verzuim, meereizende mantelzorger die niet kan werken).

- Onder “resource use” expliciet geld, middelen én menskracht benoemen (bijv. benodigde MRI-en CT-capaciteit, personeel).

Gezondheidsgelijkheid

- Uitgangspunt: een interventie mag de ongelijkheid niet vergroten. Voor dit project heeft dit binnen één ziektebeeld geen aparte relevantie, maar het speelt op systeemniveau.
- Als niet-effectieve surveillance in de richtlijn blijft staan, dreigt een “systeeminfarct” dat juist tot ongelijkheid leidt. Dat patiënten niet-effectieve surveillance eventueel privaat inkopen, zou niet tot ongelijkheid leiden, omdat het immers niet tot betere uitkomsten leidt (verwijzing naar de situatie in Engeland als schrikbeeld). De afweging tussen ziektebeelden (bijv. mamma vs. long) hoort niet in de werkgroep maar op stelselniveau thuis.

Aanvaardbaarheid, duurzaamheid en haalbaarheid

- Duurzaamheid / CO2-footprint: reisbewegingen, opslag van beelden, contrastmiddelen (o.a. jodiumhoudend afvalwater), energieverbruik. Verwijs naar de pagina/thema’s van de “groene radioloog”.
- Haalbaarheid vs. resource use: discussie of “haalbaarheid” te smal is. Heeft samenhang met kopje kosten. Voorstel: eerst het waardeoordeel over effectiviteit vs. (maatschappelijke) kosten maken; haalbaarheid is de aanvullende vraag of het in de huidige context überhaupt uitvoerbaar is (opportuniteitskosten, schaarste van bijv. MRI, per onderwerp verschillend). Het waardeoordeel over effectiviteit gaat vóór de capaciteitsvraag.
- Kanttekening bij aantallen: een schatting van aantallen is een ondersteunend argument, maar mag niet de bepalende factor zijn of iets wel/niet wordt aanbevolen. De formulering hierover wordt aangescherpt.

Rationale

- Observatie: de rationale achter aanbevelingen wordt niet altijd expliciet gemaakt.
- Denk vooraf na over de criteria op basis waarvan surveillance kan worden aanbevolen wanneer de bewijskracht (zeer) laag is of ontbreekt: wanneer is bewijs sterk genoeg, en welke aspecten neem je mee om toch een onderbouwde aanbeveling te doen? Hiervoor worden in het project “Passend bewijs” handvatten ontwikkeld.

a.ii.8 Eindoordeel, aanbeveling en implementatie

- Volg de handreiking “formuleren van aanbevelingen in richtlijnen”; formuleer aanbevelingen actief, duidelijk en specifiek.
- Besteed bij implementatie aandacht aan de communicatie met de patiënt wanneer geen/weinig surveillance wordt aanbevolen: het niet doen van onderzoek kan verantwoord zijn als het geen toegevoegde waarde heeft. Dit vraagt zorgvuldige formuleringen en goede communicatietools in de spreekkamer; neem hierin schade voor patiënt én maatschappij mee.
- **Psychologie van de hulpverlener (dokters-mindset):** bij sommige hulpverleners heerst de overtuiging dat eerder opsporen altijd gezondheidswinst oplevert. Dit werd als een belangrijk en herkenbaar aandachtspunt benoemd (oncoloog wil “iets doen”, angst om te stoppen), dat expliciet in het rapport thuishoort.

a.ii.9 kennisvragen

- Er wordt geopperd om in de kennisvragen te benoemen dat de ontwikkeling van een model dat de effectiviteit van surveillance modelleert behulpzaam kan zijn.

b. Geformuleerde vervolgacties van dit project

- Het eindrapport wordt gecommuniceerd met alle betrokken wetenschappelijke verenigingen (WV'en), gedeeld met de adviseurs van het Kennisinstituut (en de stuurgroep en werkgroep) en clusterleden.

Per besproken module

- Verzoek aan werkgroepleden om voor hun module de acties te formuleren die nodig zijn n.a.v. de observaties en adviezen (geleerde lessen). Voor de colorectaalmodule wordt benoemd dat deze module gelijktijdig herzien is en deze lessen zijn meegenomen. Voor deze module is het verzoek te benoemen hoe deze lessen zijn meegenomen in de module
- Verzoek aan werkgroepleden om een overzicht (voor zover bekend) van niet besproken modules te benoemen die dienen waarop geformuleerde lessen toegepast zouden moeten worden. Genoemd worden al follow-up na lokale excisies van metastasen en na lokale excisie van de primaire tumor (colorectaal).
- Verzoek aan werkgroepleden voorbeelden van modules aan te dragen waarin de geleerde lessen goed zijn toegepast.

- Benoem ook relevante modules die (nog) niet zijn behandeld, o.a.

Acties uit te voeren door de WV (NVvR)

- De werkgroep wil (buiten de opdracht van dit project) over 2 jaar samenkomen om te evalueren hoe de adviezen van dit project zijn toegepast en hoe deze verder kunnen worden aangescherpt.
- Het is wenselijk onderzoek op te zetten waarin de implementatie van richtlijnen geëvalueerd wordt. Een samenwerking met Soncos wordt geopperd:
  - De richtlijn is niet gelijk aan de praktijk. Er is behoefte om implementatie én de-implementatie te monitoren (bijv. via survey of registraties). Waar mogelijk via bestaande registraties; voor modaliteiten ontbreekt echter een declaratie/registratie voor follow-up beeldvorming, wat monitoring bemoeilijkt.
  - Monitoring werkt twee kanten op: er zijn ook richtlijnen met onderbouwde diagnostiek die door capaciteitskrapte in de praktijk juist niet altijd wordt uitgevoerd.
  - Implementatie van richtlijnen dient getoetst te worden; hiervoor moeten mogelijk variabelen aan registraties worden toegevoegd. Onderzocht wordt of declaratiedata gebruikt kunnen worden om effecten vast te stellen.
- Het is wenselijk het maatschappelijk momentum benutten: aansluiten bij bredere "Less is More" en "passende zorg" projecten (o.a. medisch-maatschappelijke publicaties zoals in medisch contact).

4. Afsluiting

De voorzitter dankt de deelnemers en wenst eenieder een mooie zomer toe. De uitwerking wordt door de stuurgroep verwerkt; de scherpere formulering en vaststelling van de openstaande punten vinden plaats in werkgroep 3 (17 september). Afstemming verloopt verder per mail en telefonisch.

Actielijst

#	Actie	Verantwoordelijke	Termijn
1	Memo vertegenwoordigers patiëntenverenigingen aanpassen en rondsturen aan werkgroepleden	Leden suurgroep	3-7-26
2	Meelezen een aanpassen tekst/vragen memo vertegenwoordigers patiëntverenigingen	Alle werkgroep leden	9-7-26
3	*Linked-Evidence* Approach model verder uitwerken, incl guidance (opnemen in actions and learnings)	FR, BY, JM	16-7-26/ eind augustus. Meesturen met agenda werkgroep 3
4	Verwerken input vergadering op actions&learnings	Leden stuurgroep	16-7-26/ eind augustus. Meesturen met agenda werkgroep 3
5	Per module aanleveren wat is toegepast/toegevoegd + suggesties voor niet-behandelde modules + suggesties goed uitgewerkte modules	Leden richtlijnwerkgroep CRC, NSCLC, melanoom	Schriftelijk, uiterlijk 3 september (2 weken voor werkgroep 3)
6	Evaluatiebijeenkomst plannen (± over 2 jaar) over wat met dit rapport is gedaan, incl. monitoring van (de-)implementatie.	Jet/Fabienne (persoonlijke titel)	± 2 jaar
7	Algemene vervolgacties formuleren, inclusief verantwoordelijke en termijn	Stuurgroep	Werkgroep 3

Bijlage 6: Vergaderverslag van tussentijdse online werkgroepvergadering

Datum & tijd: 28 augustus 2026, 16:00 – 17:00 uur

Aanwezigen: Jet Quarles van Ufford (voorzitter), Fabienne Ropers, Thierry Boellaard, Bada Yang, Mariska Leeflang, Monique Maas, Quido de Lussanet de la Sabloniere, Astrid van der Veldt en Pieter Tanis (later aangesloten).

Schriftelijke input: Cornelia Schaefer-Prokop.

Opening en mededelingen

Jet heet de aanwezigen welkom. De aanwezigen stemmen in met het opnemen en transcriberen van de vergadering. José is met vakantie. Daarnaast zijn de beschikbare uren/begroting van het Kennisinstituut grotendeels benut. Jet en Fabienne nemen daarom tijdelijk meer coördinerende en redigeertaken op zich. Vanwege de korte doorlooptijd vindt afstemming plaats via zowel e-mail als online overleg. De uitgebreide schriftelijke inbreng van werkgroepleden wordt als waardevol ervaren en zo goed mogelijk verwerkt. Hierbij Is het van belang aanleiding en doel van het project voor ogen te houden.

Aanleiding en doel project

Het project richt zich op passende inzet en mogelijke de-escalatie van follow-upbeeldvorming in oncologische richtlijnen, mede tegen de achtergrond van capaciteitsdruk in de beeldvorming.

Door drie richtlijnmodules van verschillende tumoren naast elkaar te analyseren, beoogt het project generieke patronen en handvatten te formuleren die breder toepasbaar zijn dan de drie geselecteerde richtlijnen. Dit is unieke insteek tov andere projecten en initiatieven.

Doel van vandaag

Betrekken vertegenwoordigers patiëntverenigingen

De patiëntenverenigingen zijn benaderd, maar hebben vanwege de vakantieperiode uitstel gevraagd. Ten tijde van het overleg waren nog geen antwoorden op de voorgelegde vragen ontvangen. Het belang van tijdige en passende betrokkenheid van patiëntenvertegenwoordigers wordt nogmaals benadrukt. Daarbij is het van belang onderscheid te maken tussen individuele inbreng, representativiteit van patiëntenvoorkeuren en de wijze waarop patiëntrelevante uitkomsten in richtlijnontwikkeling worden meegenomen.

José wordt gevraagd met Dagmar af te stemmen over het optimaal betrekken van vertegenwoordigers van patientenverenigingen. Jet en Fabienne hebben daarnaast een afspraak met een vertegenwoordiger van de NFK. De volgende conceptversie wordt, met toelichting over de nog ontbrekende input vanuit de patientverenigingen, gedeeld met de betrokken patiëntenvertegenwoordigers.

Vervolgversie tussenrapport bediscussiëren

De eerste versie van het tussenrapport was sterk methodologisch en statistisch georiënteerd. De vervolgrichting is, nav de input, breder gemaakt: naast het methodologische perspectief zijn ook het patiënt-, dokter- en maatschappelijk perspectief toegevoegd in het rapport.
Bada licht toe dat beperkte of zeer lage zekerheid van bewijs niet betekent dat geen aanbeveling mogelijk is. Binnen het GRADE Evidence to Decision-framework kunnen ook onder meer kosten, capaciteit, duurzaamheid, maatschappelijke belangen en patiëntrelevante uitkomsten worden gewogen. De aanwezigen zien meerwaarde in een praktische toelichting op de *linked-evidence* approach, met verwijzingen naar internationale toepassing en handreikingen. De aanpak kan richting geven wanneer direct bewijs over follow-upfrequenties ontbreekt.
Daarnaast is besproken dat bij de-escalatie niet alleen de aanbeveling van belang is, maar ook de implementatie in de praktijk. Inzicht in naleving, lokale afwijkingen en redenen daarvoor zijn belangrijk. Prospectieve zorgevaluatie en registratie verdienen een plaats in de handreiking.
De tabellen en methodologische kernpunten in het hoofdrapport vragen nog om kritische beoordeling.

5. Aanvullende vragen bespreken

De aanvullende vragen moeten inzicht geven in de totstandkoming van de huidige aanbevelingen, eerdere versies, eventuele de-escalatie, ervaren knelpunten, implementatie en de feitelijke inzet van beeldvorming in de Nederlandse praktijk.
CRC: Vlak voor de vergadering beantwoording door Pieter aangeleverd.
Melanoom: Astrid, Guido en Dirk leveren aanvullende beantwoording van de vragen aan.
NSCLC: Cornelia hieeft schriftelijke input gegeven.
Volumeschattingen: Per tumorsoort wordt nog gevraagd om de volumeschatting te checken of aan te leveren. Uitgangspunt is het aantal beeldvormende onderzoeken per patiënt over een periode van 5 jaar; een transparante inschatting volstaat.

7. Vervolgplanning

Conceptversie: Jet verwerkt de ontvangen schriftelijke en mondelinge input tot een nieuwe versie van het tussenrapport. Deze wordt beoogd eind volgende week als concept te delen.
Volgende bijeenkomst: Werkgroepbijeenkomst 3 vindt plaats in september 2026. Tot die tijd vindt verdere afstemming plaats via e-mail.
Implementatie en verspreiding: Van belang het rapport actief onder de aandacht te brengen van oncologische clusterstuurgroepen, zodat het bij de jaarlijkse prioritering van richtlijnmodules kan worden betrokken. Daarnaast is brede multidisciplinaire verspreiding nodig; alleen verspreiding binnen de radiologie is onvoldoende.

8. W.v.t.t.k.

- **NVNG:** Quido vraagt aandacht voor proactieve afstemming met de Nederlandse Vereniging voor Nucleaire Geneeskunde (NVNG), gezien de rol van PET-CT in delen van de oncologische praktijk. Jet neemt contact op met het bestuur om het project toe te lichten.
- **NIV-initiatief:** Astrid wijst op raakvlakken met het NIV-traject Toekomstbestendige Richtlijnen. Astrid introduceert Jet bij Lia van Zuilen, zodat afstemming kan plaatsvinden en beide trajecten elkaar kunnen versterken.
- **Sluiting:** Jet dankt de aanwezigen voor hun inbreng en sluit het overleg.

Actielijst

Nr.	Actie / taak	Actiehouder(s)	Planning / deadline
1	Afstemmen met Dagmar over optimaal betrekken van patiëntenvertegenwoordigers.	José / Fabienne	Z.s.m.
2	Bijlage 12 over de *linked-evidence* approach, Evidence to Decision en relevante internationale referenties uitwerken en afronden.	Bada, Fabienne, Mariska	Vóór werkgroep 3
3	Methodologische kernpunten en tabellen in het hoofdrapport kritisch nalopen en stroomlijnen, inclusief consistente verwerking van GRADE/EtD.	Jet / Bada / Fabienne / stuurgroep	Komende conceptversie
4	Aanvullende vragen voor melanoom beantwoorden, met inbegrip van knelpunten en discussiepunten in de richtlijnwerkgroep.	Astrid, Quido, Dirk	Z.s.m.
5	Alle ontvangen input verwerken in een nieuwe integrale conceptversie van het tussenrapport.	Jet	Uiterlijk 4 sept
6	Nieuwe conceptversie delen met patiëntenvertegenwoordigers en NFK, met toelichting dat inbreng nog niet is ontvangen (en daarmee nog niet verwerkt kon worden)	Jet, Fabienne	Uiterlijk 4 sept
8	NVNG informeren over voortgang van het project en de mogelijkheid bieden om kennis te nemen van de uitkomsten.	Jet	Op korte termijn
9	Introductie verzorgen bij Lia van Zuilen en afstemming verkennen met het NIV-initiatief Toekomstbestendige Richtlijnen.	Astrid (introductie), Jet	Op korte termijn
10	Voorbereiding werkgroepbijeenkomst 3 en tijdige schriftelijke aanvulling op openstaande punten.	Alle werkgroepleden	Voor bijeenkomst september 2026

Bijlage 7: Vergaderverslag derde werkgroepvergadering

Conceptverslag derde werkgroepvergadering
NVvR – Passende follow-up beeldvorming in oncologische richtlijnen
Datum: 17 september 2026
Tijd: 13.00–16.00 uur
Locatie: Domus Medica, Utrecht

Aanwezig:
Jet Quarles van Ufford (NVvR, voorzitter), Mariska Leeflang (BiTE)
Astrid van der Veldt (NIV, melanoom), Karin Flobbe (NVvR), Miranda Snoeren (NVvR), Monique Maas (NVvR, CRC), Cornelia Schaefer-Prokop (NVvR, NSCLC), Pieter Tanis (NVVH, CRC), Sjaak Burgers (NVALT, NSCLC),
Lidia Barberio (patiëntvertegenwoordiger longkanker), Arnica Nijhof (patiëntvertegenwoordiger darmkanker),
Bada Yang (BiTE), Fabienne Ropers (Kennisinstituut), José Maas (Kennisinstituut)

Online:
Thierry Boellaard (NVvR), Dirk Grunhagen (NVVH, melanoom), Quido de Lussanet (NVvR, melanoom)

Afgemeld:
Carin Louis – van den Broek (patiëntvertegenwoordiger NFK), Koen van Elst (patiëntvertegenwoordiger melanoom),
Derk-Jan de Groot (NIV, CRC), Dirk De Ruysscher (NVRO, NSCLC),

1. Opening en mededelingen
De voorzitter opent de vergadering en heet de aanwezige en online aangesloten werkgroepleden welkom. Lidia Barberio namens Longkanker Nederland en Arnica Nijhof namens Stichting Darmkanker sluiten voor het eerst bij deze werkgroepbijeenkomst aan. Miranda Snoeren vervangt Jesse Habets vanuit de commissie kwaliteit van de NVvR.

De verslagen van de tweede werkgroepvergadering en de extra online werkgroepvergadering worden zonder aanvullingen vastgesteld.

Kort wordt teruggeblikt op de aanleiding en opzet van het project. Het project is gestart vanuit de constatering dat steeds meer diagnostiek wordt ingezet en dat beeldvorming zowel gezondheidswinst kan opleveren als mogelijke nadelen voor patiënten en maatschappij met zich mee kan brengen. De centrale vraag is daarom niet primair hoe minder kan worden gescand, maar hoe follow-up beeldvorming zo passend en zinvol mogelijk kan worden ingezet. Het project richt zich specifiek op follow-up beeldvorming na in opzet curatieve behandeling en niet op beeldvorming tijdens actieve behandeling of bij gemetastaseerde ziekte.

2. Analyse van de drie richtlijnen
De analyses van de richtlijnen colorectaal carcinoom (CRC), melanoom en niet-kleincellig longcarcinoom (NSCLC) worden samengevat.
De werkgroep constateert dat de formulering van de uitgangs- en onderzoeksvragen tussen de richtlijnen verschilt. Zo kan worden gestart vanuit de vraag welke frequentie optimaal is, terwijl ook eerst de fundamentelere vraag kan worden gesteld of

routinematige follow-up beeldvorming überhaupt bijdraagt aan patiëntrelevante uitkomsten.
Voor de concrete follow-up schema's is in alle drie de richtlijnen het directe bewijs voor effecten op patiëntrelevante uitkomsten beperkt. Als belangrijkste patiëntrelevante uitkomsten worden overleving en kwaliteit van leven genoemd. Er is wel veel onderzoek beschikbaar, maar studies beantwoorden vaak niet rechtstreeks welke modaliteit, frequentie en duur van follow-up optimaal zijn.
CRC vormt hierbij een belangrijk voorbeeld. Op basis van meerdere studies is de follow-up in de richtlijn eerder aanzienlijk gede-escaleerd. Uit deze evidence blijkt dat intensievere follow-up en meer beeldvorming wel tot meer detectie en behandeling kunnen leiden, maar niet automatisch tot een betere overleving. Dit is volgens de werkgroep een belangrijk inzicht, juist omdat intuïtief vaak wordt verondersteld dat eerder ontdekken vanzelfsprekend leidt tot betere uitkomsten.
Voor melanoom en NSCLC is de onderbouwing van de gekozen follow-up frequentie minder sterk en is de rationale achter de concrete schema's minder transparant terug te vinden. Daarbij wordt benoemd dat follow-up schema's soms historisch zijn ontstaan of zijn overgenomen uit geneesmiddelenstudies, waarin frequent wordt gescand om bijvoorbeeld progressievrije overleving nauwkeurig vast te stellen. Zo'n studieschema hoeft echter niet automatisch het optimale schema voor de dagelijkse praktijk te zijn.
De werkgroep benadrukt dat het project niet op voorhand tot de conclusie moet leiden dat minder beeldvorming altijd beter is. Bij een nieuwe beoordeling kan ook blijken dat intensievere follow-up bij bepaalde patiëntengroepen zinvol is. Ontwikkelingen in behandeling kunnen de waarde van vroegdetectie bovendien veranderen. Als bijvoorbeeld een vroeg ontdekt recidief of oligoprogressie tegenwoordig effectief lokaal kan worden behandeld, kan dit consequenties hebben voor de gewenste follow-upstrategie.
Een belangrijk generiek uitgangspunt is daarom: beschrijf bij een richtlijnherziening eerst wat de huidige praktijk is, waarop die is gebaseerd en welke patiëntrelevante meerwaarde daarvan aannemelijk of aangetoond is.

