

Conceptrichtlijnmodules

Cluster Endocriene- en neuro- endocriene tumoren

1e cyclus modulair onderhoud

INITIATIEF

Cluster Endocriene- en neuroendocriene tumoren

IN SAMENWERKING MET

Nederlandse Vereniging voor Heelkunde

Nederlandse Internisten Vereniging

Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie

Nederlandse Vereniging voor Nucleaire Geneeskunde

De Nederlandse Vereniging voor Keel- Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-
Halsgebied

MET ONDERSTEUNING VAN

Het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten.

FINANCIERING

De richtlijnontwikkeling werd gefinancierd uit de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS).

Colofon

Conceptrichtlijnmodules cluster Endocriene- en neuroendocriene tumoren

© 2026

5

10

15

20

25

30

35

40

45

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 Richtlijnen-database aanvragen.

50

Inhoudsopgave

Dit document bevat de moduleteksten waarin per module de uitgangsvraag met de aanbevelingen staan beschreven inclusief bijbehorende onderbouwing (overwegingen). Wij vragen u primair commentaar te geven op de overwegingen en aanbevelingen.

5

Alle overige informatie (verantwoording, literatuursamenvattingen, implementatieplan, kennislacunes, [overige bijlagen...]) behorend bij de modules is opgenomen in 'Bijlages Conceptrichtlijn cluster Endocriene- en neuro-endocriene tumoren'. Het staat u vrij om commentaar op deze bijlagen te geven; dit is niet noodzakelijk.

10

Samenstelling van het cluster 4

Startpagina richtlijn Neuro-endocriene tumoren 5

Module 1 – Organisatie van zorg 6

Module 2 – Follow-up GEP-NET 10

15

Samenstelling van het cluster

Voorzitters cluster

- Dr. A.F. (Anton) Engelsman (voorzitter), Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH)
- Prof. Dr. R.T. (Romana) Netea - Maier (voorzitter), Nederlandse Internisten Vereniging (NIV)

Cluster stuurgroep

- Prof. Dr. M.E.T. (Margot) Tesselaar, Nederlandse Internisten Vereniging (NIV)
- Dr. B.P.M. (Bernadette) van Nesselrooij, Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG)
- Dr. A.J.A.T. (Arthur) Braat, Nederlandse Vereniging voor Nucleaire Geneeskunde (NVNG)
- Dhr. M.C. (Maarten) Kleijwegt, De Nederlandse Vereniging voor Keel- Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied (NVKNO)
- Dr. T. (Tessa) van Ginhoven, Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH)

Trekkers per module

Module 1 Organisatie van zorg

- Dr. J. (Hans) Hofland, Nederlandse Internisten Vereniging (NIV)

Module 2 Follow-up

- Dr. A.M.E. (Annemiek) Walekamp, Nederlandse Internisten Vereniging (NIV)
- Prof. dr. E.J.M. (Els) Nieveen van Dijkum, Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH)

Betrokken leden expertisegroep Neuroendocriene tumoren

- Mevr. dr. A.H. Brouwers, Nederlandse Vereniging voor Nucleaire Geneeskunde (NVNG)
- Dhr. Dr. B. (Brian) Balgobind, Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie (NVRO)
- F. (Faye) Tukker, Stichting NETNECKanker (NETNECKanker)
- dhr.dr. G.J.H. (Gaston) Franssen, Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH)
- dr. J.J.G. (Jacqueline) Hillebrand, Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie en Laboratoriumgeneeskunde (NVKC)
- dr. L.A.A. (Lodewijk) Brosens, Nederlandse Vereniging voor Pathologie (NVvPatho)
- dr. E.G. (Lisa) Klompenhouwer, Nederlandse Vereniging voor Radiologie (NVvR)
- Drs. L.M. (Lara) de Vos, Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie (NVT)
- Dhr. M.W. (Wouter) Dercksen, Nederlandse Internisten Vereniging (NIV)
- T.J. (Tijs) van den Berg, Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA)
- prof. dr. S.A.J. (Steven) Chamuleau, Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC)
- Mevr. dr. T. Brabander, Nederlandse Vereniging voor Nucleaire Geneeskunde (NVNG)
- Mevr. W. (Wanda) Geilvoet, Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN)
- W.P.G. (Wendy) Wolters, Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN)
- dr. W.H.M. (Wieke) Verbeek, Nederlandse Vereniging van Maag, Darm-Leverartsen (NVMDL)
- dr. S.A.A. (Sjoerd) van den Berg, Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie en Laboratoriumgeneeskunde (NVKC)

Met ondersteuning van

Dr. J. (Josefien) Buddeke, senior adviseur Kennisinstituut

Startpagina richtlijn Neuro-endocriene tumoren

Deze richtlijn valt onder het cluster Endocriene en neuro-endocriene tumoren.