3. Patiëntenperspectief

De schriftelijke reacties van de patiëntenorganisaties en de vooraf verzamelde literatuurbevindingen worden besproken.
Er wordt duidelijk onderscheid gemaakt tussen **nazorg** en **oncologische follow-up beeldvorming**. Nazorg omvat onder andere aandacht voor behandelgevolgen, klachten, dagelijks functioneren, psychosociale gevolgen en ondersteuning. De behoefte hieraan kan sterk per patiënt verschillen. Een routinematig beeldvormingsschema voor het opsporen van recidief hoeft daarentegen niet automatisch individueel anders te zijn voor iedere patiënt.
Het begrip maatwerk zit vanuit patiëntperspectief daarom niet uitsluitend in de frequentie van scans. Maatwerk betreft juist ook de manier waarop informatie wordt gegeven, hoe met onzekerheid of angst wordt omgegaan en welke ondersteuning een patiënt nodig heeft. De ene patiënt heeft veel behoefte aan uitleg en geruststelling, terwijl een andere patiënt minder intensieve begeleiding nodig heeft.
Bij een vraag om extra beeldvorming is het belangrijk te onderzoeken welke behoefte daaronder ligt. Een verzoek om een scan kan bijvoorbeeld voortkomen uit klachten, angst of behoefte aan zekerheid. Die behoefte hoeft niet altijd met extra beeldvorming te worden beantwoord. Ook andere vormen van monitoring, diagnostiek of ondersteuning kunnen passend zijn.

Bij eventuele de-escalatie van follow-up is heldere communicatie essentieel. Patiënten moeten begrijpen waarom een schema verandert, welke onderbouwing daarvoor bestaat, welke mogelijke nadelen beeldvorming heeft en op welke wijze eventuele signalen of klachten vervolgens worden opgevolgd.
De ervaringen met de wijziging van het CRC-follow-up schema laten zien dat veranderingen in de praktijk enige overgangstijd vragen. Voor patiënten die al volgens een bestaand schema worden gevolgd kan extra uitleg nodig zijn. Bij nieuwe patiënten lijkt een aangepast schema gemakkelijker als uitgangspunt te kunnen worden genomen. Daarbij blijft ruimte bestaan om gemotiveerd en in overleg met de patiënt van een richtlijn af te wijken.
De patiëntenvertegenwoordigers worden gevraagd bij de volgende versie van het rapport specifiek mee te lezen of het patiëntenperspectief juist en herkenbaar is samengevat.

4. Perspectief van professionals en maatschappij

Naast methodologische argumenten spelen ook overtuigingen van professionals een rol. Zowel patiënten als professionals kunnen de meerwaarde van diagnostiek overschatten vanuit de intuïtieve gedachte dat "eerder altijd beter is". Meer en eerder detecteren betekent echter niet vanzelfsprekend dat patiënten langer of beter leven.
Professionals hebben daarnaast een dubbele verantwoordelijkheid: optimale zorg voor de individuele patiënt én bijdragen aan toegankelijke en houdbare zorg voor alle patiënten. Capaciteit, kosten en duurzaamheid zijn daarom relevante onderdelen van de afweging.
De werkgroep bespreekt dat het aanvragen van routinematige beeldvorming in de praktijk relatief eenvoudig kan zijn, terwijl het gesprek over waarom een scan niet nodig is juist extra consulttijd kan vragen. Ook financierings- en productiesystemen kunnen mogelijk van invloed zijn op praktijkpatronen. Dit benadrukt dat implementatie van passende zorg niet uitsluitend een methodologisch vraagstuk is.
Schaarste aan diagnostische capaciteit was een belangrijke aanleiding voor het project, maar moet niet de inhoudelijke conclusie bepalen. De kern blijft dat beeldvorming daar moet worden ingezet waar zij aantoonbare of aannemelijke meerwaarde heeft. Minder onnodige routinediagnostiek kan vervolgens capaciteit vrijmaken voor patiënten bij wie diagnostiek wel direct noodzakelijk is.
Ook de inzet van zelfstandige diagnostische centra wordt besproken. Deze centra lossen capaciteitsproblemen niet vanzelfsprekend op, onder meer omdat dezelfde schaarse radiologische expertise wordt ingezet en aanvullende beoordeling in het ziekenhuis soms alsnog nodig is.

5. *Linked-Evidence* Approach

De *Linked-Evidence* Approach (LEA) wordt toegelicht als methode om de effectiviteit van surveillance te beoordelen wanneer rechtstreeks vergelijkende RCT's ontbreken of niet exact aansluiten op de relevante onderzoeksvraag.
Bij LEA worden verschillende schakels in de redenering met elkaar verbonden, bijvoorbeeld:

- hoe vaak en bij welke patiënten recidieven voorkomen;
- de biologische kenmerken en het natuurlijke beloop van het recidief;
- de nauwkeurigheid van de gebruikte beeldvorming;
- in hoeverre vroegere detectie leidt tot een andere behandeling;
- de effectiviteit van die behandeling;
- het uiteindelijke effect op bijvoorbeeld overleving en kwaliteit van leven.

De aanpak kan bestaan uit expliciet **redeneren** of uit formele **modellering**. Een volledig besliskundig model is arbeidsintensief, kostbaar en niet realistisch binnen iedere richtlijnherziening. De werkgroep ziet echter wel mogelijkheden voor een eenvoudiger vorm van transparant redeneren binnen het reguliere richtlijnproces.
Daarbij kunnen de belangrijkste parameters worden geïdentificeerd en kan worden nagegaan welke evidence daarvoor beschikbaar is. Waar evidence ontbreekt kunnen aannames expliciet worden gemaakt, bijvoorbeeld met best- en worstcasescenario's. Daarmee kan soms al een bandbreedte voor het potentiële effect van surveillance worden bepaald.
De belangrijkste meerwaarde van LEA wordt gezien in **transparantie**: duidelijk wordt welke evidence is gebruikt, welke stappen in de redenering zijn gezet en welke onzekerheden en aannames daarbij een rol spelen. Ook kan de aanpak inzicht geven in welke kennislacunes het meest relevant zijn voor toekomstig onderzoek.
De werkgroep bespreekt dat de benodigde methodologische expertise momenteel niet standaard binnen iedere richtlijnwerkgroep beschikbaar is. Een volledig model opstellen kan niet van iedere richtlijnadviseur of werkgroep worden verwacht. Wel moet worden verkend welke eenvoudige praktische handvatten kunnen worden ontwikkeld om het transparant redeneren beter te ondersteunen.

6. Conceptrapport en adviezen

De conceptadviezen voor de richtlijnsystematiek worden besproken.
De werkgroep onderschrijft in hoofdlijnen de volgende richting:

- Beschrijf bij een richtlijnherziening eerst de bestaande praktijk en waarop deze is gebaseerd.
- Maak expliciet of het bestaande follow-up schema daadwerkelijk is onderbouwd voor patiëntrelevante uitkomsten zoals overleving en kwaliteit van leven.
- Neem bestaande follow-up schema's niet automatisch als vanzelfsprekend uitgangspunt.
- Maak de rationale en de volledige redenering van evidence naar aanbeveling transparant en terugvindbaar.
- Gebruik bij gebrek aan direct bewijs waar mogelijk informatie uit verschillende schakels van de *Linked-Evidence* Approach.
- Betrek naast gezondheidswinst ook mogelijke schade, patiëntvoorkeuren, capaciteit, kosten, duurzaamheid en toegankelijkheid.
- Overweeg zowel de-escalatie als intensivering als de evidence en klinische context daar aanleiding toe geven.

De term **omgekeerde bewijslast** wordt uitgebreid besproken. De gedachte hierachter is dat niet automatisch hoeft te worden aangenomen dat een bestaand, historisch gegroeid intensief schema de norm is waarvan alleen met zwaar bewijs mag worden afgeweken. Eerst moet worden gevraagd waarop het bestaande schema zelf is gebaseerd.
Tegelijkertijd wordt aangegeven dat het conceptrapport scherper en positiever moet formuleren wat uit het project wél kan worden geleerd. Alleen concluderen dat veel bewijs ontbreekt doet volgens verschillende werkgroepleden onvoldoende recht aan de opbrengst van het project.
Met name de CRC-evidence kan hierbij als concreet voorbeeld dienen: daar laat relatief sterke evidence zien dat frequentere beeldvorming niet vanzelfsprekend leidt tot betere patiëntrelevante uitkomsten. De werkgroep stelt voor deze beschikbare kennis nadrukkelijker als vertrekpunt te gebruiken en vervolgens transparant te beoordelen in

hoeverre deze kennis, samen met tumorspecifieke kenmerken, relevant is voor andere richtlijnen.
Er wordt daarbij gewaarschuwd voor te stellige extrapolatie tussen verschillende tumortypen. Verschillen in tumorbiologie, recidiefpatroon en beschikbare behandeling moeten expliciet worden meegewogen.

7. Implementatie en vervolgacties

De werkgroep vindt het belangrijk dat de opbrengsten van het project niet bij het rapport blijven, maar worden toegepast bij toekomstige richtlijnherzieningen.
Het Kennisinstituut kan niet bepalen welke afzonderlijke richtlijnmodules worden geprioriteerd voor herziening. Wel kan het rapport onder richtlijnadviseurs worden verspreid, zodat de methodiek kan worden meegenomen wanneer een relevante follow-up module wordt herzien. Ook wordt besproken om de uitkomsten actief via de betrokken clusters en wetenschappelijke verenigingen te verspreiden.
Bij toekomstige aanpassingen van follow-up strategieën is het wenselijk om, waar mogelijk, prospectieve zorgevaluatie of monitoring aan de implementatie te koppelen. De huidige praktijk en praktijkvariatie zijn namelijk vaak moeilijk uit bestaande registraties of declaratiedata te reconstrueren.
De werkgroep ziet daarnaast mogelijkheden om relevante kennislacunes te agenderen voor zorgevaluatie en onderzoek.
Afgesproken is om na ongeveer één jaar opnieuw te bekijken wat de adviezen hebben opgeleverd, of ze in richtlijnen zijn toegepast en welke nieuwe inzichten inmiddels beschikbaar zijn.

8. Hoofdconclusie

De concept-hoofdconclusie wordt besproken. De werkgroep kan zich vinden in de gedachte dat vaker scannen niet vanzelfsprekend betere zorg betekent, maar vindt dat de formulering duidelijker moet laten zien wat het project wél heeft opgeleverd.
De kern wordt daarom verder uitgewerkt vanuit het principe dat passende follow-up beeldvorming moet worden gebaseerd op de verwachte meerwaarde voor patiënt én maatschappij. Bestaande schema's moeten kritisch en transparant worden herbeoordeeld, waarbij beschikbare directe evidence, indirecte evidence, tumorbiologie, behandelopties, patiëntvoorkeuren en maatschappelijke gevolgen gezamenlijk worden meegewogen.
CRC biedt daarbij een concreet voorbeeld dat de-escalatie van intensieve follow-up mogelijk kan zijn zonder aantoonbaar verlies van patiëntrelevante uitkomsten. Voor andere tumortypen moet deze vraag opnieuw en tumorspecifiek worden beoordeeld.

9. Vervolgplanning

De input uit deze werkgroepvergadering wordt verwerkt in het concept-eindrapport.
De geplande stuurgroepvergadering van 22 september vervalt, omdat er onvoldoende tijd is om de input uit deze bijeenkomst te verwerken en het document vooraf door de stuurgroep te laten beoordelen. Fabienne Ropers en Jet Quarles van Ufford werken verder aan de verwerking van de input en het concept-eindrapport.
Na afstemming met de stuurgroep wordt het concept-eindrapport opnieuw met de werkgroep gedeeld voor een laatste feedback- en accorderingsronde.
De planning blijft erop gericht begin oktober de commentaarfase te starten. Daarna volgt de commentaarvergadering in november/december en vervolgens accordering ten behoeve van de autorisatiefase.

10. Belangen

De uitkomst van de beoordeling door de belangencommissie wordt teruggekoppeld. Voor Derk-Jan de Groot geldt een restrictie indien besluitvorming plaatsvindt over de plaatsbepaling van immuunresponsbehandeling. Binnen dit project worden hierover geen specifieke aanbevelingen opgesteld.

Daarnaast heeft de belangencommissie als algemeen advies meegegeven om gedurende een richtlijnontwikkelingstraject geen advieswerkzaamheden voor commerciële partijen te verrichten, ter voorkoming van de schijn van belangenverstrengeling. De werkgroep bespreekt kort dat dit in de praktijk soms tot dilemma's kan leiden.

Actiepunten

- Fabienne Ropers en Jet Quarles van Ufford verwerken de input uit de vergadering in het concept-eindrapport.
- De formulering van de hoofdconclusie wordt aangescherpt, met meer nadruk op wat uit de beschikbare evidence wél kan worden geconcludeerd.
- De CRC-evidence wordt nadrukkelijker als leerzaam voorbeeld in het rapport verwerkt, zonder deze zonder meer naar andere tumortypen te extrapoleren.
- Praktische handvatten voor transparant redeneren volgens de *Linked-Evidence* Approach worden verder uitgewerkt en afgestemd met het Kennisinstituut.
- Het patiëntenperspectief wordt verwerkt; patiëntenvertegenwoordigers lezen mee of dit herkenbaar en correct is weergegeven.
- Het rapport wordt na akkoord van de stuurgroep opnieuw aan de werkgroep voorgelegd.
- De uitkomsten worden na afronding gedeeld met richtlijnadviseurs, relevante clusters en wetenschappelijke verenigingen.
- Bij relevante toekomstige richtlijnherzieningen wordt waar mogelijk aandacht besteed aan monitoring, zorgevaluatie en registratie van wijzigingen in follow-up.
- Na ongeveer één jaar wordt geëvalueerd in hoeverre de adviezen zijn toegepast en welke nieuwe inzichten beschikbaar zijn.
- Relevante recente voorbeelden van de-escalatie van follow-up, waaronder vanuit nier- en peniskanker, worden gedeeld ter inspiratie.

Bijlage 8: Memo patiëntvertegenwoordigers

Aan: Vertegenwoordigers van patiëntverenigingen
Van: Leden Stuurgroep SKMS project “Follow-up beeldvorming in oncologische richtlijnen”
Datum: 14 juli 2026
Betreft: Follow-up beeldvorming na oncologische behandeling: verzoek om input

Geachte vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen,

U bent namens uw vereniging afgevaardigd als betrokkene bij het project ‘Passende follow-up beeldvorming in oncologische richtlijnen. Middels deze brief willen wij u verzoeken om in het kader van dit project voor 7 augustus input te geven op enkele vragen die verderop in de brief worden gesteld.

Aanleiding

In het kader van het SKMS project “Passende follow-up beeldvorming in oncologische richtlijnen” worden de wetenschappelijke onderbouwingen en aanbevelingen voor follow-up beeldvorming van 3 verschillende richtlijnmodules (darmkanker, longkanker en melanoom) geanalyseerd. Er zijn steeds meer aanwijzingen dat follow-up na oncologische behandeling slechts in beperkte mate bijdraagt aan gezondheidswinst. Vaak zonder goede onderbouwing zijn relatief intensieve controleschema’s en veel onderzoeken ingevoerd, met een disbalans tussen voor- en nadelen. Een directe aanleiding, maar niet de reden, van het project is de toenemende vraag naar beeldvorming bij steeds beperktere capaciteit, wat ertoe leidt dat scherpere keuzes nodig (zullen) zijn. Daarom bestaat er nu urgentie om doelmatigheid van bestaande follow-up in algemene zin, en toegevoegde waarde van beeldvormende onderzoeken in het bijzonder, kritisch tegen het licht te houden.

Dit project biedt vergelijkend inzicht in de onderbouwing van aanbevelingen voor beeldvormend follow-up onderzoek voor drie richtlijnmodules en heeft als doel observaties en adviezen te formuleren die breed inzetbaar zijn bij het proces om tot aanbevelingen te komen in toekomstige richtlijnherzieningen. Dit project is geen richtlijnherziening.

Wij zijn erg blij als u wilt deelnemen aan dit project. Graag bespreekt de werkgroep onderstaande bevindingen uit de literatuur over patiëntervaringen en voorkeuren ten aanzien van follow-up na oncologische behandeling met u vanuit uw kennis en achtergrond als vertegenwoordiger van een patiëntenvereniging aan de hand van een aantal vragen.

Overzicht bevindingen uit de literatuur

Uit meerdere studies naar de ervaringen en voorkeuren van patiënten na behandeling van (darm)kanker komen de volgende inzichten naar voren:

- **Behoefte aan meer dan alleen recidiefopsporing**. Patiënten hechten vooral in het eerste jaar na behandeling waarde aan follow-up die ook aandacht besteedt aan gevolgen van behandeling en functioneren in het dagelijks leven, niet slechts aan het medisch-technisch opsporen van terugkeer van de ziekte.
- **Voorkeur voor duidelijkheid en een vast aanspreekpunt. Een** helder aanspreekpunt en tijdige, begrijpelijke informatie dragen sterk bij aan het gevoel van veiligheid.
- **Minder hoeft niet minder goed te zijn.** Uit een prospectieve trial bleek dat meer dan 25% van de optionele controlemomenten door patiënten bewust niet werd benut, zonder nadelig effect op tevredenheid of veiligheid. Een meta-analyse bevestigt dat de intensiteit van follow-up geen aantoonbaar effect heeft op kwaliteit van leven.
- **Coping stijl beïnvloedt follow-up wens niet.** De persoonlijkheid of coping stijl van een patiënt blijkt geen bepalende factor voor de gewenste intensiteit van follow-up.
- **Voorkeur voor laagdrempelige en nabije zorg.** Patiënten waarderen de mogelijkheid om bij klachten snel contact te kunnen opnemen, en geven de voorkeur aan zorg dicht bij huis of via digitale kanalen wanneer dat verantwoord is.

Onze vragen aan u

Wij nodigen u van harte uit te reageren op de volgende vragen vóór 7 augustus 2026:

1. In hoeverre herkent u, vanuit het perspectief van de patiënten die u vertegenwoordigt, de hierboven beschreven bevindingen over follow-upvoorkeuren?
2. Op welke wijze kan een wijziging in de follow-up, zoals een verandering in frequentie, zo goed mogelijk bespreekbaar worden gemaakt met vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen in de richtlijnwerkgroep?
3. Wat is uw advies ten aanzien van de communicatie met patiënten in follow-up en verandering van het follow-up schema? En bij patiënten die behoefte hebben aan meer beeldvormende onderzoeken dan in de richtlijn staat?

Vervolg

U bent van harte uitgenodigd om de werkgroep bijeenkomst van 17 september a.s. bij te wonen. In deze bijeenkomst zullen bovenstaande vragen besproken worden. Vanwege onze voorbereidingen voor deze vergadering vragen wij u om uw antwoorden uiterlijk 7 augustus toe te sturen aan José Maas (senior adviseur op dit project) via j.maas@kennisinstituut.nl.