5 **Waar gaat deze richtlijn over?**

Voor de diagnostiek en behandeling van patiënten met een neuro-endocriene tumor (NET) worden de [internationale ENETS richtlijnen](#) gehanteerd. In de Nederlandse richtlijnen zijn, waar relevant, modules opgenomen waarin aanbevelingen uit deze internationale richtlijnen zijn aangepast aan de Nederlandse context.

10

Voor wie is deze richtlijn bedoeld?

Deze richtlijn is bestemd voor alle zorgverleners in de tweede en derde lijn die betrokken zijn bij of in aanraking komen met de zorg voor volwassen patiënten met een NET.

Voor patiënten

15

Neuro-endocriene tumoren zijn zeldzame tumoren die ontstaan uit cellen die hormonen maken en afgeven aan het lichaam. Ze groeien vaak langzaam en kunnen op verschillende plekken in het lichaam voorkomen, zoals in de darmen, alvleesklier of longen.

Meer informatie is te vinden op kanker.nl en [Stichting NETNECKanker](#).

20

Modulair onderhoud

Vanaf 2026 wordt de richtlijn modulair herzien door het cluster Endocriene en neuro-endocriene tumoren. Onder de tab 'verantwoording' staat beschreven welke organisaties uit het cluster betrokken waren bij herziening/ontwikkeling van de betreffende module.

25

Meer informatie over werken in clusters en modulair onderhoud vindt u [hier](#).

Module 1 – Organisatie van zorg

Uitgangsvraag

- 5 Voor welke afwegingen en zorg dient er te worden verwezen naar expertisecentra voor NET-patiënten en welke zorg kan lokaal uitgevoerd worden?

Aanbevelingen

- 10 Leeswijzer: Eenmaal gepubliceerd op de Richtlijndatabase; daar kan men op de specifieke lokalisatie klikken. Men ziet dan de algemene aanbeveling en daaronder de tumorspecifieke aanbeveling.

Algemene aanbevelingen

Bespreek of verwijs iedere patiënt met een neuro-endocriene tumor (NET) in of naar een multidisciplinair overleg (MDO) van een ENETS Center of Excellence (CoE). Enkele specifieke uitzonderingen staan in de locatie specifieke aanbevelingen vermeld.

Bespreek tijdens het MDO of een NET patiënt verwezen moet worden naar het CoE of dat diagnostiek/behandeling/follow-up kan plaatsvinden via eigen behandelaar. Het MDO advies van het CoE is leidend in de aard en locatie van de vervolgstappen.

Verricht beeldvorming conform de ENETS-richtlijnen, in overleg met CoE. Somatostatine receptor PET (SSTR PET) en op indicatie FDG PET kunnen in overleg lokaal plaatsvinden.

Biochemische diagnostiek naar de aanwezigheid van een hormonaal syndroom kan lokaal worden ingezet mits afgenomen onder de juiste omstandigheden die van invloed zijn op de uitkomst van de test.

Indien een patiënt wordt verwezen naar CoE of besproken wordt in CoE MDO dan wordt revisie van PA sterk geadviseerd.

Systemische therapie

Overleg met CoE of ondersteunende therapie en opstart somatostatine lokaal kan plaatsvinden bij een functioneel syndroom met duidelijke symptomatologie.

Overleg met het ENETS CoE contactpersoon of bespreek in CoE MDO alvorens bij graad 1–2 gemetastaseerde NET de eerstelijns palliatieve behandeling met een (langwerkend) somatostatine-analoog lokaal te initiëren.

15

Zorg in de regio

Organiseer de chronische zorg voor NET-patiënten met lage complexiteit, na bespreking in ENETS CoE MDO lokaal buiten het ENETS CoE.

Leg regionale afspraken vast, inclusief duidelijke aanspreekpunten voor NET-zorg binnen zowel ENETS CoE als niet-CoE ziekenhuizen.