Ongeveer één week voorafgaand aan de bijeenkomst op 17 september ontvangt u een agenda met voor te bereiden agendastukken. Tevens zijn wij voornemens om medio augustus een tussenrapport met u te delen ter voorbereiding op de bijeenkomst.
De besproken punten op 17 september zullen uitgewerkt worden in een conceptverslag, met mogelijkheid tot reageren binnen de dan aan te geven termijn. Na deze termijn kunnen geen aanvullingen of opmerkingen meer worden gemaakt.

De uitkomsten van de bespreking op 17 september worden tevens verwerkt in het eindrapport van dit project. Dit rapport zal ter akkoord worden voorgelegd aan alle werkgroepleden en patiëntvertegenwoordigers alvorens het ter commentaar verstuurd wordt aan verschillende verenigingen. Ook hiervoor zullen we een termijn geven waarbinnen u nog kunt reageren op dit rapport.

Mocht u vragen of behoefte hebben aan nadere toelichting, dan vernemen wij dat graag. U kunt dit aangeven door een mail te sturen aan José Maas (j.maas@kennisinstituut.nl).

Met vriendelijke groet,
Namens leden van werkgroep “Passende follow-up beeldvorming in oncologische richtlijnen”,

dr. J.C. (José) Maas
Senior adviseur Kennisinstituut van Medisch Specialisten
Mercatorlaan 1200 • Postbus 3320 • 3502 GH Utrecht
(088) 505 34 44 • 0630901184 • j.maas@kennisinstituut.nl
www.kennisinstituut.nl • KvK 56689543
ma-di-do-vr
Medisch Specialist 2035 - Bevlogen, betrokken en verbindend

Bijlage 9: Reacties patiëntvertegenwoordigers op memo

Reactie Longkanker Nederland (Lidia Barberio):

1. In hoeverre herkent u, vanuit het perspectief van de patiënten die u vertegenwoordigt, de hierboven beschreven bevindingen over follow-upvoorkeuren?

   "Deze zijn middels de rapportage van onze vragenlijst (zie onderaan deze bijlage) beantwoord."

2. Op welke wijze kan een wijziging in de follow-up, zoals een verandering in frequentie, zo goed mogelijk bespreekbaar worden gemaakt met vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen in de richtlijnwerkgroep?

   "Ik ben de vertegenwoordiger van de patiëntenvereniging in de richtlijnherzieningen van de richtlijnen voor longkanker. Voordat dit echter van toepassing is, zal meer nodig zijn, zie hieronder."

3. Wat is uw advies ten aanzien van de communicatie met patiënten in follow-up en verandering van het follow-up schema? En bij patiënten die behoefte hebben aan meer beeldvormende onderzoeken dan in de richtlijn staat?

   "De eerste vraag is of en zo ja welke verandering van follow-up met beeldvorming al dan niet wenselijk is en voor welke doelgroepen en of er alternatieven nodig/behulpzaam zijn. Bij welke vormen van (in ons geval longkanker) en in welke stadia is welke beeldvorming hoe vaak van invloed op tijdige ontdekking van progressie? In ons geval zijn ook uitzaaiingen de hersenen bij bepaalde vormen van longkanker (kleincellige longkanker (SCLC) en mutaties) veel voorkomend, hoe vaak is daarbij een MRI zinvol?

   Als goed onderbouwd is welke wijziging in welke situatie volstaat/liefst nog van meerwaarde is voor patiënten, dan zal goed begrijpelijke informatie nodig zijn over waarom de frequentie van de controles en/of vorm van controles wijzigt. Helpt bijvoorbeeld het doorlopend melden van bijwerkingen voor het voorspellen van progressie en kan daardoor minder beeldvorming toegepast worden? Dan biedt je patiënten iets waarmee ze controle hebben over hun risico op onontdekte progressie in te perken. Hoever zijn de ontwikkelingen van inzet van bloedanalyses om in welke gevallen ondersteund/in plaats van beeldvorming gebruikt te worden? Een goede uitleg en alternatief om progressie snel te ontdekken zal voor patiënten essentieel zijn. Het zal per vorm van kanker verschillen wat veel voorkomende plekken zijn waar uitzaaiingen voorkomen, dat zal maken dat niet makkelijk een one-size-fits-all methode mogelijk is. Ook hoe agressief bepaalde (sub-) vormen van kanker zijn, hoe snel ontstaat progressie, zal een rol spelen.

   Ik probeer dus niet te zeggen dat wij tegen verandering zijn, maar wel dat er goed bewijs en goede alternatieven op maat nodig zijn. We gaan in de oncologische zorg ook steeds meer naar personalized care. Ik vermoed dat dat hier ook nodig is.

Als patiënten meer behoefte hebben aan beeldvorming (in onze vragenlijst gaat dat om 20%), dan is het gesprek waarom die behoefte er is relevant. Het kan heel goed zijn, dat iemand daar goede redenen voor heeft, bijvoorbeeld bepaalde klachten die zich tussen controles voordoen. Of niet weet welke controle wanneer zinvol is. Hier kunnen we als patiëntenorganisaties meer informatie over bieden via onze websites, maar vooral van belang dat ziekenhuizen eenvoudige en eenduidige informatie hierover bieden. De vraag is ook of dat kan? Hoe uniform wordt de richtlijn gevolgd? Als artsen of ziekenhuizen veel praktijkvariatie laten zien, wordt uitleggen wat 'goed' is lastig.

Bij informatie is het altijd van belang dat deze kort, eenvoudig en liefst in meer talen beschikbaar is. "

Uitkomsten Vragenlijst controles met scans bij longkanker

Een onderzoek van Longkanker Nederland met 190 respondenten augustus 2026

Aanleiding

In het kader van het SKMS project “Passende follow-up beeldvorming in oncologische richtlijnen” worden de wetenschappelijke onderbouwingen en aanbevelingen voor follow-up beeldvorming van 3 verschillende richtlijnmodules (darmkanker, longkanker en melanoom) geanalyseerd.

Het Kennisinstituut geeft aan dat: er steeds meer aanwijzingen zijn dat follow-up na oncologische behandeling slechts in beperkte mate bijdraagt aan gezondheidswinst. Vaak zonder goede onderbouwing zijn relatief intensieve controleschema’s en veel onderzoeken ingevoerd, met een disbalans tussen voor- en nadelen. Een directe aanleiding, maar niet de reden, van het project is de toenemende vraag naar beeldvorming bij steeds beperktere capaciteit, wat ertoe leidt dat scherpere keuzes nodig (zullen) zijn. Daarom bestaat er nu urgentie om doelmatigheid van bestaande follow-up in algemene zin, en toegevoegde waarde van beeldvormende onderzoeken in het bijzonder, kritisch tegen het licht te houden.

Dit project biedt vergelijkend inzicht in de onderbouwing van aanbevelingen voor beeldvormend follow-up onderzoek voor drie richtlijnmodules en heeft als doel observaties en adviezen te formuleren die breed inzetbaar zijn bij het proces om tot aanbevelingen te komen in toekomstige richtlijnherzieningen.

Aan Longkanker Nederland is gevraagd deel te nemen aan dit project. Om input te kunnen geven vanuit patiëntperspectief, heeft Longkanker Nederland een vragenlijst van 12 vragen uitgezet onder haar digitale patiëntenpanel. De vragenlijst kon ingevuld worden van 18 tot en met 26 augustus 2026. In totaal vulden 190 mensen aan de vragenlijst in.

Doelgroep

We stelden de 190 personen die de vragenlijst invulden een aantal vragen om een beter beeld te krijgen over wie de vragenlijst ingevuld hebben.

Hoe lang geleden is het dat u hoorde dat u longkanker heeft/had?

Het grootste deel van de deelnemers kreeg de diagnose 1 tot 3 jaar geleden (36%). Maar ook de personen die tussen de 3 en 5 jaar geleden (25%) en langer dan 5 jaar geleden (34%) de diagnose kregen, zijn goed vertegenwoordigd. Slechts 10 personen kregen de diagnose korter dan een jaar geleden (5%).

Antwoordkeuzen	Percentage	Reacties
minder dan 1 jaar geleden	5,35%	10
1 tot 3 jaar geleden	36,36%	68
tussen 3 en 5 jaar geleden	24,60%	46
langer dan 5 jaar geleden	33,69%	63
Totaal		**187**

Welke vorm van longkanker heeft/had u?

De verdeling tussen kleincellige longkanker en niet-kleincellige longkanker lijkt op de gemiddelde verdeling in Nederland. IKNL geeft aan dat 12% kleincellige longkanker heeft, 69% niet-kleincellige longkanker en dat van de rest geen weefsel beschikbaar was om dit vast te stellen. Bij deze vragenlijst gaf 13% aan kleincellige longkanker te hebben en 87% niet-kleincellige longkanker. Er was geen antwoordmogelijkheid om aan te geven dat er niet bekend was om welke vorm van longkanker het gaat. Dit is ook niet opgemerkt in het veld aan het einde van de vragenlijst waar een aanvullend reactie mogelijk was.

Antwoordkeuzen	Percentage	Reacties
kleincellige longkanker (SCLC)	13,07%	23
niet-kleincellige longkanker (NSCLC)	86,93%	153
Totaal		**176**

In welk stadium was de longkanker toen u hoorde dat u longkanker heeft/had?

Het aantal deelnemers is per stadium iets afwijkend van gemiddeld. IKNL geeft aan dat bij de gemiddelde verdeling bij diagnose stadium 1 en 2 samen 29% is. In deze vragenlijst is dat 22%.
Stadium 3 komt bij diagnose gemiddeld in Nederland bij 21% voor, in de vragenlijst is dat 18%. Stadium 4 komt bij diagnose gemiddeld in Nederland 49% voor, in deze vragenlijst is dat 58%. Van de deelnemers aan de vragenlijst weet 2% niet wat het stadium bij diagnose was.

Antwoordkeuzen	Percentage	Reacties
stadium 1 of 2 De longkanker zat alleen in een long	22,28%	41
stadium 3 De longkanker zat ook op plekken rond de long	18,48%	34
stadium 4 De longkanker was uitgezaaid/ zat ook in de andere long of op andere plekken in mijn lichaam	57,61%	106
weet ik niet	1,63%	3
Totaal		**184**

In welk stadium is de longkanker nu?

Van de deelnemers geeft 20% aan geen longkanker meer te hebben. 49% heeft stadium 4, 5% stadium 3 en 4 % stadium 1 of 2. 21% geeft aan niet te weten in welk stadium de longkanker nu is. Dit kan komen doordat er periodes tijdens de behandeling zijn waar er sprake is van ‘no evidence of disease’, de longkanker is dan niet zichtbaar, maar kan wel nog onzichtbaar aanwezig zijn of terugkeren. Of de ziekte tijdelijk verbeterd is, maar de arts aangeeft dat de longkanker op termijn wel terug zal keren.

Antwoordkeuzen	Percentage	Reacties
stadium 1 of 2	4,28%	8
stadium 3	5,35%	10
stadium 4	49,20%	92
ik heb geen longkanker meer	19,79%	37
weet ik niet	21,39%	40
Totaal		**187**

Wat is uw situatie?

Van de deelnemers krijgt 52% op dit moment een behandeling tegen de longkanker. 14% krijgt geen behandeling meer, want is genezen. 3% krijgt geen behandeling meer, omdat er geen behandeling meer mogelijk is.

31% gaf als antwoord ‘anders’. Bijna de helft van de personen die ‘anders’ invulden (26 personen) beschreef dat de situatie stabiel is en er op dit moment geen behandeling is. De andere antwoorden die zijn ingevuld onder ‘anders’ zijn heel divers.

Antwoordkeuzen	Percentage	Reacties
Ik krijg nog behandelingen tegen de longkanker.	52,15%	97
Ik krijg geen behandelingen meer tegen de longkanker. Ik ben genezen.	13,98%	26
Ik krijg geen behandelingen meer tegen de longkanker. Er is geen behandeling meer voor mij.	2,69%	5
Anders: Reacties weergeven	31,18%	58
Totaal		186

Welke behandeling krijgt u of heeft u gekregen? (meerdere antwoorden mogelijk)

De deelnemers aan de vragenlijst krijgen/kregen behandelingen die meestal worden ingezet met het doel op genezing: een operatie of radiotherapie. Een operatie of bestraling kan ook van toepassing zijn voor behandeling van een of meer uitzaaiingen bij mensen met een stadium van longkanker waarbij genezing niet waarschijnlijk is. Ook kregen deelnemers aan de vragenlijst behandelingen die levensverlengend bedoeld zijn en waarbij de kans op genezen erg klein is zoals (chemo-)immuuntherapie en doelgerichte therapie. Soms is chemo- of immuuntherapie een aanvulling op een operatie of een bestraling bij een vroeg stadium longkanker en is in dat geval onderdeel van een genezende behandeling. Er konden meerdere antwoorden gegeven worden. Het kan dus ook gaan om combinaties van behandelingen die men krijgt/kreeg. Het geeft dus vooral inzicht in dat binnen de mensen die de vragenlijst beantwoord hebben, een gevarieerd aanbod van behandelingen is, zoals dat ook in praktijk het geval is. Wat wel opvalt is dat 86 van de 186 personen (46%) die deze vraag invulden, doelgerichte therapie krijgt/kreeg. Dat betekent dat er meer mensen dan er gemiddeld in Nederland zijn met een mutatie (dit is een vorm van niet-kleincellige longkanker) de vragenlijst hebben ingevuld.

Antwoordkeuzen	Percentage	Reacties
een operatie	26,46%	50
radiotherapie (bestraling)	34,39%	65
chemotherapie	26,98%	51
immuuntherapie	26,98%	51
een combinatie van chemotherapie en immuuntherapie	17,99%	34
een combinatie van radiotherapie en chemotherapie	7,94%	15
een combinatie van radiotherapie en chemotherapie en immuuntherapie	4,23%	8
doelgerichte therapie (targeted therapie/tki/ tabletten/capsules tegen een mutatie)	45,50%	86
anders: Reacties weergeven	6,35%	12
Totaal		**372**

Hoe vaak krijgt of kreeg u controles met scans?

Bijna de helft van de mensen (47%) geeft aan elke 3 maanden een controle met een scan te krijgen of hebben gekregen. 15% krijgt of kreeg elk half jaar een controle met een scan, 8% elk jaar. 3% krijgt geen controle scans meer.

28% vulde ‘anders’ in. Het meest genoemd zijn:

19x (10,05%) elke vier maanden
5x (2,65%) elke 6 weken
5x (2,65%) elke twee maanden
5x (2,65%) om de drie maanden een scan te krijgen en op een ander moment (1 per jaar of half jaar) een MRI brein

Antwoordkeuzen	Percentage	Reacties
elke 3 maanden	47,09%	89
elke 6 maanden	14,29%	27
elk jaar	7,94%	15
Ik krijg geen controles meer.	3,17%	6
Anders, namelijk: Reacties weergeven	27,51%	52
Totaal		**189**

Wat vindt u van hoe vaak u controles met scans krijgt/kreeg?

Van de deelnemers aan de vragenlijst geeft 80% aan het aantal controles precies goed te vinden. bijna 17% zou vaker scans willen en 4% wil minder vaak controles met een scan.

Antwoordkeuzen	Percentage	Reacties
Dit vind ik precies goed.	79,68%	149
Ik zou minder vaak controles willen.	3,74%	7
Ik zou vaker controles willen.	16,58%	31
Totaal		**187**

Welke scans worden of werden er bij uw controles gemaakt?

Meestal wordt of werd alleen een CT-scan (35%) of een CT-scan en soms een MRI-scan (32%) gemaakt. Bij 9% wordt of werd de ene keer een CT-scan en de andere keer een PET-scan gemaakt.

Antwoordkeuzen	Percentage	Reacties
alleen CT-scan	34,57%	65
alleen een PET-scan	0,53%	1
alleen een MRI-scan	0,53%	1
de ene keer een CT-scan, de andere keer een PET-scan	9,04%	17
een CT-scan en soms een MRI-scan	32,45%	61
anders: Reacties weergeven	22,87%	43
Totaal		**188**

23% vulde ‘anders’ in. Het meest genoemd zijn:

12x (6,38%) CT en MRI-scan
8x (4,26%) alle scans
3x (1,60%) PET
3x (1,60%) om en om röntgen en CT-scan

Wat vindt u van de soort scans die gedaan worden/werden?

115 deelnemers aan de vragenlijst (62%) vinden de soort scans die gedaan worden of werden goed. 11% zou ook graag een PET-scan willen, 4% ook een MRI-scan.

Antwoordkeuzen		Percentage	Reacties
Ik vind de soort scans die gedaan worden goed.		61,50%	115
Ik wil liever ook een PET-scan.		10,70%	20
Ik wil liever ook een MRI-scan.		3,74%	7
Ik wil liever ook een CT-scan.		0,53%	1
Ik wil liever geen controles met scans.		0%	0
Weet ik niet.		4,28%	8
Hier kunt u nog iets meer vertellen als u wilt:	Reacties weergeven	19,25%	36
Totaal			187

19% vulde ‘anders’ in. De gegeven reacties zijn heel gevarieerd, maar geven wel duidelijk het beeld dat situaties per persoon verschillen. Met een aantal quotes illustreren we dat:

" Er is nooit gekeken naar eventuele uitzaaiingen in mijn hoofd en dus nooit een MRI gemaakt dat vind ik niet fijn omdat je bij longkanker toch vaak hoort dat er uitzaaiingen naar de hersenen gaan je blijft zo in het ongewisse”.

" Ben wel benieuwd hoe het er met de uitzaaiingen in de rest van mijn lijf bij staat, dus daarom zou ik na 4,5 jaar wel weer eens een PET-scan hebben. Het zijn allemaal dure onderzoeken dus het hoeft zéker niet op jaarbasis”

“Tijdens deelname studie iedere 6 weken scans, dat was wel intens soms”.

Kunt u vertellen waarom u tevreden bent met de controles of waarom u ze anders zou willen?

Hier was de gelegenheid om een toelichting te geven op waarom iemand tevreden is met de controles of waarom iemand ze anders zou willen. 171 deelnemers vulden hier iets in. Ook dit leverde gevarieerde reacties op, waarbij de een aangeeft dat alles goed gaat, een andere aangeeft wat er fout is gegaan bij beoordeling van de scan of door grote tussenpozen tussen scans en weer anderen aangeven wat ze anders zouden willen. Hieronder staan een aantal quotes ter illustratie:

" I.v.m. drukte is het nu 1 keer per jaar een CT-scan. Dat vind ik erg weinig als het uitgezaaid is".

" Voelt goed om vaak gecontroleerd te worden Het is in het verleden weleens misgegaan vlak na een scan en toen liep ik twee maanden met een tumor die aan het groeien was. Zou de scan nog langer hebben gewacht was het veel en veel erger geweest".

" Omdat het verloop van m'n ziekte best instabiel is, is controle fijn. Maar het levert ook veel spanning op".

"Om de 4 maanden is prima zit er wat rust tussen al die afspraken. Die zijn toch wel vermoeiend".

" Niet tevreden. Omdat mijn afspraak uitgesteld wordt door drukte bij radiologie. En ook niet tevreden dat er geen contrastvloeistof gebruikt wordt. Zonder dat dit mij verteld wordt. En ik ben bang voor uitzaaiingen. Nu tweede keer kanker. Wil graag goed geïnformeerd worden".

" Ik vind de frequentie goed. Wel zou ik meer visueel inzicht willen in wat er wordt gezien (ik kan nu alleen een schriftelijk verslag van de radioloog lezen)".

" In belang om te weten of de dure medicatie blijft werken is er controle nodig"

Wilt u nog iets anders laten weten aan de onderzoekers?

75 personen vulden iets in bij de vraag of ze nog iets anders willen laten weten aan de onderzoekers. Hieronder staan een aantal quotes:

" Ik vind het jammer dat longkanker alleen maar via CT scan te zien is en niet via bloedonderzoek en 3 maanden is best een lange periode mocht de kanker resistent worden voor de doelgerichte medicatie. Te vaak een scan kan echter ook weer niet."

" Het zou belangrijk zijn dat er ieder jaar een scan met controle gemaakt wordt en niet na 5 jaar dat het stopt. Mijn advies is om ieder jaar controles blijven doen ook al is de tumor weg".

" Soms denk ik wel, het kan misschien wel een tandje minder. Maar echt zover ben ik toch eigenlijk nog niet. Ik verwacht wel dat, bij onveranderde situatie, ik dat op termijn wel wil. Daar heb ik op dit moment nog onvoldoende vertrouwen voor".

" Voor mij is het heel waardevol dat ik elke 9 weken een CT- scan krijg. Die regelmaat helpt mij om me goed te voor te bereiden op wat er komt. Dat beeld, hoe feitelijk ook, geeft mijn kracht en helpt mij om de behandeling vol te houden. Ik zou onderzoekers willen meegeven hoe groot impact is van duidelijke regelmatige beeldvorming op het welzijn van patiënten.

" Het blijft denk ik heel erg belangrijk om aansluiting te vinden bij de patiënt en dat is best lastig omdat er niet een standaard patiënt is. Volgens mij kun je dat het beste vragen aan de patiënt zelf en dan uiteraard aansluiting zoeken bij dat wat redelijk is. Ik heb mij tijdens mijn ziekteproces ook eens heel onzeker gevoeld t.a.v. de uitzaaiingen, in mijn beleving was 'meten is weten' en volgens de professionals waren de uitzaaiingen net als de longkanker. ook gekrompen e.o. verdwenen. Ik kreeg wel de gevraagde PET scan.....ik werd serieus genomen en gehoord.....Dat heeft me heel erg gerust gesteld en heeft ook vertrouwen gegeven. Ik bedoel niet te zeggen dat de patiënt maar kan vragen wat hij wil en dan het ook krijgt, maar het gaat wel om het vinden van de balans".

" Heel goed dat dit onderzocht wordt, niet iedereen is hetzelfde, en niet iedereen heeft dezelfde wensen".

Samenvatting

Aanleiding
190 personen vulden de vragenlijst van Longkanker Nederland in over controles met scans. De vragenlijst wordt gebruikt als input voor het SKMS project om te kijken of de follow-up bij mensen met melanoom, darmkanker en longkanker anders zou kunnen.

Doelgroep
Het grootste deel van de deelnemers kreeg de diagnose 1 tot 3 jaar geleden (36%). Maar ook de personen die tussen de 3 en 5 jaar geleden (25%) en langer dan 5 jaar geleden (34%) de diagnose kregen, zijn goed vertegenwoordigd. Slechts 10 personen kregen de diagnose korter dan een jaar geleden (5%). 87% heeft of had niet-kleincellige longkanker, 13% heeft of had kleincellige longkanker. Bij diagnose had 22% stadium 1 of 2, 18% stadium 3 en 58% stadium 4. Van de deelnemers krijgt 52% nog een behandeling tegen de longkanker. Het soort behandeling dat men kreeg of krijgt varieert, de meest genoemde behandelvorm is doelgerichte therapie (46%).

Ervaring frequentie en soort scans
80% geeft aan de frequentie van de controles met scans goed te vinden.
62% vindt de soort scans die gedaan worden/werden goed. 11% zou ook een PET-scan willen en 4% ook een MRI.
Welke scans gemaakt worden en hoe vaak varieert:

Meestal wordt alleen een CT-scan (35%) of een CT-scan en soms een MRI-scan (32%) gemaakt, daarnaast zijn er allerlei varianten van combinaties van CT-scans, PET-scans, MRI-scans en soms zelfs longfoto's.

Scans worden onder de groep deelnemers aan de vragenlijst meestal elke drie maanden gedaan.
Bijna de helft van de mensen (47%) geeft aan elke 3 maanden een controle met een scan te krijgen. 15% krijgt elk half jaar een controle met een scan, 10% elke vier maanden, 8% elk jaar. 3% krijgt geen controle scans meer.

Discussie
In de open antwoorden is te lezen dat scans aan de ene kant voor spanning zorgen, maar aan de andere kant juist voor geruststelling. De trend is dat men begrijpt dat onbeperkt scans bieden niet mogelijk en niet wenselijk is, maar dat men wel graag wil dat naar de individuele situatie gekeken wordt en in overleg met de eigen arts een extra scan gedaan kan worden als iemand aanleiding heeft om bezorgd te zijn. Longkanker Nederland denkt dat gezien 80% van de mensen aangeeft tevreden te zijn over het aantal scans, er geen overmatige vraag/gebruik van extra scans zal zijn als op maat afgeweken kan worden. Die mogelijkheid bieden richtlijnen ook, er kan onderbouwd van worden afgeweken. Gezien 62% antwoordt tevreden te zijn met de soort scans die gedaan worden, lijkt meer communicatie over wanneer welk soort scan zinvol is nuttig. Dit is met name van toepassing als er sprake is uitzaaiingen in de hersenen of bij mensen met een bepaalde vorm van longkanker waarbij meer kans op uitzaaiingen in de hersenen is.

Reactie stichting Darmkanker (Arnica Nijhof):

1. In hoeverre herkent u, vanuit het perspectief van de patiënten die u vertegenwoordigt, de hierboven beschreven bevindingen over follow-upvoorkeuren?

   "De bevindingen uit het onderzoek zijn herkenbaar. Het zal per patiënt verschillen waar mensen behoefte aan hebben. Het is vooral belangrijk dat er nauw contact gehouden wordt door een vaste contactpersoon (casemanager), zodat de behoefte van de patiënt sneller besproken en herkend wordt. Verder is het belangrijk dat de risico's op recidief ingeschat wordt (op basis van cijfers) en op basis daarvan opvolging en beeldvorming voorgesteld wordt. Wanneer dit door de arts met de patiënt besproken wordt kan er gezamenlijk een afspraak worden gemaakt over de follow-up. Als patiënt wil je kunnen begrijpen op basis van welke informatie een behandeling of follow-up wordt voorgesteld en wil je samen met de arts de koers bepalen. Wanneer duidelijk is dat een lagere frequentie van controle te verantwoorden is en dit goed wordt uitgelegd, dan is het voor een patiënt beter te begrijpen en te accepteren. "

2. Op welke wijze kan een wijziging in de follow-up, zoals een verandering in frequentie, zo goed mogelijk bespreekbaar worden gemaakt met vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen in de richtlijnwerkgroep?

   "Dit hangt van de verandering af en wat dit betekent voor de patiënt."

3. Wat is uw advies ten aanzien van de communicatie met patiënten in follow-up en verandering van het follow-up schema? En bij patiënten die behoefte hebben aan meer beeldvormende onderzoeken dan in de richtlijn staat?

   "Wij sluiten ons aan bij de reactie van Lidia (zie hierboven, Longkanker Nederland). Er zal sprake zijn van maatwerk en daarbij moet steeds goed uitgelegd wordt waarom een bepaalde frequentie wel/niet zinvol is. In de situaties waarbij meer nodig blijkt te zijn dan in de richtlijn staat, dan moet het mogelijk zijn om daarvan af te wijken. Uniformiteit in het verspreiden van informatie is hier belangrijk en ook hoe de richtlijn wordt toegepast binnen verschillende ziekenhuizen.
   De informatie moet begrijpelijk zijn en overzichtelijk. Daar kunnen wij bij eventueel bij ondersteunen."

Reactie Stichting Melanoom (Koen van Elst):

Wij staan achter het belang van passende follow-up (FUP).
Voor onze stichting vraagt dit echter om een transparante, actuele en tumor-specifieke onderbouwing. Bovendien inclusief een volwaardige plaats voor het perspectief van de patiënt. Minder scans mag niet bij voorbaat de uitkomst zijn.

1. In hoeverre herkent u, vanuit het perspectief van de patiënten die u vertegenwoordigt, de hierboven beschreven bevindingen over follow-upvoorkeuren?

   "Stichting Melanoom onderschrijft het belang van aandacht voor de gevolgen van behandeling, dagelijks functioneren, begrijpelijke informatie, een vast

aanspreekpunt en laagdrempelig contact bij klachten. Deze onderwerpen verdienen zeer zeker een duidelijke plaats naast de opsporing van terugkeer van ziekte. De overige bevindingen kunnen wij op basis van de samenvatting in de brief niet zonder meer onderschrijven voor mensen met melanoom. De aangehaalde onderzoeken hebben, zoals de brief aangeeft, betrekking op patiënten na behandeling van kanker. Wij willen kunnen beoordelen in hoeverre de resultaten toepasbaar zijn op melanoom, met onderscheid naar stadium, behandeling en risicogroep. Dat patiënten optionele controlemomenten niet benutten, beantwoordt bijvoorbeeld nog niet de vraag wat de passende frequentie van beeldvorming bij melanoom is. Ook zijn kwaliteit van leven, tevredenheid, veiligheid en mogelijke gezondheidswinst verschillende uitkomsten.
N.B. onze reactie betreft het perspectief van Stichting Melanoom en is geen uitkomst van een nieuwe of recente (al dan niet representatieve) achterbanraadpleging zoals dat van Longkanker Nederland.“

2. Op welke wijze kan een wijziging in de follow-up, zoals een verandering in frequentie, zo goed mogelijk bespreekbaar worden gemaakt met vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen in de richtlijnwerkgroep?

   “Voor ons als patiëntenvertegenwoordigers begint dit bij een gezamenlijk te beoordelen inhoudelijke basis, voordat over mogelijke wijzigingen wordt gesproken.

   Daarvoor vinden wij nodig en belangrijk:
   a. Een inzichtelijk systematisch literatuuronderzoek, inclusief de selectie en beoordeling van studies en de resterende onzekerheden
   b. Een vergelijking met internationale richtlijnen, waaronder ESMO, met uitleg over eventuele verschillen met de Nederlandse aanbevelingen
   c. Een transparante scheiding tussen wetenschappelijke onderbouwing, patiëntenvoorkeuren en overige overwegingen zoals zaken rond capaciteit en kosten
   d. Voldoende tijd om stukken te bestuderen, deskundigen te raadplegen en inhoudelijk te reageren

3. Wat is uw advies ten aanzien van de communicatie met patiënten in follow-up en verandering van het follow-up schema? En bij patiënten die behoefte hebben aan meer beeldvormende onderzoeken dan in de richtlijn staat?

   “Leg begrijpelijk uit wat het doel van de follow-up is, waarom een bepaald schema wordt voorgesteld, welke voordelen en welke nadelen worden afgewogen en waar onzekerheid bestaat. Bij een wijziging moet duidelijk zijn wat er verandert en welke inhoudelijke onderbouwing daarvoor geldt voor de betreffende patiëntengroep. Bespreek de persoonlijke situatie, zorgen en voorkeuren van de individuele patiënt. Maak concrete afspraken over het aanspreekpunt, contact bij nieuwe klachten en de mogelijkheid van tussentijdse beoordeling. Geef daarnaast ruimte aan begeleiding bij angst en onzekerheid. Wanneer iemand meer beeldvorming wenst dan de richtlijn beschrijft, adviseren wij als eerste bij die persoon te onderzoeken waar die behoefte vandaan komt: komt dit weg van klachten, of van zorgen over het eigen risico, eerdere

ervaringen of onduidelijkheid over het controleschema. Bespreek vervolgens de onderbouwing en de mogelijkheden voor een individuele afweging. Alleen verwijzen naar de richtlijn is voor ons onvoldoende. Extra / meer beeldvorming hoort net zo min de uitkomst te zijn."

Aanvullend gesprek met Stichting Melanoom

Bespreking 5 oktober 2026
Jet Quarles van Ufford, José Maas, Koen van Elst, Fabienne Ropers (notulen met aanvulling door Stichting Melanoom)

Praktijkvariatie
Stichting melanoom beschrijft dat de ervaren praktijk is dat er wel eens verschillen bestaan in praktijk tussen ziekenhuizen. Dat is onwenselijk beide kanten op; zowel als patiënten zorg niet krijgen die waarde toevoegt, als dat patiënten meer zorg krijgen dan anderen die eigenlijk geen waarde toevoegt.
Richtlijnen en goede implementatie kan eraan bijdragen dat praktijkvariatie afnemen.

Passende FU
De stichting Melanoom onderschrijft passende FU, gericht op patiëntrelevante uitkomsten. Dat kan soms meer FU zijn, en soms minder, al naar gelang de evidence situatie en ervaring. Aanvulling notulen: Dit houdt echter niet in dat Stichting Melanoom achteraf steun geeft voor een concreet FU schema in de richtlijn melanoom.
Hier hoort ook aandacht voor psychosociale uitkomsten, en het passend maken van zorg bij de patiënt.

Europese context
Koen vraagt namens stichting melanoom aandacht voor het goed betrekken van internationale onderzoeken en richtlijnen. Fabienne geeft aan dat Nederland vergeleken met de Europese landen een zeer hoogkwalitatief en toegankelijk systeem heeft. Dat komt door meerdere factoren, o.a. goede organisatie van zorg, met centrale sturing en robuuste richtlijnontwikkeling met professionele onafhankelijke ondersteuning van literatuurbeoordeling.
We bekijken in het richtlijnproces internationale richtlijnen, en met name de evidence die gebruikt wordt.
Richtlijnontwikkeling stoelt op zo objectief mogelijke beoordeling van evidence en de kwaliteit door het kennisinstituut, waarna op basis van het geschatte effect en de overige overwegingen een waardeoordeel wordt geveld. Dat kan afwijken van wat internationaal wordt aangeraden. Aanvulling notulen: De Stichting Melanoom stelt dat er vraagtekens bij gezet kunnen worden dat Nederland in Europese context een zeer hoogkwalitatief en toegankelijk systeem heeft, en dit onderbouwt niet waarom een specifieke aanbeveling goed is. Stichting Melanoom vindt het belangrijk een transparante vergelijking te eisen met internationale richtlijnen en daar waar aanbevelingen afwijken na te gaan welk bewijs dat verklaart en welke andere afwegingen meewegen.

Richtlijnmethodologie
We praten over discussies in richtlijncommissies over te accepteren evidence en over het waardeoordeel dat volgt over effecten versus andere overwegingen. Omdat richtlijnen een waardeoordeel bevatten kunnen discussies voorkomen worden, maar de gevolgde

methodologie Richtlijnen 3.0 geeft voor het stukje evidence verwerking een goede richtsnoer. Aanvulling notulen: Omdat het hier gaat over 'waarde-oordeel' hoort juist het patiënteninbreng hier expliciiet bij. Hoe wordt mogelijke gezondheidswinst, onzekerheid, onderzoeksbelasting, geruststelling en eventuele kosten tegen elkaar afgewogen? Verwijzen naar een methodologie beantwoordt niet de vraag wie die afweging maakt en hoeveel invloed patiënten(organisaties) daarop hebben.

Evidence
Het is van belang up to date te blijven ivm snel veranderend veld. Geen bewijs voor een interventie is niet hetzelfde als bewijs voor geen effect van de interventie. Welke evidence beschikbaar is, is voor een belangrijk deel afhankelijk van geld dat beschikbaar is voor onderzoek en waar onderzoeksinteresses/belangen liggen. Voor effectieve interventies is het vaak gemakkelijker bewijs te genereren, dan kleine effecten aan te tonen. Effectgrootte is relevant voor de weging.

Prospectief onderzoek
Implementatie van richtlijnen is relevant voor verminderen van praktijkvariatie, met begeleidend onderzoek om als er geen evidence is voor of tegen een interventie die te genereren.

<u>Gesprek met Nederlandse Federatie van Kankerorganisaties</u>

Overleg 3 september 2026 Carin Louis, Jet Quarles van Ufford, Fabienne Ropers (notulen)

Samenvatting voor notulen
We spraken Carin (NFK) omdat ze niet aanwezig kan zijn op 17 september ivm vakantie, en dit project een verdere reikwijdte heeft dan de 3 geincludeerde richtlijnmodules.
We spraken erover dat diagnostiek die een behandelbeslissing beinvloedt en daarmee de patientenuitkomst te verbeteren passende zorg is die in richtlijnen wordt beschreven.
En ook dat er ruimte moet zijn om van richtlijnen af te wijken bij subgroepen patienten, zodat zorg op maat mogelijk is.

Het is van belang om het doel van ons project duidelijk te definieren naar de patientenvertegenwoordigers
Het doel van het project is onze methoden en conclusies te herevalueren, om te bepalen wat zorg is die bijdraagt aan kwaliteit van leven. Juist omdat we weten dat we veel dingen doen zonder onderbouwing en uit gewoonte. Dat kunnen we ook laten zien in ons project.
We willen niet ' alles doen wat kan, maar dat doen wat goed is'. Ons richten op kwaliteit.
Dat betekent verandering, en dat leidt soms tot angst. Zowel bij patienten als bij artsen.

Dit project heeft als doel zowel naar de methodologie te kijken, die wordt gebruikt om wat we weten goed te evalueren en vertalen naar een aanbeveling, als naar de perspectieven die worden meegewogen in de aanbeveling.
Daarbij is voor het invullen van de perspectieven de patientenverening van belang, evenals bij het nadenken over de uitleg in de spreekkamer over passende zorg,
Carin leest het tussenrapport mee en zal ook input leveren op het eindrapport.

Bijlage 10: Literatuur waarden en voorkeuren patienten

van Driel MHE, Wullaert L, Voigt KR, Outmani L, Doornebosch PG, Peeters KCMJ, Schreinemakers JMJ, Verseveld M, de Wilt JHW, Verhoef C, Husson O, Grünhagen DJ; REMOTE-CRC Collaborative Group. Patient-led follow-up after curative colorectal cancer surgery: The primary outcome analysis of the prospective, multicentre FUTURE-primary implementation study. Eur J Cancer. 2025 Aug 26;226:115599. doi: 10.1016/j.ejca.2025.115599. Epub 2025 Jul 8. PMID: 40712408.

Voigt KR, de Bruijn EA, Wullaert L, Witteveen L, Verhoef C, Husson O, Grünhagen DJ. Assessing patients' needs in the follow-up after treatment for colorectal cancer-a mixed-method study. Support Care Cancer. 2024 Feb 26;32(3):192. doi: 10.1007/s00520-024-08401-w. PMID: 38409637; PMCID: PMC10896820.

Voigt K, Sun Y, Patandin A, Hendriks J, Goossens RH, Verhoef C, Husson O, Grünhagen D, Jung J. A Machine Learning Approach Using Topic Modeling to Identify and Assess Experiences of Patients With Colorectal Cancer: Explorative Study. JMIR Cancer. 2025 Jan 27;11:e58834. doi: 10.2196/58834. PMID: 39874195; PMCID: PMC11790180.

Voigt KR, Wullaert L, van Driel MHE, Goudberg M, Doornebosch PG, Schreinemakers JMJ, Verseveld M, Peeters KCMJ, Verhoef C, Husson O, Grünhagen DJ. The association of cognitive coping style with patient preferences in a patient-led follow-up study among colorectal cancer survivors. Support Care Cancer. 2024 Aug 1;32(8):564. doi: 10.1007/s00520-024-08758-y. PMID: 39088088; PMCID: PMC11294378.

Wullaert L, Voigt KR, Verhoef C, Husson O, Grünhagen DJ. Oncological surgery follow-up and quality of life: meta-analysis. Br J Surg. 2023 May 16;110(6):655-665. doi: 10.1093/bjs/znad022. PMID: 36781387; PMCID: PMC10364539.