Locatie specifieke aanbevelingen

Maag/duodenum/rectum

Besprek het beleid van endoscopisch te verwijderen NET, zoals maag, duodenum of rectum, in een ENETS CoE MDO of verwijs patiënt hiernaar.

Uitzondering:

Een radicaal verwijderende (R0) rectum NET graad 1 kleiner dan 1 cm zonder lymfinvasie of vasoinvasie (=laag risico op recidief of metastasen).

Deze hoeft na endoscopische resectie niet in een ENETS CoE MDO besproken te worden. Aanvullende resectie of follow-up is in deze gevallen niet nodig, conform ENETS richtlijn (zie module Follow-up).

5 Appendix

Besprek het beleid van appendix NET in een ENETS CoE MDO of verwijs patiënt hiernaar.

Uitzondering:

Appendix NET graad 1 of lage graad 2 (Ki67<5%) kleiner dan 2 cm. Deze hoeft na appendectomie niet in een ENETS CoE MDO besproken te worden. Aanvullende resectie of follow-up is in deze gevallen niet nodig, conform ENETS richtlijn (zie module Follow-up)

Dunne darm

Overleg bij het *vermoeden van een dunne darm NET* altijd met een CoE. Hier kan besloten worden of de diagnostiek en behandeling in het CoE of in een lokaal ziekenhuis kan plaatsvinden. In de besluitvorming dient de aanwezigheid van multiple primary NET en mesenteriale desmoplastische reactie (mesenteriale fibrose) meegenomen te worden. Verricht geen verdere invasieve technieken voor het vinden van een occulte primaire tumor, zoals enteroscopie of videocapsule onderzoek.

Verwijs patiënt met dunne darm NET voor de start van de behandeling naar een ENETS CoE.

Pancreas

Vervolg gelokaliseerde pancreas NET lokaal indien wordt voldaan aan alle volgende voorwaarden:

- Histologisch bevestigde diagnose NET
- Tumor kleiner $\leq 2,0$ cm
- Geen dilatatie van de ductus pancreaticus
- Geen ingroei in vaten of organen
- Geen lymfeklier- of afstandsmetastasen
- Patiënt is asymptomatisch / geen hormonaal syndroom
- Geen erfelijke aanleg

Besprek of verwijs patiënten met een pancreas NET naar CoE MDO indien patiënt niet aan deze voorwaarden voldoet of indien

- Er tijdens follow-up sprake is van functionaliteit (hormonaal syndroom)

- >0,5 cm groei binnen een jaar of > 2,0 cm
- Dilatatie van de ductus pancreaticus

Introductie

- 5 Voor Nederlandse zorgverleners die patiënten met een NET behandelen, is het momenteel niet altijd duidelijk in welke situaties een patiënt besproken of verwezen moet worden naar een expertisecentrum. Daarnaast bestaat er onduidelijkheid over welke diagnostiek lokaal uitgevoerd moet worden voordat een patiënt wordt doorverwezen.

Zoeken en selecteren (methode)

- 10 Gezien de aard van de uitgangsvraag is er geen systematische literatuurzoekactie verricht. Het uitgangspunt voor diagnostiek en behandeling zijn de internationale ENETS-richtlijnen. In deze module heeft het cluster door middel van consensus aanbevelingen opgesteld welke zorg lokaal kan plaatsvinden en wanneer (terug)verwezen dient te worden naar een expertisecentrum.

15 Overwegingen – van bewijs naar aanbeveling (NL)

Algemeen

- 20 De werkgroep is van mening dat iedere patiënt met een NET besproken dient te worden in, of verwezen moet worden naar, een multidisciplinair overleg (MDO) van een European Neuroendocrine Tumor Society Center of Excellence (ENETS CoE), zodat complexe zorg en afstemming over de behandeling plaatsvindt op een locatie met de benodigde multidisciplinaire expertise. Voor enkele, specifieke indicaties zoals rectum NET, appendix NET en pancreas NET met laag risico op klinisch agressief gedrag zijn uitzonderingen aangegeven in de Aanbevelingen. Deze uitzonderingen hebben conform de ENETS richtlijnen geen verhoogde kans op metastasen en derhalve is verwijzing of
- 25 bespreking in ENETS CoE niet noodzakelijk. Een deel van de langdurige zorg en controles kan in het lokale ziekenhuis plaatsvinden, waarbij in het geval van wijzigingen in ziektebeloop patiënt opnieuw besproken dient te worden in een ENETS CoE MDO.