Bijlage 11: Adviezen

Observaties per aspect richtlijnmodule	Advies
Uitgangsvraag Observaties: - Uitgangsvragen kunnen meer open en actiegericht gesteld worden. - De surveillance strategie van interesse kan beter worden gespecificeerd. - Patiënt gerelateerde uitkomsten worden niet altijd betrokken in de vraagstelling - De optie van 'geen follow-up' wordt niet altijd betrokken in de vraagstelling.	Eisen aan de uitgangsvraag: - Formuleer een open vraag (geen ja/nee antwoord). - Formuleer een vraag waarvan het antwoord een actie is die beschrijft hoe de zorg dient te worden uitgevoerd. - Benoem het doel het doel van de test in de uitgangsvraag door de patiënt relevante uitkomst (overleving en kwaliteit van leven) te specificeren. - Betrek de mogelijkheid om af te zien van follow-up met beeldvorming in de vraag (richtlijn CRC uit dit project als voorbeeld). Voorbeeldformulering: *Wat is de aanbevolen surveillance strategie (methode/frequentie [x] vs. geen follow-up of andere methode/frequentie [y]), met inachtneming van effecten op patiënt en maatschappij, in patiënten met aandoening [z] die curatief zijn behandeld?*
Introductie (achtergrond/beschrijving knelpunt)	- Formuleer expliciet wat de huidige praktijk is. - Benoem op welk bewijs de huidige praktijk gebaseerd is en realiseer je dat historisch bepaalde follow-up schema's doorgaans geen wetenschappelijke basis hebben en niet vanzelfsprekend gezien moeten worden als een gouden standaard. - Benoem in welke mate patientperspectief, doktersperspectief en maatschappelijk perspectief en factoren invloed hebben (gehad) op de huidige aanbeveling of (bij een nieuwe richtlijn) op de huidige praktijk. - Realiseer je dat surveillance niet altijd leidt tot gezondheidswinst, maar ook gezondheidsrisico's met zich meebrengt. Vroeg detecteren van een ziekte leidt niet altijd tot een behandelvoordeel. "Baat het niet dan schaadt het niet" wordt "Baat het niet dan doen we het niet" (zie ook handreiking 'formuleren van aanbevelingen in richtlijnen'). - Een aanleiding, maar niet de reden voor niet doen van follow-up zijn capaciteitsproblemen t.a.v. radiologische beeldvorming. De beeldvorming dient alleen overwogen te worden als deze een duidelijke meerwaarde heeft. - Realiseer je dat er een verschil bestaat in het doel bij toepassing van beeldvorming t.b.v. surveillance of t.b.v. primaire diagnostiek, nazorg, etc.: Maak onderscheid tussen nazorg (late complicaties, functionele problemen, psychosociale nazorg) en oncologische recidiefdetectie.

Zoeken en selecteren (zoekvraag en PICO)
 	
Observaties:
- De recidieftypen worden niet altijd gespecificeerd
- De te onderzoeken surveillancestrategie wordt niet altijd gespecificeerd.
	Formulering van de PICO en selectiecriteria:
	- Beschrijf de patiëntenpopulatie nauwkeurig:
	  ○ Beschrijf de tumorkenmerken (onder andere typering, stadium).
	  ○ Beschrijf welke voorafgaande therapie de patiënt heeft ondergaan.
	  ○ Beschrijf de incidentie van recidieven in de populatie
	- Beschrijf de surveillancestrategie nauwkeurig:
	  ○ Beschrijf het type recidief (lokaal, metastase en lokalisatie) waar naar gezocht wordt.
	  ○ Beschrijf de surveillance-test die gebruikt wordt.
	  ▪ Bepaal of de module zich beperkt tot beeldvorming alleen of dat ook andere testen (nucleaire beeldvorming, lichamelijk onderzoek, tumormarkers/biomarkers) betrokken dienen te worden.
	  ○ Beschrijft de timing (inclusief frequentie en duur) van de follow-up. Houdt hierbij rekening met lead time bias.
	
	Benader follow-up bij in opzet curatief behandelde tumoren methodologisch als screening in een hoog-risicopopulatie: Realiseer dat routinematige follow-up bij asymptomatische patiënten na curatie in feite een screeningsinterventie is. Hanteer daarom de gevestigde screeningsprincipes: vroege detectie is uitsluitend zinvol als overtuigend vaststaat dat behandeling in een presymptomatisch stadium leidt tot betere klinische uitkomsten dan behandeling bij ontstaan van symptomen. Weeg hierbij potentiële schade door overdiagnostiek, fout-positieve uitslagen en vervolgingrepen vanaf het begin mee.

Observaties per aspect richtlijnmodule	Advies
	Bedenk vooraf op basis van welke criteria follow-up sterk kan worden aanbevolen. Soms kan er geen sterk bewijs worden gevonden, omdat onderzoek kwalitatief niet sterker kan worden opgezet. Wanneer is bewijs met een lage evidence sterk genoeg? Wanneer er geen kwalitatief sterk bewijs wordt gevonden: Wat zijn expliciete redenen om follow-up toch sterk aan te bevelen/wat zijn niet gewenste gevolgen van het niet uitvoeren van follow-up? Dit sluit aan op het project 'Passend bewijs'. Hanteer een omgekeerde bewijslast voor bestaande follow-up schema's. Wanneer een bestaand schema niet overtuigend is onderbouwd met patiëntrelevante meerwaarde, moet het voortzetten of intensiveren van routinematige beeldvorming expliciet worden gemotiveerd. De historische aanwezigheid van een schema vormt op zichzelf geen rechtvaardiging voor continuering. Beoordeel vervolgens of een minder intensief, risico gestuurd of niet-routinematig schema passend is. Inventariseer zowel direct als indirect bewijs: a. Direct bewijs in de vorm van studies die verschillende follow-up schema's vergelijken b. Indirect bewijs over invloed van timing van detectie van recidief en het effect van recidief behandeling op overleving en andere relevante uitkomstmaten als direct bewijs ontbreekt. Direct bewijs: - Zoek minimaal naar studies die de effecten van de surveillancestrategie op patiëntrelevante en maatschappelijke uitkomstmaten onderzoeken. Voorbeeldformulering zoekvraag: *What are the favourable and unfavourable effects of using [surveillance strategy X] compared with [no surveillance or surveillance strategy Y] to [goal Q] on patient related and societal outcomes in [patients Z]?* Indirect bewijs: Wanneer geen kwalitatief goed effectiviteitsonderzoek beschikbaar is: - Gebruik de linked-evidence aanpak om vanuit accuratesse-evidence door te redeneren naar effecten op patiëntenuitkomsten. (Voor handvatten, zie voorlopige stappenplan in bijlage 12). - Ga na welke vorm(en) van indirecte evidence essentieel is/zijn voor het redeneerproces. - Indien evidence over behandeleffect van recidieven essentieel wordt geacht: o Ga na welke behandeling kan worden uitgevoerd bij een met surveillance gevonden recidief/metastase. o Ga na wat het effect van deze behandeling is in deze specifieke patiëntenpopulatie (beschreven P in de PICO voor effectonderzoek, gespecificeerd voor patiënten met positieve uitkomst van de surveillance) in vergelijking met het natuurlijk beloop. o Het effect van behandeling bij detectie recidief wordt bij voorkeur beschreven in een separate richtlijnmodule: tumorspecifieke kennis en data over detecteerbaarheid en behandelmogelijkheid van locoregionaal en afstand recidief is belangrijk. o Realiseer je dat er veel aannames gedaan worden omtrent de voordelige effecten van eerdere behandeling (soms zonder onderbouwende data). o Toets bij oudere studies of de incidentie van recidieven nog toepasbaar is op huidige situatie (bijvoorbeeld bij betere therapie is er mogelijk een lagere kans op recidieven en afnemende meerwaarde van vroeg detecteren. Accuratesseonderzoek - Zoek naar studies die de accuratesse van surveillance testen en/of strategieën onderzoeken om met behulp van deze uitkomsten en informatie over de effectiviteit van de behandeling te kunnen doorrekenen of doorredeneren wat het effect van surveillance is op patiëntrelevante uitkomstmaten. o Uitkomst van de test is de doelziekte (bijvoorbeeld recidief). o Uitkomstmaat van de accuratessestudie is accuratesse (bijvoorbeeld sensitiviteit, specificiteit).

Observaties per aspect richtlijnmodule	Advies
	- Specificeer de te onderzoeken testen en benoem de plaats, frequentie en timing in de surveillance strategie. Voorbeeldformulering zoekvraag: *What is the diagnostic accuracy of [surveillance test/strategy X] compared to [no surveillance or surveillance test/strategy Y] in [patients Z] (at [timing and setting]) to detect [R]?*

Zoeken en selecteren (relevante uitkomstmaten)
 	
Observaties:
- Uitkomsten worden niet altijd als cruciaal of belangrijk gecategoriseerd.
	Patiëntrelevante uitkomstmaten:
	- Richt je op patiëntrelevante uitkomstmaten in plaats van surrogaat uitkomsten als vroege detectie.
	- Neem minimaal de uitkomstmaat 'overleving' mee als cruciale uitkomstmaat.
	- Bepaal andere (cruciale) uitkomstmaten in overleg met de werkgroep. Denk aan uitkomstmaten als:
	  o patiënt gerapporteerde uitkomsten,
	  o psychosociale uitkomsten.
	
	Accuratesse gerelateerde uitkomstmaten:
	- Formuleer zowel sensitiviteit (verhouding terecht positieven en fout negatieven) als specificiteit (verhouding terecht negatieven en fout positieven) als belangrijke uitkomstmaat, omdat de gevolgen van fout positieven dienen te worden meegenomen in de overweging om follow-up beeldvorming aan te bevelen.

Zoeken en selecteren (methode van zoeken en selecteren)	- Bepaal aan welke minimale eisen een studie dient te voldoen om te worden betrokken in de literatuursamenvatting. Denk aan:
	  o Toepasbaarheid
	  o Kwaliteit
	- Realiseer je dat regelmatig medicatiestudies gevonden worden die surveillance strategieën toepassen, maar het doel hebben om therapie-effectiviteit te onderzoeken. Soms worden de schema's uit deze studies overgenomen in de praktijk. Echter, follow-up schema's die als doel hebben zo snel mogelijk progressie op te sporen in medicatiestudies, zijn niet automatisch de meest passende surveillance schema's met een goede verhouding tussen positieve en negatieve effecten voor patiënt en maatschappij. Deze studieresultaten kunnen wel gebruikt worden in de linked-evidence aanpak, omdat het iets zegt over de incidentie van recidieven.

Samenvatting van de literatuur (beschrijving van de opzet van de studies)	- Beschrijf de patiëntpopulatie nauwkeurig (zie eerder beschreven relevante elementen in de PICO). - Beschrijf de surveillance testen/strategieën nauwkeurig (zie eerder beschreven relevante elementen in de PICO).
Samenvatting van de literatuur (beschrijving van de resultaten van de studies) Observaties: - Uitkomsten van zowel effectonderzoek als accuratesseonderzoek worden niet altijd expliciet (incl. getallen) weergegeven.	- Beschrijf de uitkomsten expliciet en benoem de gerapporteerde numerieke studieresultaten.
Samenvatting van de literatuur (SoF-tabel)	- Realiseer je dat lead time bias en publicatiebias vaak een rol speelt in studies naar surveillance strategieën.

Koppelen van bewijs
 	
Observaties:
- Doorredeneren, doorrekenen of modelleren wordt niet altijd expliciet beschreven.
	- *Linked-evidence* aanpak: Beschrijf het redeneerproces van accuratesse naar effecten op patiëntuitkomsten.
	  o Beschrijf of er ook is gezocht naar overige indirecte evidence, en wat de resultaten van deze zoekactie waren.
	  o Beschrijf alle indirecte evidence die in het redeneerproces is meegenomen. Denk bijvoorbeeld aan evidence over recidiefkansen en behandeleffecten.
	  o Beschrijf alle aannames die in het redeneerproces zijn gedaan.
	  o Varieer deze aannames, bijvoorbeeld met best-case en worst-case scenarios, om inzicht te krijgen in de mogelijke range van effecten van follow-upstrategieën op patiëntuitkomsten.

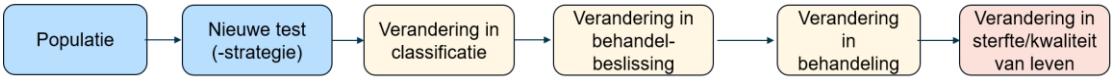
Observaties per aspect richtlijnmodule	Advies
	○ Richt je tijdens het redeneerproces niet alleen op gunstige effecten, maar ook op mogelijke ongunstige effecten van follow-up. Maak onderscheid tussen belasting en schade van een test. Maak een lijst met negatieve gevolgen van de test (zie ook balans voor- en nadelen van de surveillance strategie), zoals ▪ nevenbevindingen en incidentaloma's; ▪ vervolgdiagnostiek en behandeling die hier uit voortkomt en die tot ernstige complicaties kunnen leiden; ▪ maak onderscheid tussen last van de test zelf en de consequenties van fout-positieve resultaten. - Voer een GRADE beoordeling uit over je conclusies over effecten van follow-upstrategieën op patiëntenuitkomsten. Deze GRADE beoordeling zal vaak laag of zeer laag zijn, vanwege de lage kwaliteit van indirecte evidence en de onzekerheid rondom de aannames.
Overwegingen (balans tussen voor- en nadelen van de surveillance strategie) Observaties: - De negatieve aspecten van follow-up worden niet altijd besproken	- Bespreek ook de negatieve aspecten van surveillance (zie ook waarden en voorkeuren van de patiënt) ○ Belasting ○ Gevolgen van fout positieve uitslagen
Overwegingen (waarden en voorkeuren van patiënt) Observaties: - De voorkeuren van patiënten worden niet altijd expliciet benoemd.	- Bespreek de belasting van de surveillance voor de patiënt. Denk daarbij aan: ○ (reis)tijd, vrij nemen van werk; ○ belasting van de test zelf (zoals straling); ○ (psychosociale) gevolgen van fout-positieve uitslagen of het weten dat er een recidief is zonder dat het leven verlengd kan worden; ○ nevenbevindingen; ○ stress voor de uitlag van de test, - Bespreek de voorkeur van patiënten ○ Hanteer hier een 'tailored approach'. Erken dat sommige patiënten voor houvast/gemoedsrust behoefte hebben aan follow-up, maar verlies daarbij het nut en de negatieve gevolgen van follow-up voor patiënt en maatschappij niet uit het oog. ○ Maak onderscheid tussen nazorg en surveillance (zie ook aspect introductie)
Overwegingen (kostenaspecten)	- Betrek hier naast expliciet geld ook resources als middelen (beschikbare appratuur) en mankracht (personeel). - Maak een schatting van het verwachte aantal onderzoeken per ziektebeeld/stadium (via bijvoorbeeld de IKLN-database). - Neem naast directe medische kosten ook indirecte kosten mee in de overwegingen (verzuim, meereizende mantelzorger die niet kan werken).
Overwegingen (gezondheidsgelijkheid)	- Ben je ervan bewust dat als onnodige zorg in richtlijnen blijft staan, dit leidt dat tot een systeeminfarct dat juist tot ongelijkheid leidt. ○ Dat patiënten die niet-effectieve surveillance niet krijgen, deze mogelijk privaat inkopen in andere systemen, leidt niet tot ongelijkheid omdat dit immers niet tot betere uitkomsten leidt.
Overwegingen (aanvaardbaarheid – ethisch)	- Bedenk dat wanneer er geen bewijs is voor de effectiviteit van een test en dat dit in lijn is met de praktijkervaring, het uitvoeren van een niet aangerade test ertoe leidt dat zorg niet kan worden uitgevoerd voor patiënten waarvoor deze wel zinvol is.
Overwegingen (aanvaardbaarheid – duurzaamheid)	- Denk hierbij aan de ecologische voetafdruk: ○ CO2 footprint van radiologische onderzoeken; ○ reisbewegingen; ○ opslag beelden; ○ contrast van radiologische onderzoeken; ○ zie ook de website van de NVvR t.a.v. "de groene radioloog" (https://radiologen.nl/praktijk-beroep/de-groene-radioloog).
Overwegingen (haalbaarheid)	- Bespreek de huidige capaciteitskrapte ten aanzien van radiologisch onderzoek in de zorg expliciet. Daarbij dient rekening gehouden te worden

Observaties per aspect richtlijnmodule	Advies
Observaties: - Capaciteitsproblemen worden niet altijd betrokken	met het grote geheel van verschillende patiëntengroepen en het feit dat vele kleine aantallen uiteindelijk leiden tot grote aantallen. - Het waardeoordeel over de effectiviteit van surveillance dient eerst gemaakt te worden, daarna wordt capaciteit betrokken.
Waarom deze aanbeveling? (rationale) Observatie: - De rationale achter de aanbevelingen wordt niet altijd expliciet gemaakt.	- Denk voorafgaand aan het uitwerken van de uitgangsvraag na over de criteria op basis waarvan surveillance kan worden aanbevolen: Wat zijn redenen om surveillance aan te bieden indien de bewijskracht voor de (positieve) effecten van surveillance (zeer) laag is of wanneer er geen literatuur die aan de PICO voldoet beschikbaar is? Wanneer is het bewijs sterk genoeg? In het project 'Passend bewijs' zijn hier handvaten voor ontwikkeld. - Betrek naast de positieve effecten van surveillance ook negatieve aspecten van surveillance en de capaciteitskrapte in de overwegingen. - Maak de afweging van wetenschappelijk bewijs naar aanbeveling expliciet, waarbij voordelen, nadelen, patiëntvoorkeuren, kosten, haalbaarheid en duurzaamheid systematisch worden meegenomen, waardoor de rationale achter aanbevelingen beter te volgen is. Een goed uitgangspunt is de minimaal mogelijke belasting voor patiënt, gezondheidszorg en maatschappij bij het vaststellen van een follow-up schema, zeker wanneer er geen eenduidig bewijs is voor een positief effect van follow-up op klinische uitkomsten.
Eindoordeel	Volg de handreiking 'formuleren van aanbevelingen in richtlijnen'. Formuler indien nodig expliciete niet-doen aanbevelingen.
Aanbeveling	Volg de handreiking 'formuleren van aanbevelingen in richtlijnen'. - Formuleer de aanbeveling actief en actiegericht - Formuleer de aanbevelingen duidelijk en specifiek - Beschrijf aanbevelingen zo transparant mogelijk. Zodat voor gebruikers duidelijk is waarop deze zijn gebaseerd en zodat toepassing geëvalueerd kan worden. - Maak onderscheid tussen zorg t.b.v. mogelijke complicaties, nazorg en follow-up beeldvorming om recidieven op te sporen.
Implementeren	- Beschrijf dat er aandacht geschonken dient te worden aan de informatie die aan de patiënt dient te worden overgebracht wanneer er geen of weinig surveillance wordt aanbevolen. Bespreek met de patiënt dat het niet doen van bepaalde onderzoeken verantwoord kan zijn als deze geen toegevoegde waarde hebben. Neem hierin mogelijke schade voor patiënt en maatschappij van het doen van overbodige follow-up ook in mee. Dit vraag om zorgvuldige formuleringen en goede communicatie-tools in de spreekkamer. Communicatie met de patiënt dient maatwerk te zijn. - Beschrijf dat er aandacht geschonken dient te worden aan de psychologie van de hulpverlener (dokters mindset). Bij sommige hulpverleners heerst de overtuiging dat eerder opsporen van recidieven altijd gezondheidswinst oplevert en wil iets doen voor de patiënt. - Besteed expliciet aandacht aan implementatie, communicatie en gedeelde besluitvorming, zodat ook aanbevelingen waarin minder of geen beeldvorming wordt geadviseerd goed bespreekbaar zijn in de spreekkamer. - Standaardisatie met een zo concreet mogelijk vastgesteld follow-up schema biedt houvast in de praktijk, en maakt het mogelijk om vervolgens data over dit schema te genereren op landelijk niveau. - Overweeg follow-up schema's met gewijzigde frequentie (zowel bij toename als afname) op een prospectieve wijze te (laten) evalueren. Het generen van deze data is zowel van belang voor kennis over de daadwerkelijke implementatie van de richtlijn in de praktijk áls over het effect op patiëntrelevante uitkomsten. De richtlijnwerkgroep kan dit verwerken in de implementatietabel en de aanbeveling eventueel aanmelden voor de implementatie-agenda van ZEGG.
Agenderen (kennisvragen) Observatie: alle geanalyseerde richtlijnmodules formuleren kennislacunes	- Denk aan de mogelijkheid voor het formuleren van een kennisvraag t.b.v. het ontwikkelen van modelstudies t.a.v. de effectiviteit van surveillance.

Bijlage 12: Voorgestelde Stappenplan voor de *Linked-Evidence* Aanpak in Follow-up richtlijnen

Achtergrond

Idealiter worden richtlijnaanbevelingen over oncologische follow-up gebaseerd op impactstudies, al dan niet gerandomiseerd, waarin de effectiviteit van verschillende follow-upstrategieën op patiëntrelevante uitkomsten worden vergeleken. Zulke impactstudies, soms directe evidence genoemd, zijn in de meeste gevallen niet beschikbaar, niet toepasbaar, of niet van voldoende hoogwaardige kwaliteit. Als aanvulling op direct evidence kan men de effectiviteit van follow-upstrategieën proberen te schatten door verschillende vormen van indirecte evidence (zoals gegevens over de accuratesse van te gebruiken test en de effectiviteit van behandeling) te combineren (Figuur 1). Dit wordt ook wel *Linked-Evidence* Aanpak (LEA) genoemd[1,2].



Figuur 1. Bij de LEA reconstrueert men hoe een nieuwe follow-upstrategie uiteindelijk patiëntrelevante uitkomsten beïnvloedt. Bij iedere 'link' of schakel in de keten wordt evidence gezocht of, in afwezigheid van evidence, aannames gemaakt. Alle evidence en aannames worden gecombineerd in een (besliskundig) model.

Het blijkt voor werkgroepleden en richtlijnmethodologen nog moeilijk om LEA te gebruiken in richtlijnontwikkeling vanwege ontbrekende concrete handvaten. Er loopt momenteel een SKMS-project om deze methodiek voor diagnostische richtlijnen door te ontwikkelen en te implementeren. Het schatten van effecten van diagnostische strategieën op uitkomsten is methodologisch uitdagend en tijds- en arbeidsintensief. Bij follow-up strategieën, die herhaalde metingen bevatten, is de methodologie nog minder uitgerijpt en de LEA in het algemeen complexer. Clusterleden en richtlijnmethodologen dienen goed af te weten welke onderdelen van deze aanpak noodzakelijk dienen te worden toegepast en wat haalbaar is binnen het richtlijnproject.

Modelleren en beredeneren

In het meest ideale geval wordt de LEA uitgevoerd door middel van meerdere systematische literatuuronderzoeken naar de verschillende vormen van indirecte evidence, waarbij deze indirecte evidence wordt gecombineerd door middel van een besliskundig model (bijvoorbeeld een Markov model of een microsimulatie model). Een dergelijk rigoureus proces zal vaak niet haalbaar zijn binnen reguliere richtlijnontwikkeling, en moet in verhouding zijn met wat het opbrengt.

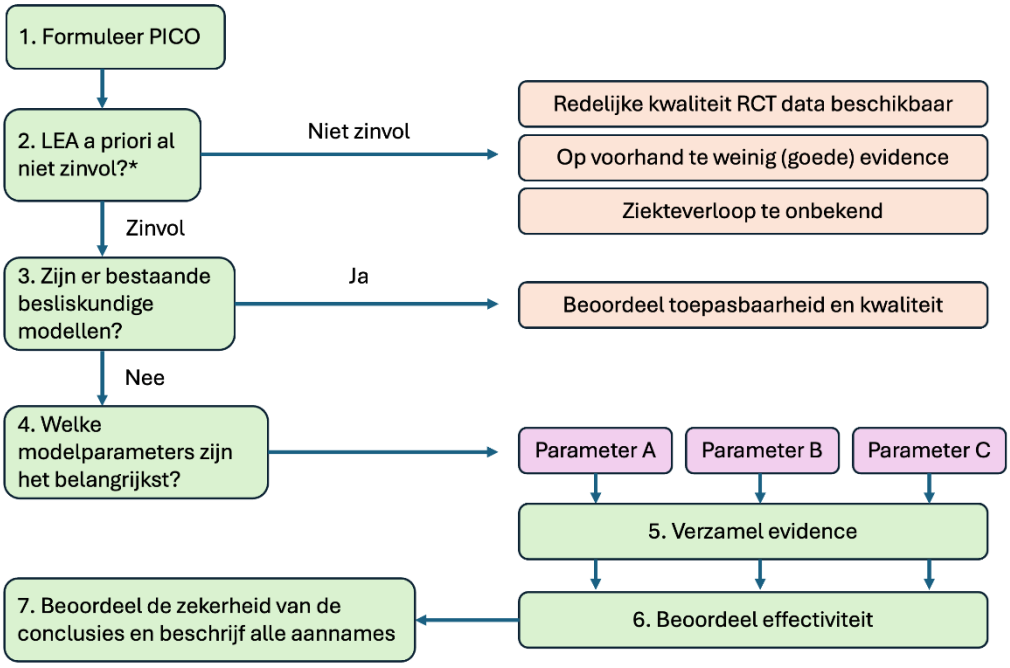
Een alternatief is om op een minder kwantitatieve manier tot een conclusie te komen over de effectiviteit van een follow-upstrategie. Dit noemen we 'beredeneren'. Hierbij wordt, aan de hand van voorhanden kennis over de ziekte en beschikbare indirecte evidence, de effectiviteit geschat via een op consensus gebaseerd proces binnen de richtlijnwerkgroep. Voor de verschillende onderdelen van de LEA kan, zo veel mogelijk, met hulp van systematische literatuuronderzoeken bewijs verzameld worden.

Het onderscheid tussen beredeneren en modelleren is niet altijd duidelijk te maken. Het kan wenselijk zijn om voor een aanpak te kiezen die ergens tussen modelleren en beredeneren in zit: men kan bepaalde schakels uit de keten kwantitatief berekenen en andere schakels kwalitatief inschatten. Een voorbeeld hiervan wordt gegeven in 'Stap 6' hieronder.

In alle gevallen (doorredeneren of modelleren) moet de voorhanden kennis over elke schakel van de keten worden verzameld. LEA biedt het voordeel dat gebruik gemaakt wordt van de voorhanden kennis en leidt tot een transparante onderbouwing van aanbevelingen.

Stappenplan

Wij hebben een stappenplan ontwikkeld voor het uitvoeren van de LEA binnen reguliere richtlijnontwikkeling. Ons doel was om een handvat te bieden aan richtlijnontwikkelaars om het proces van de LEA zo transparant en efficiënt mogelijk uit te voeren. Het voorgestelde stappenplan is slechts een concept, en de mate waarin het geïmplementeerd kan worden binnen reguliere richtlijnontwikkeling is nog een onderwerp van discussie. Tot hier meer duidelijkheid over bestaat zullen clusterleden en richtlijnmethodologen dit gezamenlijk moeten afwegen.



Figuur 2. Het voorgestelde stappenplan.
** Hierbij moet nagedacht worden over welke schakels in de keten belangrijk zijn en hoe deze de uiteindelijke effectschatting zullen beïnvloeden.*

Stap 1. Formuleer een PICO over de effectiviteit van follow-upstrategieën
De LEA begint met een onderzoeksvraag over de effectiviteit van een of meerdere follow-upstrategieën. Een dergelijke onderzoeksvraag kan het beste binnen het PICO (Population, Intervention, Comparison, Outcome) raamwerk geformuleerd worden. Deze PICO zou moeten overeenkomen met de PICO van een denkbeeldige gerandomiseerde studie, waarin patiënten gerandomiseerd worden naar verschillende follow-upstrategieën (waarvan geen follow-up ook een optie kan zijn).

- **Population:** de populatie die in aanmerking komt voor follow-up (ziekte, kenmerken, voorafgegane therapie)
- **Intervention:** de nieuwe follow-upstrategie; specificeer de daarbij gebruikte test, het interval tussen tests, en de duur van follow-up. Specificeer tevens de behandeling per soort recidief, en (indien relevant) hoe de behandeling varieert over ziektestadia.
- **Comparison:** de alternatieve follow-upstrategie
- **Outcome:** alle cruciale patientrelevante uitkomsten, zoals benefit en harm uitkomsten.

Stap 2. Is linked-evidence aanpak a priori al niet zinvol?
Er zijn scenario's denkbaar waarbij de LEA bij voorbaat al uitgesloten kan worden. Bij beschikbaarheid van voldoende kwaliteit directe evidence (bijvoorbeeld gerandomiseerde studies met 'Moderate' of 'High' zekerheid van evidence volgens GRADE) kunnen aanbevelingen op basis van die evidence gedaan worden. Het raadplegen van indirecte evidence is dan niet nodig.
Een belangrijke reden om af te zien van effectschattingen binnen de LEA is als men verwacht dat de effectschattingen uit de LEA zodanig onzeker zullen zijn dat het nauwelijks beter is dan geen informatie. Indien evidence over belangrijke schakels ontbreekt, bijvoorbeeld over de effectiviteit van behandeling van recidieven, zou de geloofwaardigheid van de resultaten zeer laag zijn. Tevens bestaat het risico dat, wanneer de potentiële nadelen van follow-up onvoldoende bekend zijn, de LEA te gunstige effectschattingen produceert. Als men anticipeert dat ongegronde legitimiteit kan worden verleend aan potentieel misleidende effectschattingen, kan ervoor worden gekozen om geen conclusies te trekken totdat er betere indirecte evidence beschikbaar is of er meer kennis over het ziekteproces is verzameld. In alle gevallen is het belangrijk om een toelichting te geven waarom LEA niet zinvol werd geacht.

Stap 3. Zijn er bestaande besliskundige modellen?
Als de LEA zinvol is gevonden, is het advies om eerst in de literatuur te zoeken naar reeds gepubliceerde besliskundige modellen. De onderzoeksvraag die door het model wordt beantwoord, zou overeen moeten komen met de PICO uit Stap 1. Zo zou voor een richtlijn over follow-upstrategieën bij longkanker een in 2021 gepubliceerd model in aanmerking kunnen komen dat in totaal 108 CT-gebaseerde follow-upstrategieën vergeleek[3]. De toepasbaarheid van het model dient wel beoordeeld te worden: komen de patiëntenpopulatie, interventie- en controlestrategieën en uitkomstmaten voldoende overeen met de PICO? Voor het beoordelen van de kwaliteit van een model zijn verschillende tools beschikbaar, hoewel geen enkele specifiek is ontwikkeld voor modellen ten behoeve van oncologische follow-up[4-6]. Als de toepasbaarheid en kwaliteit van een bestaand model voldoende is gevonden, dan is het verder uitwerken van de LEA niet nodig.

Stap 4. Welke modelparameters zijn het belangrijkst?
De LEA vereist het combineren van verschillende typen indirecte evidence, die ook wel 'modelparameters' worden genoemd omdat ze de rol van inputparameters in een besliskundig model vervullen. Voorbeelden van modelparameters zijn accuratesse (sensitiviteit en specificiteit) van de te gebruiken diagnostische test, de proportie van patiënten die daadwerkelijk de test ondergaat, en de incidentie van recidieven. Een lijst van modelparameters kan worden samengesteld op basis van de kennis over de patiëntenpopulatie, de biologische eigenschappen van de tumor, het ziektebeloop en het algoritme dat zal worden gevolgd voor het verder diagnosticeren, stadiëren en behandelen van een gedetecteerd recidief. Een voorbeeld van een dergelijke lijst is weergegeven in **Box**.

Box. Lijst van potentieel relevante modelparameters (voorbeeld)

- Incidentie van locoregionale recidieven op jaar 1*
- Incidentie van (oligo)metastatische recidieven op jaar 1*
- Incidentie van sterfte bij patiënten met een locoregionale recidief op jaar 1
- Incidentie van sterfte bij patiënten met een (oligo)metastatisch recidief op jaar 1
- Accuratesse (sensitiviteit en specificiteit) van te gebruiken test voor het detecteren van locoregionale recidieven op jaar 1*
- Accuratesse (sensitiviteit en specificiteit) van te gebruiken test voor het detecteren van (oligo)metastatische recidieven op jaar 1*
- Effectiviteit van behandeling van locoregionale recidieven op sterfte
- Effectiviteit van behandeling van (oligo)metastatische recidieven op sterfte
- Effecten van behandeling bij patiënten die geen recidieven hebben (foutpositieve resultaten)
- Nadelige effecten van tests (bijv. effect van blootstelling aan ioniserende straling)

* jaar 1 na behandeling primaire tumor

Niet alle modelparameters hebben een even grote impact op de schattingen van het effect van follow-upstrategieën. In plaats van evidence over alle modelparameters te verzamelen, is het advies om te focussen op enkele (maximaal drie i.v.m. haalbaarheid) parameters die, indien gevarieerd over hun plausibele range van waarden, een grote invloed kunnen hebben op de effectschattingen. In bepaalde gevallen kan een richtlijnwerkgroep duidelijke ideeën hebben over welke parameters dit zijn: bijvoorbeeld kan men verwachten dat de voordelen van follow-up beperkt zal zijn als de incidentie van (behandelbare) recidieven zeer laag is, of dat effectieve behandeling van recidieven een voorwaarde is om voordelen van follow-up te kunnen sorteren. Vaak is dit met kennis van het ziekteverloop af te leiden, maar een bestaand besliskundig model (met een soortgelijke maar andere PICO) kan ook informatie verschaffen over de relatieve impact van modelparameters. Dit is gerapporteerd in sensitiviteitsanalyses waarbij de invloed van onzekerheden in modelparameters op effectschattingen wordt onderzocht.

Stap 5. Verzamel evidence over elk van de belangrijkste modelparameters
Evidence over een modelparameter kan selectief gepubliceerd zijn, of afkomstig zijn van studies met tekortkomingen in de studieopzet of uitvoering. Daarom is het advies om bij voorkeur naar geaggregeerde evidence (zoals systematic reviews) te zoeken in plaats

van individuele studies. In de ideale situatie maakt men ook een inschatting van de toepasbaarheid en het risico op vertekening van de individuele studies. Bijvoorbeeld als de schattingen van het effect van behandeling van recidieven afkomstig zijn van niet-gerandomiseerde studies, moet men rekening houden met het risico op confounding. Het zal regelmatig voorkomen dat er geen kwalitatief goede evidence te vinden is over een modelparameter. In zulke gevallen kan men samen met de werkgroep aannames maken over de (plausibele range van) waarden van een parameter, en evalueren hoe verschillende aannames invloed hebben op de effectschattingen.

Stap 6. Beoordeel effectiviteit

Na de evidence te hebben verzameld, moet men deze evidence combineren (aaneenschakelen) om tot een effectschatting te komen.
Hoewel de effectschatting numeriek uitgedrukt kan worden (bijvoorbeeld een 5 procentpunt vermindering van sterftekans met surveillancestrategie A ten opzichte van B) behoort een categoriale inschatting tot de mogelijkheden (bijvoorbeeld een keuze tussen “geen klinisch relevant effect”, “klinisch relevant effect”). Hierbij is aan te raden om binnen de richtlijnwerkgroep overeenstemming te bereiken wat er met “klinisch relevant effect” wordt bedoeld[7]. Bijvoorbeeld kan men besluiten dat dit overeenkomt met minstens 3 procentpunt vermindering van het sterfterisico.
In de meeste gevallen zal de richtlijnwerkgroep kiezen om de effectschatting te beredeneren danwel een aanpak te kiezen die tussen beredeneren en modelleren in zit. In het geval van beredeneren zal men puur kwalitatief de evidence met elkaar combineren. Ter illustratie nemen we aan dat de “incidentie van lokale (behandelbare) recidieven op jaar 1” een belangrijke modelparameter is; deze wordt op 1.5% geschat over 5 jaar. Er wordt tevens aangenomen, wegens het gebrek aan evidence, dat de sensitiviteit van de surveillance-test hoog is, de behandeling zeer effectief is, en dat de compliantie van patiënten hoog is. Op basis van deze gegevens beredeneert de richtlijnwerkgroep dat het absoluut aantal patiënten per jaar die mogelijk baat hebben bij de behandeling klein is, met als conclusie dat iedere 6 maanden testen het sterfterisico waarschijnlijk niet substantieel zal verlagen in vergelijking met jaarlijks testen (geen klinisch relevant effect).
Op deze manier van beredeneren worden het denkproces en de onderliggende aannames transparant gemaakt. De aanpak blijft echter grotendeels kwalitatief, waardoor niet geheel inzichtelijk is hoe de verschillende gegevens en aannames tot de uiteindelijke conclusie leiden. Daarnaast is het lastig om de impact van alternatieve aannames op effectschattingen te onderzoeken, waardoor de mate van onzekerheid rondom effectschattingen onbelicht blijft. Daarom is het wenselijk om kwantitatieve aspecten in de LEA te includeren. Als voorbeeld kan men het extra aantal gedetecteerde recidieven op 6 maanden berekenen, door de verwachte incidentie op 6 maanden te vermenigvuldigen met de sensitiviteit van de test. Daarnaast kan men *worst-case* en *best-case* aannames maken over de andere parameters om de onder- en bovengrens voor effectiviteit te schatten.
Het is mogelijk dat sommige modelparameters, zoals incidentie van lokale recidieven, verschillen tussen patiëntengroepen. Het is raadzaam om te onderzoeken of de effectschattingen voor bepaalde subgroepen kunnen verschillen.

Stap 7. Beoordeel de zekerheid van de conclusies en beschrijf alle aannames

In de meeste gevallen zullen de effectschattingen uit de LEA een lage of zeer lage zekerheid hebben[8]. Een aantal factoren beïnvloeden deze zekerheid. Ten eerste hebben

de studies, die de modelparameters informeren, mogelijk tekortkomingen, of weerspiegelen zij niet de totaliteit van de beschikbare evidence. Ten tweede is mogelijk het denkproces van de richtlijnwerkgroep of het modelleerproces (d.w.z. de structuur van het model) mogelijk gebaseerd op incomplete kennis over het ziekteproces. Ten derde zijn aannames over veel modelparameters onvermijdelijk. Tenslotte zal de onzekerheid rondom effectschattingen toenemen hoe meer zij betrekking hebben op de lange termijn, onder meer omdat surveillance-tests herhaald worden over een lange periode. De GRADE Working Group heeft een raamwerk ontwikkeld om de zekerheid van effectschattingen uit LEA te beoordelen[8], al is deze vooral van toepassing op diagnostische strategieën. Het advies is om alle aannamen die gemaakt worden tijdens de LEA transparant te rapporteren.

Ondanks een eventuele lage zekerheid van effectschattingen, kunnen inzichten over de gewenste en ongewenste effecten van een follow-upstrategie helpen bij de afweging van deze effecten en andere factoren uit de Evidence-to-Decision (EtD) raamwerk, zoals middelen, kosten en haalbaarheid. Een rigoureus uitgevoerde LEA kan worden gezien als een synthese van de beschikbare kennis en kan prioriteringsgebieden voor verder onderzoek identificeren.