- 30 Het cluster is van mening dat een NET-referentiecentrum een ENETS-geaccrediteerd centrum dient te zijn. Daarnaast dient een NET-behandelcentrum te voldoen aan de SONCOS-normering. In deze module beperkt het cluster zich tot de beschrijving van welke zorg binnen een CoE dient plaats te vinden en welke zorg lokaal kan worden uitgevoerd. Voor verdere uitwerking van de normen wordt verwezen naar het SONCOS-normeringsrapport (SONCOS, 2026).

35 ENETS richtlijnen

De volgende [internationale ENETS richtlijnen](#) zijn geraadpleegd:

- European Neuroendocrine Tumor Society (ENETS) 2023 guidance paper for gastroduodenal neuroendocrine tumours (NETs) G1–G3
- 40 • European Neuroendocrine Tumor Society (ENETS) 2023 guidance paper for colorectal neuroendocrine tumours.
- European Neuroendocrine Tumour Society (ENETS) 2023 guidance paper for nonfunctioning pancreatic neuroendocrine tumours
- European Neuroendocrine Tumor Society (ENETS) 2023 guidance paper for appendiceal neuroendocrine tumours (aNET).
- 45 • European Neuroendocrine Tumor Society (ENETS) 2024 guidance paper for the management of well-differentiated small intestine neuroendocrine tumours.
- European Neuroendocrine Tumor Society 2023 guidance paper for functioning pancreatic neuroendocrine tumour syndromes.

- European Neuroendocrine Tumor Society (ENETS) 2022 Guidance Paper for Carcinoid Syndrome and Carcinoid Heart Disease

5 Het cluster stelt dat gelokaliseerde pancreas NET onder voorwaarden lokaal opgevolgd kan worden. Hiervoor hanteert het cluster de voorwaarden zoals deze ook zijn opgesteld binnen het PANDORA-protocol (Heidsma, 2021).

Waarden en voorkeuren van patiënten

10 Voor patiënten met een NET is het belangrijk dat behandelbeslissingen en complexe zorg plaatsvinden op een locatie waar veel expertise aanwezig is. Tegelijkertijd kan laagcomplexiteit zorg in het lokale ziekenhuis, met name bij langdurige of chronische behandeling en controles, voordelen bieden zoals zorg dicht bij huis en minder belasting door reizen. Het is daarbij essentieel om patiënten goed en begrijpelijk voor te lichten over waarom welke zorg waar wordt georganiseerd.

Kostenaspecten

15 De werkgroep verwacht dat de opgestelde aanbevelingen niet zullen leiden tot een verhoging van de zorgkosten. Door eenduidige afspraken te formuleren over wanneer patiënten wel of niet naar een expertisecentrum worden verwezen en wanneer zorg in het lokale ziekenhuis kan plaatsvinden, kunnen onnodige verwijzingen en doublures in zorgprocessen worden voorkomen en de zorg
20 doelmatiger worden georganiseerd.

Gezondheidsgelijkheid ((health) equity/equitable)

25 Door duidelijke en landelijk toepasbare afspraken wordt variatie in verwijsgedrag tussen zorgverleners en ziekenhuizen verminderd, wat de gelijkheid van zorg bevordert.

Aanvaardbaarheid en haalbaarheid

Het cluster voorziet geen belemmeringen in de aanvaardbaarheid en haalbaarheid van de aanbevelingen.

Module 2 – Follow-up GEP-NET

Uitgangsvraag

Hoe ziet de follow-up van GEP-NET eruit?

5

Aanbevelingen

Leeswijzer: Eenmaal gepubliceerd op de Richtlijnendatabase kan men op de specifieke lokalisatie klikken. Men ziet dan de algemene aanbeveling en daaronder de tumorspecifieke aanbeveling.

10 Algemene aanbevelingen

Curatieve setting

Neem onderstaande schema's voor follow-up bij patiënten die in opzet curatief worden behandeld als uitgangspunt.

Bepaal het definitieve beleid samen met de patiënt en afhankelijk van klinische conditie, comorbiditeit en leeftijd waarbij het opsporen van een eventueel recidief leidt tot een reële behandelconsequentie.