Referenties

1. Merlin T, Lehman S, Hiller JE, Ryan P. THE “LINKED EVIDENCE APPROACH” TO ASSESS MEDICAL TESTS: A CRITICAL ANALYSIS. Int J Technol Assess Health Care. 2013 Jul;29(3):343–50. doi:10.1017/S0266462313000287
2. MSAC. Guidelines for preparing assessments for MSAC [text] [Internet]. Medical Services Advisory Committee; 2024 [cited 2026 Sep 22]. Available from: https://www.msac.gov.au/resources/guidelines-preparing-assessments-msac
3. Wolff HB, Alberts L, Kastelijn EA, El Sharouni SY, Schramel FMNH, Coupé VMH. Cost-Effectiveness of Surveillance Scanning Strategies after Curative Treatment of Non–Small-Cell Lung Cancer. Med Decis Making. 2021 Feb;41(2):153–64. doi:10.1177/0272989X20978167
4. Philips Z, Bojke L, Sculpher M, Claxton K, Golder S. Good Practice Guidelines for Decision-Analytic Modelling in Health Technology Assessment: A Review and Consolidation of Quality Assessment. PharmacoEconomics. 2006;24(4):355–71. doi:10.2165/00019053-200624040-00006
5. Adarkwah CC, Van Gils PF, Hiligsmann M, Evers SMAA. Risk of bias in model-based economic evaluations: the ECOBIAS checklist. Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research. 2016 Jul 3;16(4):513–23. doi:10.1586/14737167.2015.1103185
6. Drummond M. Methods for the economic evaluation of health care programmes. Fourth edition. Oxford, United Kingdom ; New York, NY, USA: Oxford University Press; 2015. 445 p. (Oxford medical publications).
7. Zeng L, Brignardello-Petersen R, Hultcrantz M, Siemieniuk RAC, Santesso N, Traversy G, et al. GRADE guidelines 32: GRADE offers guidance on choosing targets of GRADE certainty of evidence ratings. Journal of Clinical Epidemiology. 2021 Sep;137:163–75. doi:10.1016/j.jclinepi.2021.03.026
8. Schünemann HJ, Mustafa RA, Brozek J, Santesso N, Bossuyt PM, Steingart KR, et al. GRADE guidelines: 22. The GRADE approach for tests and strategies—from test accuracy to patient-important outcomes and recommendations. Journal of Clinical Epidemiology. 2019 Jul;111:69–82. doi:10.1016/j.jclinepi.2019.02.003

Bijlage 13: Geformuleerde acties

Module	Acties
Colorectaal carcinoom	- In deze module werd in 2020 al een uitgebreide de-escalatie doorgevoerd, met nog slechts eenmalig CT thorax/abdomen na 1 jaar als enige beeldvorming in de 5 jaar follow-up na curatieve resectie. Tot die tijd werd nog 6-12 maandelijks echo of CT abdomen aanbevolen gedurende 5 jaar. Paralel aan dit project wordt een modulaire update uitgevoerd van de geanalyseerde module in dit project. In de module wordt verdere onderbouwing van het aanbevolen gematigde follow-up schema op basis van recente literatuur toegevoegd. Als nieuwe deelvraag wordt de patient-geregiseerde follow-up met individuele voorkeuren in frequentie en uitvoering behandeld.
Melanoom + Niet-kleincellig longcarcinoom	Verankering van de methodologische lessen (observaties & adviezen) in de eerstvolgende herzieningstermijn van deze modules.
Adviezen t.a.v. niet geanalyseerde modules	Colorectaal Voor de richtlijn Colorectaal Carcinoom adviseert de werkgroep herziening van de volgende modules op basis van dit rapport. De-escalatie van tenminste de beeldvorming als gewenst/noodzakelijk wordt geacht op dit moment: 1) Follow-up na lokale behandeling T1 rectumcarcinoom 2) Follow-up na lokale behandeling T1 colorectaal carcinoom 3) Follow-up na rectumsparende behandeling met neoadjuvante therapie De eerste twee genoemde modules gaan over de follow-up na lokale excisie van respectievelijk vroeg stadium rectum- en coloncarcinoom. Dit is een groeiende groep patiënten door het bevolkingsonderzoek op darmkanker. Daarnaast is in 2025 de indicatie voor completerende resectie bij pT1-2 coloncarcinoom teruggebracht en vastgelegd in de richtlijn (module Complementerende oncologische resectie na lokale excisie van pT1-2 coloncarcinoom). Dit wordt nu prospectief vervolgd in de CROSSROADS 1 en 2 studie in het kader van een ZE&GG project, waarbij 5-jaar kankerspecifieke overleving na intensieve follow-up het primaire eindpunt is. Ook na lokale excisie van pT1-2 rectumcarcinoom wordt steeds meer orgaansparend behandeld. Dit krijgt een boost na recente publicatie van de Nederlandse TESAR trial die laat zien dat bij lokaal geexcideerd hoog risico pT1 en laag risico pT2 rectumcarcinoom adjuvante chemoradiatie in vergelijking met completerende resectie oncologisch veilig is, met evidente voordelen voor de patiënt. In deze studie werd ook een registratie arm bijgehouden zonder aanvullende behandeling, waarbij patiënten met intensieve follow-up werden vervolgd. In de tweede helft van 2026 zal daarom module Complementerende oncologische resectie vroegcarcinoom rectum worden geupdatet. Al deze ontwikkelingen hebben tot gevolg dat in toenemende mate follow-up na lokale excisie van colorectaal carcinoom een voorkeursstrategie gaat worden. Na lokale excisie coloncarcinoom is de aanbeveling om jaarlijks CT abdomen en endoscopie te verrichten, naast halfjaarlijks CEA gedurende 5 jaar. Na lokale excisie van rectumcarcinoom wordt halfjaarlijks MRI en endoscopie gedurende 2 jaar en jaarlijkse MRI en endoscopie in jaar 3-5 aanbevolen, met eenmalig CT thorax/abdomen op 12 maanden, en half jaarlijks CEA gedurende 5 jaar. Binnen de CROSSROADS stuurgroep is het plan om in het komende jaar, samen met de T1 CRC werkgroep, tot een nieuw gede-escaleerd consensus-based follow-up schema te komen na lokale excisie van colorectaal carcinoom. Daarna wordt gekeken of na voltooien van de inclusie van CROSSROADS 1 en 2 er een prospectieve evaluatie van gede-escaleerde follow-up kan volgen in een CROSSROADS-3 project. Er wordt momenteel relevante data verzameld van de huidige Nederlandse praktijk, en vergelijkbare data zijn ook al beschikbaar uit Spanje. Dit kan dienen als basis voor dit project. Samen met de geformuleerde uitgangspunten en adviezen uit het rapport van het project passende follow-up beeldvorming kan naar verwachting in de komende jaren de follow-up na lokale excisie colorectaal carcinoom veilig worden afgebouwd, met evidente voordelen voor patient en maatschappij. In de derde genoemde module wordt de follow-up in het kader van 'watch-and-wait' na klinisch complete respons op neo-adjuvante behandeling al dan niet gecombineerd met lokale behandeling van een tumorrest (radiotherapie boost of lokale excisie) beschreven. Deze schema's dateren nog uit een tijd dat het heel spannend werd gevonden om een rectumresectie achterwege te laten, en waarbij rectumsparende behandeling als experimenteel werd gezien. Daarom zijn deze schema's bijzonder intensief, waarbij 3-maandelijks MRI en endoscopie in het 1e jaar, 6-maandelijkse MRI en endoscopie in het 2e jaar, en 6-12 maandelijkse MRI en endoscopie in jaar 3 tot 5 worden geadviseerd. De uitgangsvraag is hierbij tevens beperkt tot detectie van een lokale regrowth, waarbij in de praktijk ook CEA en CT thorax/abdomen worden toegevoegd, wat doorgaans dan geëxtrapoleerd wordt uit de aanbevelingen voor in dit project geanalyseerde module, maar waar eigenlijk geen zicht is op ziekenhuisvariatie in follow-up voor deze indicatie. Specifiek bij het 'watch-and-wait' beleid speelt de angst dat een lokale regrowth (kans ongeveer 25%) bij niet tijdig ontdekken niet meer 'salvageable' is. Desondanks lijkt met de opgedane

Module	Acties
	ervaringen een de-escalatie mogelijk. Dit zal binnen het cluster oncologie onderste tractus digestivus worden geagendeerd. Er is nog een vierde module over de follow-up na lokale behandeling van afstandsmetastasen). Deze module is in maart 2026 online gekomen. In tegenstelling tot de vroege stadium tumoren gaat het hier om een afnemende populatie, mede door het bevolkingsonderzoek en recente inzichten (o.a. ORCHESTRA studie). Binnen de werkgroep is in aanloop naar de publicatie van deze module al uitgebreid gediscussieerd over het nut van follow-up, met ontbreken van data over overlevingsvoordeel van intensieve follow-up. Conform de in dit rapport geanalyseerde module is ook hier gekozen voor CEA als basis (elke 3-6 maanden), met een beperkte rol voor beeldvorming voor alleen de eerste 2 jaar na lokale behandeling. Na niet-chirurgische lokale behandeling (thermale ablatie of radiotherapie) wordt aanbevolen om een eenmalige post-behandeling / respons evaluatie met beeldvorming te doen. Deze module volgt daarmee al de uitgangspunten en adviezen zoals verwoord vanuit het project passende follow-up beeldvorming. Er is echter geen zicht op implementatie in de dagelijkse praktijk, en het in beeld brengen hiervan zou voor de komende jaren een belangrijke vervolgstap kunnen zijn. Melanoom: De behandeling van melanoom is snel veranderd en verandert nog steeds snel. Zo krijgen steeds minder patiënten adjuvante behandeling voor stadium III melanoom en is het veld verschoven naar neoadjuvante behandeling. In de richtlijn is nog geen FU module opgenomen na neoadjuvante behandeling en vooralsnog wordt FU na adjuvante behandeling aangehouden voor patiënten die neodjuvant behandeld zijn. Er is al vaak gesproken over een FU module na neoadjuvante behandeling, maar de werkgroepleden vinden de FU van de neoadjuvante studies (NADINA) nog te kort. We moeten wel alvast toewerken naar een neoadjuvante FU module waarbij de FU response driven is o.b.v. de pathologische response; daarmee kan een enorme de-escalatie van imaging komen. Er zal wel discussie zijn over hoe evidence based dit is, omdat er geen FU/imaging studies in deze setting zijn, maar de recurrence-free/event-free survival curves zijn geschikt om een de-escalatie onderbouwen. In het algemeen zijn er in het Nederlandse melanoomveld veel initiatieven met “less is more”, zowel in studies als landelijke consensus (eerder stop immuno, geen MRI hersenen bij stadium III, minder schildwachtklier procedures, geen adjuvant bij stadium IIIA, geen complete lymfeklierdissectie bij goede response in index node, geen adjuvant na response op neoadjuvant). Longcarcinoom: Centraal in veel MDOs staat momenteel ‘Wat te doen bij oligoprogressie?’. Reden hiervoor is dat de lokale behandelmodules (radiotherapie, cryo-, microinvasieve chirurgie) het laatste decennium sterk zijn geëvolueerd. Er komen steeds meer gegevens die suggereren dat dit de (progressievrije) overleving verbetert. Dit is een stimulans om progressie aan te tonen als het nog ‘oligo’ is. Dit geldt voor met curatieve intentie behandeld NSCLC en voor patiënten op onderhoudsbehandeling (met immuuntherapie, doelgerichte behandeling of anders) Voorstel: ▪ deze patiëntengroepen samen nemen in de aanbeveling voor FU. ▪ De FU schema’s die in de oligo-studies gebruikt zijn mee te nemen in de analyse Een aanbeveling formuleren over de noodzaak om een MRI-brein te doen in de FU van patiënten die doelgerichte behandeling hebben en als we dat waardevol vinden : frequentie? Een aanbeveling formuleren over het tijdstip van de eerste evaluatie-CT na start van immuuntherapie bij stadium 4 ziekte. 6 weken of 3 maanden?

Module	Acties
Voorbeeldmodules	Module Follow-up na oncologische resectie CC en RC uit richtlijn Colorectaal Carcinoom Module Follow-up na lokale behandeling afstandsmetastasen uit richtlijn Colorectaal Carcinoom

Algemeen	- Richtlijnontwikkelaars en richtlijncommissieleden: Pas de ontwikkelde adviezen (bijlage 11 en 12) toe bij lopende herzieningen van oncologische follow-up modules.
	- Overweeg methodologen te betrekken met expertise op het gebied van besliskundige modellen, screeningsinterventies en HTA bij de linked-evidence aanpak als de opbrengst de investering rechtvaardigt.
	- Kennisinstituut en NVvR: Rapport aanbieden aan richtlijnontwikkelaars en richtlijncommissieleden: Integreer de adviezen uit dit rapport als standaard aandachtspunten in de procesbeschrijving zodat het bij elke nieuwe module of herziening over follow-up beeldvorming meegenomen wordt.
	- Wetenschappelijke verenigingen; Bij follow-up beelvorming zonder onderbouwing en bewijs dat verandering veilig mogelijk is, overweeg indiening bij Less is More.
	- Richtlijnontwikkelaars en richtljncommissieleden: Benoem kennisvragen voor onderwerpen waarvoor onvoldoende evidence beschikbaar is om aanbevelingen op te baseren, zoals (wanneer effectiviteitsstudies niet mogelijk zijn) modelstudies naar de effectiviteit van follow-up beeldvorming.
	- Leden van de projectwerkgroep verkennen de mogelijkheden om eventuele praktijkvariatie in de implementatie of de-implementatie van follow-up beeldvorming landelijk te monitoren, bijvoorbeeld o.b.v. declaratiedata.
	- De richtlijncommissie kan vastgestelde follow-up beeldvorming verwerken in de implementatietabel, zodat deze aanbevelingen kans maken om opgenomen te worden op de implementatie-agenda van ZEGG. Onderzoekers: Overweeg gewijzigde follow-up schema's op een prospectieve wijze te evalueren. Het generen van deze data is zowel van belang voor kennis over de daadwerkelijke implementatie van de richtlijn in de praktijk áls over het effect op patiëntrelevante uitkomsten.
	- Jet Quarles van Ufford&Fabienne Ropers i.s.m. NVvR, Kennisinstituut, afdeling BiTE en werkgroepleden: Na één jaar de toepasbaarheid van de aanbevelingen evalueren, inclusief de praktische leidraad en verzamel ervaringen uit lopende richtlijnherzieningen.
	- Erken samen met patiëntenorganisaties en richtlijncommissie de ontwikkeling van een gerichte Thuisarts.nl-tekst om patiënten proactief te informeren over het doel, de baten en de grenzen van follow-up beeldvorming en denk na over communicatietools ten behoeve van het gesprek spreekkamer bij patiënten in het follow-up traject .
	- Jet Quarles van Ufford&Fabienne Ropers i.s.m. NVvR, Kennisinstituut, afdeling BiTE en werkgroepleden:
	  o Rapport delen met de richtlijnencommissie en het bestuur van de Federatie, incl. verzoek om toelichting te geven tijdens een algemene vergadering (als vervolg op eerdere discussies).
	  o Artikel schrijven voor interne communicatie binnen wv'en Medisch Contact, MemoRad, LinkedIn, enz.

Bijlage 14: Belangenverklaringen

Jet Quarles van Ufford (voorzitter, stuurgroep)

Onderdeel	Belangenverklaring
Hoofdfunctie	Radioloog bij Haaglanden MC
Nevenwerkzaamheden	Geen
Persoonlijke financiële belangen	Geen
Persoonlijke relaties	Geen
Extern gefinancierd onderzoek	Geen
Intellectuele belangen en reputatie	Geen
Overige belangen	Geen
Restrictie	Geen restricties

5 **Mariska Leeflang (stuurgroep)**

Onderdeel	**Belangenverklaring**
Hoofdfunctie	Hoogleraar (1 fte) bij het Amsterdam UMC
Nevenwerkzaamheden	Methodoloog en lid richtlijncommissie Mpox en malaria-diagnostiek WHO
Persoonlijke financiële belangen	Geen
Persoonlijke relaties	Geen
Extern gefinancierd onderzoek	*ZonMW: Wetenschapscommunicatie, PJL; multi-disease tests. *Eu: Reproduceerbaarheid. *NWO: Open Science.
Intellectuele belangen en reputatie	Ik ben betrokken bij de Cochrane Collaboration en het GRADE netwerk
Overige belangen	Geen
Restrictie	Geen restricties

Thierry Boellaard (stuurgroep)

Onderdeel	Belangenverklaring
Hoofdfunctie	Radioloog bij het Antoni van Leeuwenhoek
Nevenwerkzaamheden	Geen
Persoonlijke financiële belangen	Geen
Persoonlijke relaties	Geen
Extern gefinancierd onderzoek	*AstraZeneca: INDUCTION, Longkanker, immunotherapie, chemoradiatie. *Bristol Myers Squibb en KWF: INDIBLADE, blaaskanker, immunotherapie, chemoradiatie. *Bristol Myers Squibb: NABUCCO, blaaskanker, immunotherapie. *Section Asbestos Related Disease (SAGA) of the Dutch Pulmonologists Organisation (NVALT): ARTIMES, Mesothelioom, AI, CT, respons. INDUCTION Trial Onderwerp: Een fase 1b studie bij inoperabel nietkleincellig longkanker stadium II/III behandeld met inductiebehandeling met combinatie immunotherapie gevolgd door chemoradiatie. Subsdiegever: AstraZeneca Rol: Geen principle investigator. Medeonderzoeker INDIBLADE Trial Onderwerp: Een fase 2 studie bij spierinvasieve blaaskanker stadium II/III behandeld middels combinatie immunotherapie gevolgd door chemoradiatie Subsdiegever: Bristol Myers Squibb en KWF

Onderdeel	Belangenverklaring
	Rol: Geen principle investigator. Medeonderzoeker NABUCCO Trial Onderwerp: Een fase 1b studie bij spierinvasieve blaaskanker stadium III die werden behandeld met preoperatieve combinatie immunotherapie gevolgd door radiacale cystectomie. Subsdiegever: Bristol Myers Squibb Rol: Geen principle investigator. Medeonderzoeker ARTIMES Trial Onderwerp: Ontwikkelen en testen van een AI algoritme om response op therapie te beoordelen bij pleuraal mesothelioom. Subsdiegever: Section Asbestos Related Disease (SAGA) of the Dutch Pulmonologists Organisation (NVALT), een institutionele grant van KWF en institutionele support van het ministerie van VWS. Rol: Geen principle investigator. Medeonderzoeker Het AI algoritme beoordeelt respons op CT
Intellectuele belangen en reputatie	Geen
Overige belangen	Geen
Restrictie	Geen restricties

Fabienne Ropers (stuurgroep)

Onderdeel	Belangenverklaring
Hoofdfunctie	kinderarts in LUMC (en nu tijdelijk medisch manager zorgtransformatie).
Nevenwerkzaamheden	detachering Kennisinstituut
Persoonlijke financiële belangen	Geen
Persoonlijke relaties	Geen
Extern gefinancierd onderzoek	onderzoek: Als mede onderzoeker op NWO subsidie over onzekerheidscommunicatie
Intellectuele belangen en reputatie	betrokken bij meerdere passende zorg projecten (via kennisinstituut, Less is More project,
Overige belangen	Geen
Restrictie	Geen restricties

5 Derk-Jan de Groot (werkgroep)

Onderdeel	Belangenverklaring
Hoofdfunctie	Internist-oncoloog bij het Universitair Medisch Centrum Groningen
Nevenwerkzaamheden	Richtlijncommissie colorectaal carcinoom namens de NIV
Persoonlijke financiële belangen	Geen
Persoonlijke relaties	Geen
Extern gefinancierd onderzoek	*Hoffman la Roche: Onderwerp: Open Label Phase 2 Basket Trial With Atezolizumab and Tiragolumab in Solid Tumors (TIRACAN) NCT05483400 Financierder: Hoffmann la Roche betaalde het UMCG en het UMCG is de sponsor PI: ja *GE Healthcare: Onderwerp: A Study to Evaluate GEH200520/GEH200521 (18F) Safety and Tolerability When Used for PET Scans in Patients With Solid Tumour Malignancies NCT05629689 Financierder: GE Healthcare PI: lokale PI *Siemens: Onderwerp: IMAging Features Associated with Immune Response Financierder: Siemens PI: ja *Amgen: Onderwerp: A Phase 1b/2, Multicenter, Open-label Basket Study Evaluating the Safety and Efficacy of Bemarituzumab Monotherapy in Solid Tumors With FGFR2b Overexpression (FORTITUDE-301) NCT05325866 Financierder: Amgen PI: nee

Onderdeel	Belangenverklaring
	*Boehringer Ingelheim: Onderwerp: DAREON®-NEC-1: A Study in People With Advanced Extrapulmonary Neuroendocrine Cancer to Compare Obrixtamig Plus Carboplatin and Etoposide Treatment With Standard Chemotherapy NCT07544654 Financierder: Boehringer Ingelheim PI: nee
Intellectuele belangen en reputatie	Geen
Overige belangen	Geen
Restrictie	Restrictie t.a.v. besluitvorming over plaatsbepaling van immuunrespons-beeldvorming.

Sjaak Burgers (werkgroep)

Onderdeel	Belangenverklaring
Hoofdfunctie	Longarts in het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis
Nevenwerkzaamheden	Geen
Persoonlijke financiële belangen	Geen
Persoonlijke relaties	Geen
Extern gefinancierd onderzoek	MSD sponsorde via mijn werkgever een investigator initiated onderzoek van me. 2de lijns fase II studie bij mesothelioompatienten met pembrolizumab en lenvatnib, PJL.
Intellectuele belangen en reputatie	tot 2024 voorzitter van de mesotheliomen werkgroep SAGA binnen de longartsenvereniging NVALT
Overige belangen	Geen
Restrictie	Geen restricties

Pieter Tanis (werkgroep)

Onderdeel	Belangenverklaring
Hoofdfunctie	1. Hoogleraar colorectale chirurgie, Erasmus Universiteit 2. Chirurg, Erasmus MC (full time, betaald)
Nevenwerkzaamheden	1. Lid Clinical Audit Board Dutch Colorectal Audit, onbetaald 2. Penningmeester bestuur Stichting Opsporing Erfelijke Tumoren, onbetaald 3. Lid Advisory Board KWF, cluster vroege detectie en minimaal invaiseve toepassingen, onbetaald 4. Voorzitter richtlijnencluster oncologie onderste tractus digestivus, onbetaald
Persoonlijke financiële belangen	Geen
Persoonlijke relaties	Geen
Extern gefinancierd onderzoek	BIOPEX-2 –nieuwe techniek voor perineale wondsluiting na APR voor rectumcarcinoom – PI – KWF gefinancierd RIGHT –standaardisatie van operatietechniek voor hemicolectomie rechts bij coloncarcinoom en implementatie hiervan – geen PI – financiering door Medtronic en J&J CAIRO-6 –waarde van perioperatieve chemotherapie bij CRC patienten die CRS/HIPEC krijgen voor peritoneale metastasen – geen PI – KWF financiering COLOPEC-2 – waarde van kijkoperaties voor vroege opsporing van peritoneale metastasen bij patienten met pT4 coloncarcinoom – PI – KWF financiering TESAR – adjuvante radiotherapie als alternatief voor completerende TME na lokale excisie van hoog risico T1 / laag risico T2 rectumcarcinoom – coPI – KWF financiering CROSSROADS – implementatie van nieuwe richtlijn over completerende chirurgie of follow-up na lokale excisie van coloncarcinoom – geen PI – ZonMw DICA 2.0 – pilot DCRA voor toekomstbestendig maken van kwaliteitsregistraties met verbreding, verdieping en innovatie – PI – Zorgverzekeraars Nederland
Intellectuele belangen en reputatie	Geen
Overige belangen	Geen
Restrictie	Geen restricties

5

Karin Flobbe (werkgroep)

Onderdeel	Belangenverklaring
Hoofdfunctie	senior adviseur kwaliteit en wetenschap NVvR
Nevenwerkzaamheden	Geen
Persoonlijke financiële belangen	Geen
Persoonlijke relaties	Geen
Extern gefinancierd onderzoek	Geen
Intellectuele belangen en reputatie	Geen
Overige belangen	Geen
Restrictie	Geen restricties

Cornelia Schaefer-Prokop (werkgroep)

Onderdeel	Belangenverklaring
Hoofdfunctie	Radioloog bij Meander MC (tot 1 juni 2026)
Nevenwerkzaamheden	Geen
Persoonlijke financiële belangen	Geen
Persoonlijke relaties	Geen
Extern gefinancierd onderzoek	PhD project AI in thorax photos (chest radiographs) 1. Annalise / Harrison - Implementatie van AI (PL NEE)
Intellectuele belangen en reputatie	Geen
Overige belangen	Geen
Restrictie	Geen restricties

5 Quido Lussanet de la Sablonière (werkgroep)

Onderdeel	Belangenverklaring
Hoofdfunctie	Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam
Nevenwerkzaamheden	Geen
Persoonlijke financiële belangen	Geen
Persoonlijke relaties	Geen
Extern gefinancierd onderzoek	Geen
Intellectuele belangen en reputatie	Geen
Overige belangen	Geen
Restrictie	Geen restricties

Astrid van der Veldt (werkgroep)

Onderdeel	Belangenverklaring
Hoofdfunctie	Internist-oncoloog Erasmus MC, afdelingen Interne Oncologie en Radiologie & Nucleaire Geneeskunde

Onderdeel	Belangenverklaring
Nevenwerkzaamheden	Adviesraden: BMS, MSD, Merck, Novartis, Pfizer, Eisai, Sanofi, Pierre-Fabre en Ipsen. Betaald aan het instituut (Erasmus MC) Roche (ook betaald aan het instituut Erasmus MC) Adviesraad GE Health care, Regeneron, Novartis (alles betaald aan het instituut). Daarnaast funding voor onderdoek van KWF, ZonMw, Erasmus MC Foundation, UMCs (transformatie deal) en zorgverzekeraars. Frequentie adviesraden: Eenmalig, m.u.v. Ipsen Onderwerpen: GE healtcare: immuno tracer in ontwikkeling Overig: betreft medicatiemiddelen Financiering: ja, via werkgever Aanvulling 9-8-2026: Melanoom gerelateerde adviesraden: *Novartis Pharma B.V. - oktober 2023 - adviesraad melanoom februari 2026 - adviesraad melanoom 15-12-2025 *Bristol Myers Squibb B.V. - juli 2025 - MEL Medical Melanoma Adboard 03-07-2025 juli 2026 - adviesraad melanoom maart 2026 niet-melanoom gerelateerd: *NWO - juni 2025 - Interviewdag KIC Broadband Optical Systems 2024 6-5-2025 juli 2026 - Deelname VENI commissie dd 12 en 19 mei als attendance fee committee member *RIVM - februari 2024 - RIVM afgesloten project 11017 *Ministerie van VWS - januari 2025 - VWS DOCC register voor afgesloten project 111017 *Regeneron NL B.V. - november 2025 - Advisor in an Advisory Board 11-11-2025 *Ipsen Farmaceutica BV - juli 2024 - Werksessie | Harmonisatie van aRCC zorg dd 18 januai 2024 *Sas Ipsen Pharma - oktober 2025 - Ipsen Renal Lab conference ESMO Berlijn *MSD B.V. - maat 2026 - Placeholder: Adviesraad Belzutifan *Cancer Research UK - mei 2026 - Clinical Expert Review Panel Wednesday 25th and Thursday 26th March 2026 *GE Healthcare - oktober 2025 - Deelname adviesraad op ESMO 2026 in Berlijn: onderwerp nieuwe PET immuno tracer Alle vergoedingen overgemaakt naar Erasmus MC
Persoonlijke financiële belangen	Geen
Persoonlijke relaties	Geen
Extern gefinancierd onderzoek	Melanoom gerelateerd: *Safe Stop trials: eerder stoppen anti-PD1 melanoom - PI *KWF Survivor melanoom - PI *KWF QoL safe stop melanoom - PI *VIDI understanding immune escape melanona - PI *Erasmus MC Foundation: meerdere kleine projecten melanoom en nierkanker - PI *Daniel den Hoed Foundation: hersenmetastasen melanoom *The Netherlands Cancer Institute (volgens clinical trials.gove): NADINA trial - local PI *The Netherlands Cancer Institute (volgens clinical trials.gove): MARIANE trial - local PI * IO Biotech ApS - NL79874.041.22 - Fase 3 met immuuntherapie melanoom - local PI *BMS - NL71182.042.19 - Adjuvante nivolumab bij melanoom stadium II high risk, fase-3 - local PI *Immatics - 2024-517062-42-00 - Celtherapie melanoom - local PI *EORTC samen met Immunocore - 2023-510333-28-00 - Studie bij oogmelanoom - local PI Niet-melanoom gerelateerd *ZonMw VOICE COVID-19 vaccinatie patienten met een maligniteit - coPI *MSD - NL74544.028.20 CTD / 2022-502123-21-00 CTR - Belzutifan bij nierkanker - local PI NL75425.028.20 CTD / 2024-510620-39-00 CTR - Belzutifan bij nierkanker - local PI *Novartis - NL69020.078.19 - Lu-NEOBOMB fase-1 studie, geen melanoom - local PI
Intellectuele belangen en reputatie	Geen
Overige belangen	Ipsen - oktober 2024 - Gedeeltelijke vergoeding reiskosten en overnachting voor ESMO 2024
Restrictie	Geen restricties (adviesraden niet gerelateerd aan het onderwerp van de richtlijn)

Dirk de Ruysscher (werkgroep)

Onderdeel	Belangenverklaring
Hoofdfunctie	100 % Radiotherapeut-Oncoloog bij Maastro (Maastricht Radiation Oncology). Enkel betaald door Maastro, ook voor nevenwerkzaamheden of wat dan ook. Hoogleraar Respiratoire Oncologie Universiteit Maastricht (niet bezoldigd)
Nevenwerkzaamheden	Detachering vanuit Maastro naar Erasmus MC Rotterdam. Bij Erasmus MC staflid Radiotherapie en eveneens Hoogleraar Respiratoire Oncologie (niet bezoldigd)
Persoonlijke financiële belangen	Geen
Persoonlijke relaties	Geen
Extern gefinancierd onderzoek	Het zijn er 18 de laatste 3 jaar en er zijn slechts 5 lijnen bij "Financier". 1. Re-induction of a systemic immune response after initial response with immune therapy with radiotherapy in metastatic or locally recurrent lung cancer. Partly supprted by Philips. Role: PI 2. lncreasing therapeutic window of proton therapy in brain, lung, head and neck cancer (INTO-PROT). Funded by KWF. Role: Collaborator 3. Durvalumab and Prophylactic Cranial Irradiation (PCI) versus durvalumab and observation in radically treated patients with stage III non-small cell lung cancer: A phase III randomized study. Funded by AstraZeneca. Role: PI 4. A Study of Nivolumab and Ipilimumab in Untreated Participants With Stage 3 Non-small Cell Lung Cancer (NSCLC) That is Unable or Not Planned to be Removed by Surgery (CheckMate73L). Funded by BMS. Role: Global PI 5. Optimizing immune stimulation with radiotherapy with either proton or photon therapy in patients with stage III non-small cell lung cancer. Funded by KOFL. Role: PI 6. Improving Standard of Care lifestyle support for stage III NSCLC cancer patients (PERCUSSION). Funded by AstraZeneca. Role: PI 7. ELDAPT: Elderly with locally advanced Lung cancer: Deciding through geriatric Assessment on the oPtimal Treatment strategy. Funded by KWF. Role: investigator 8. STOPSTORM: A PROSPECTIVE EUROPEAN VALIDATION COHORT FOR STEREOTACTIC THERAPY OF RE-ENTRANT TACHYCARDIA. Funded by EU. Role: investigator 9. Het verduurzamen van de topspecialistische functie radiotherapie (Sustainability of the top specialist function of radiotherapy). Funded by ZonMw. Role: Co-PI 10. PRESENCE: Radiomics models for Predicting the development of bRain mEtastases in patients with Small cEll luNg CancEr. Funded by Beigene. Role: PI 11. PRE-ACT: Prediction of Radiotherapy side Effects using explainable AI for patient Communication and Treatment modification. Funded by EU. Role: investigator 12. Quantifying the impact of novel cancer treatments on Lung Cancer Control and Normal Tissue Complication Probability. Funded by Cancer Research UK. Role: Investigator 13. INTHYM: Artificial intelligence for histopathological classification and recurrence prediction of thymic epithelial tumors. Funded by Hanarth Fund. Role: co-PI 14. Prediction of the development of symptomatic brain metastases during and after (chemo)- immunotherapy for stage IV NSCLC. Funded by Pfizer. Role: co-PI 15. DYNAMICA - Resolving the DYNAMics of lung cancer CAchexia. Funded by Maastricht University. Role: Investigator 16. Stereotactic body radiation therapy after chemotherapy for unresectable perihilar cholangiocarcinoma: a phase II trial (The STRONG 2 trial). Fubded by KWF. Role: Investigator 17. Immunotherapy Consolidation After Radical treatment of Synchronous Oligo-metastatic NSCLC: ICARS. Funded by Regeneron via EORTC. Role: global PI 18. REVITALIZE: Implementatie van een leefstijl journey in het zorgpad van longkankerpatiënten. Funded by AstraZeneca. Role: PI
Intellectuele belangen en reputatie	Geen
Overige belangen	Geen
Restrictie	Geen restricties (extern gefinancierd onderzoek niet gerelateerd aan het onderwerp van der richtlijn)

Dirk Grünhagen (werkgroep)

Onderdeel	Belangenverklaring
Hoofdfunctie	Chirurg, Erasmus MC
Nevenwerkzaamheden	Geen
Persoonlijke financiële belangen	Geen
Persoonlijke relaties	Geen

Onderdeel	Belangenverklaring
Extern gefinancierd onderzoek	OMIT - stichting SGS - weglaten klierdissectie bij complete respons op inductiebehandeling bij st 3 melanoom (PL JA) Promise 1. SGS - omissie klierdissectie melanoom (PL JA) 2. KWF - optimale FU CRC (PL JA)
Intellectuele belangen en reputatie	Geen
Overige belangen	Geen
Restrictie	Geen restricties

Monique Maas (werkgroep)

Onderdeel	Belangenverklaring
Hoofdfunctie	Radioloog bij NKI-AVL
Nevenwerkzaamheden	Follow-up met beeldvorming - NVvR Follow-up met beeldvorming - NVvR - Sectie bestuur NVVR abdomen als portefeuillehouder Richtlijnen - Stuurgroep onderste Cluster tractus digestivus en expertisegroepslid Colorectaal carcinoom en Anuscarcinoom richtlijn - Stuurgroep richtlijnen rectumcarcinoom en anuscarcinoom van ESGAR - Bestuurslid Dutch Colorectal Cancer Group (DCCG)
Persoonlijke financiële belangen	Geen
Persoonlijke relaties	Geen
Extern gefinancierd onderzoek	KWF - Defining a near complete response after neoadjuvant therapy for rectal cancer (PL JA)
Intellectuele belangen en reputatie	Geen
Overige belangen	Geen
Restrictie	Geen restricties

Jesse Habets (werkgroep tot september 2026)

Onderdeel	Belangenverklaring
Hoofdfunctie	Radioloog bij St Antonius Ziekenhuis Nieuwegein
Nevenwerkzaamheden	Bestuurslid NVvR
Persoonlijke financiële belangen	Werkzaam in STZ / algemeen ziekenhuis
Persoonlijke relaties	Geen
Extern gefinancierd onderzoek	Geen
Intellectuele belangen en reputatie	Geen
Overige belangen	Geen
Restrictie	Geen restricties

5

Miranda Snoeren (werkgroep vanaf september 2026)

Hoofdfunctie	Radioloog bij Radboudumc
Nevenwerkzaamheden	Voorzitter commissie kwaliteit NVvR Bestuurslid NVvR
Persoonlijke financiële belangen	Geen
Persoonlijke relaties	Geen
Extern gefinancierd onderzoek	Geen
Intellectuele belangen en reputatie	Geen
Overige belangen	Geen
Restrictie	Geen restricties

Arnica Nijhof-Wijers (patiëntvertegenwoordiger)

Onderdeel	Belangenverklaring
Hoofdfunctie	Senior beleidsadviseur en belangenbehartiger bij Stichting Darmkanker
Nevenwerkzaamheden	Externe secretaris evaluatiecommissie Goed Gebruik Geneesmiddelen (ZonMw)
Persoonlijke financiële belangen	Geen
Persoonlijke relaties	Geen
Extern gefinancierd onderzoek	Geen
Intellectuele belangen en reputatie	Geen
Overige belangen	Geen
Restrictie	Geen restricties

Lidia Barberio (patiëntvertegenwoordiger)

Onderdeel	Belangenverklaring
Hoofdfunctie	directeur-bestuurder patiëntenorganisatie Stichting Longkanker Nederland
Nevenwerkzaamheden	Geen
Persoonlijke financiële belangen	Geen, alle vacatiegelden gaan naar Longkanker Nederland
Persoonlijke relaties	Geen
Extern gefinancierd onderzoek	Wij zijn bij de studies lid van de user committees 1. EU financiering plus Philips - IMAGIO https://www.ihi.europa.eu/proj ects-results/project- factsheets/imagio (PL NEE) 2. SKMS Gelden - ERATS http://erats. nl/ (PL NEE) 3. ZonMW - OPTRIAL https://optrial.co m/ (PL NEE) 4. KWF - NELSON POP https://www.diagnijmegen.nl/projects/n elson-pop/ (PL NEE) 5. AstraZeneca -studie naar inbedding van leefstijl in de zorg voor longkankerpatien ten bij chemo-rad (PL NEE)
Intellectuele belangen en reputatie	Geen
Overige belangen	Geen
Restrictie	Geen restricties

5

Koen van Elst (patiëntvertegenwoordiger)

Onderdeel	Belangenverklaring
Hoofdfunctie	Manager Quality & improvement, Contour Advanced Systems B.V.
Nevenwerkzaamheden	Voorzitter, Stichting Melanoom (Onbetaald)
Persoonlijke financiële belangen	Geen
Persoonlijke relaties	Geen
Extern gefinancierd onderzoek	Geen
Intellectuele belangen en reputatie	Geen
Overige belangen	Geen
Restrictie	Geen restricties

Carin Louis van den Broek (patiëntvertegenwoordiger)

Onderdeel	Belangenverklaring
Hoofdfunctie	Belangenbehartiger en programmaleider passende diagnostiek & behandelingen bij Nederlandse Federatie van Kankerpatientenorganisaties (loondienst)
Nevenwerkzaamheden	Geen
Persoonlijke financiële belangen	Geen
Persoonlijke relaties	Geen relevant voor dit project, anders dan rol binnen NFK (achterban oncologische patienten)
Extern gefinancierd onderzoek	Betrokken bij project Smart Pathology van NVVP (funding via KWF) en Escalation van NKI (funding via NWO/KWF)
Intellectuele belangen en reputatie	Geen relevant voor dit project, anders dan rol binnen NFK
Overige belangen	Geen relevant voor dit project.
Restrictie	Geen restricties

5 Bada Yang (ondersteunend)

Onderdeel	Belangenverklaring
Hoofdfunctie	Universitair docent, afdeling Epidemiology and Data Science, Amsterdam UMC
Nevenwerkzaamheden	Geen
Persoonlijke financiële belangen	Geen
Persoonlijke relaties	Geen
Extern gefinancierd onderzoek	World Health Organization - Systematic review ten behoeve van tuberculose-richtlijnontwikkeling (Projectleider NEE)
Intellectuele belangen en reputatie	Geen
Overige belangen	Ik heb in 2025 als consulent opgetreden voor Health Innovation Netherlands (HI-NL) en in die hoedanigheid advies verstrekt aan een startup op het gebied van interventieradiologie.
Restrictie	Geen restricties

José Maas (ondersteunend)

Onderdeel	Belangenverklaring
Hoofdfunctie	Senior adviseur Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten

Onderdeel	Belangenverklaring
Nevenwerkzaamheden	Geen
Persoonlijke financiële belangen	Geen
Persoonlijke relaties	Geen
Extern gefinancierd onderzoek	Geen
Intellectuele belangen en reputatie	Geen
Overige belangen	Geen
Restrictie	Geen restricties