Gemetastaseerde setting

Bespreek de patiënt met een ENETS center CoE om een passend follow-up schema af te stemmen op basis van tumorgradering, tumorload, comorbiditeit en levensverwachting, waarbij besluitvorming plaatsvindt binnen een *shared decision-making* model.

15

Tumorspecifieke aanbevelingen

Aanbevelingen voor follow-up na chirurgische resectie van GEP-NEN (Ileum, jejunum, colon, pancreas, duodenum en maag NET type 3.)

	beeldvorming CT met arteriële en veneuze contrastfase of SSTR PET CT indien initieel positief*		
	Graad 1	Graad 2	Graad 3
6 mnd		X	x
12 mnd	x	X	x
18 mnd		x	x
24 mnd	x	x	x
30 mnd			x
36 mnd	x	x	x
Na 5, 7 & 10 jaar	x	x	
Jaarlijks tot 10 jaar			x

* indien initieel positief met andere tracer (bv DOPA) dit herhalen

20

Aanbevelingen voor follow-up na endoscopische resectie van duodenum NET. Voor aanbevelingen voor follow-up na chirurgische resectie van duodenum NET wordt naar de tabel voor follow-up na resectie GEP-NEN verwezen.

	beeldvorming CT met arteriele en veneuze contrastfase of DOTA-SSTR PET CT, PET indien initieel positief*	Duodenoscopie
6 mnd		
12 mnd	x	
18 mnd		x
24 mnd	X	
Na 3, 5, 7 & 10 jaar	x	

* indien initieel positief met andere tracer (bv DOPA) dit herhalen

5

Aanbevelingen voor follow-up na endoscopische of chirurgische resectie van rectum NET.

Graad 1

< 1 cm Verricht geen follow-up

Graad 1 > 1cm en graad 2 en 3

	beeldvorming CT met arteriele en veneuze contrastfase of SSTRPET CT indien initieel positief*		
	Graad 1 > 1cm	Graad 2	Graad 3
6 mnd	X	X	X
12 mnd	X	X	X + coloscopie
18 mnd	Alleen coloscopie	Alleen coloscopie	X
24 mnd	X	X	X + coloscopie
30 mnd			x
36 mnd	x	x	x
Na 5, 7 & 10 jaar	x	x	
Jaarlijks tot 10 jaar			x

* indien initieel positief met andere tracer (bv DOPA) dit herhalen

30

Aanbevelingen voor follow-up na endoscopische resectie van maag NET.

Maag NET type 1 en type 2

	Gastroscopie
Na 1, 3, 5, 7 & 10 jaar*	X

*Bij hoog risico interval verkleinen (graad 2, >20 mm)

Maag NET type 3

	Gastroscopie
Na 1, 3, 5 jaar	X

daarnaast volg GEP-NEN schema voor beeldvorming

Voor aanbevelingen voor follow-up na chirurgische resectie van maag NET type 3 wordt naar de tabel voor follow-up na resectie GEP-NEN verwezen.

Aanbevelingen voor follow-up na resectie van appendix NET.

Risicofactoren op basis van tumorkenmerken

risico inschatting	kenmerken
Laag Risico	-Tumor <1 cm - G1 G2 ki67 < 5% - R0 - Geen lymfangioinvasie - Muscularis propria-invasie < 1 mm
Intermediair risico	- Tumor 1–2 cm - G1/G2 - geen metastasen
Hoog risico	- Tumor >2 cm - G2/3 ki67 > 5% - N+ ziekte - R1 resectie

Na resectie van een appendix NET graad 1 wordt geen verdere follow-up geadviseerd.

Follow-up schema na appendix NET graad 2 en 3 op basis van risicofactoren:

	beeldvorming CT met arteriele en veneuze contrastfase of SSTRPET CT indien initieel positief*	
	Intermediair risico	Hoog risico
6 mnd	X	X
12 mnd	X	X
18 mnd		X
24 mnd	X	X
30 mnd		x
36 mnd	x	x
Na 5, 7 & 10 jaar	x	
Jaarlijks tot 10 jaar		x

* indien initieel positief met andere tracer (bv DOPA) dit herhalen

Introductie

De follow-up van patiënten na een curatieve resectie van een GEP-NET is enerzijds gericht op het postoperatieve herstel en anderzijds op de detectie van tumorrecidief of metastasen. De huidige internationale richtlijnen bieden veel ruimte voor interpretatie waardoor er in de Nederlandse centra aanzienlijke variatie bestaat. Voor deze module zijn de follow-up schema's uit internationale richtlijnen en lokale protocollen bestudeerd en op basis van consensus in het cluster aanbevelingen voor follow-up geformuleerd.

Zoeken en selecteren (methode)

Deze module is mede gebaseerd op internationale richtlijnen (ENETS). Er is geen aanvullende literatuurzoekactie uitgevoerd omdat men sinds publicatie van de internationale richtlijnen geen nieuw prospectief onderzoek verwachtte waarin follow-up schema's zijn onderzocht. De follow-up schema's van de NET-lokalisaties van de verschillende Nederlandse expertisecentra zijn in kaart gebracht evenals de follow up schema's uit de ENETS richtlijnen. Op basis hiervan is door middel van consensus in het cluster een follow-up schema per lokalisatie geformuleerd.

Overwegingen – van bewijs naar aanbeveling

Conclusies uit de literatuur en kwaliteit van het bewijs

Er is geen systematische literatuuranalyse voor deze module verricht. De aanbevelingen zijn middels consensus in het cluster tot stand gekomen na bestudering van de internationale richtlijnen (ENETS) en de lokale protocollen.

De volgende [internationale ENETS richtlijnen](#) zijn geraadpleegd:

- European Neuroendocrine Tumor Society (ENETS) 2023 guidance paper for appendiceal neuroendocrine tumours (aNET)
- European Neuroendocrine Tumor Society (ENETS) 2023 guidance paper for colorectal neuroendocrine tumours
- ENETS richtlijn: European Neuroendocrine Tumor Society (ENETS) 2024 guidance paper for the management of well-differentiated small intestine neuroendocrine tumours
- European Neuroendocrine Tumor Society (ENETS) 2023 guidance paper for gastroduodenal neuroendocrine tumours (NETs) G1–G3

Aanbeveling voor de follow-up van pancreas-NET zijn naast de lokale protocollen mede vormgegeven door een paper inclusief validatie-onderzoek naar een scoringssysteem voor recidiefrisico (Genç, 2018; Heidsma, 2022). Aan de hand van de uitslag van dit scoringssysteem heeft het cluster twee follow-up protocollen opgesteld. De werkgroep is hierbij uitgegaan van het afkappunt van 7%.

Het cluster geeft aan dat er belangrijke argumenten zijn om terughoudend te zijn met een standaard intensieve follow-up vanwege:

1. Het ontbreken van een aangetoond verband tussen vroegtijdige detectie van een recidief of metastasen en verbetering van de overleving.
2. Het beleid om bij een asymptomatisch recidief of metastasen met geringe tumorlast systemische therapie vaak uit te stellen, terwijl kennis van ziekteactiviteit wel een aanzienlijke mentale belasting voor de patiënt kan vormen.
3. De kans op fout-positieve uitslagen, die regelmatig leiden tot onterechte intensivering van vervolgonderzoek en follow-up.

Waarden en voorkeuren van patiënten (en eventueel hun naasten/verzorgers)

Patiënten hechten doorgaans veel waarde aan zekerheid en geruststelling, maar willen tegelijkertijd onnodige medische belasting vermijden. Wanneer vroege detectie van een recidief niet aantoonbaar

leidt tot betere overleving kan intensieve follow-up leiden tot angst en onzekerheid in plaats van controle. Daarnaast wordt behandeling bij geringe tumorlast vaak uitgesteld. In het voorgestelde follow-up schema is daarom getracht deze aspecten zorgvuldig mee te wegen en een evenwicht te vinden tussen medische meerwaarde en beperking van onnodige belasting voor de patiënt.

5

Kostenaspecten

De aanbevelingen zijn als het ware een gemiddelde van de schema's die tot dusver in de Nederlandse praktijk werden toegepast. Het cluster verwacht daarom geen verschuiving in kosten. Er zijn bij het cluster geen kosten-effectiviteitsstudies bekend.

10

Gelijkheid

Tot dusver was er sprake van praktijkvariatie. Door deze module zullen de centra vanuit een uniforme aanbeveling werken, waarbij er uiteraard rekening gehouden wordt met de klinische context en de wensen van de specifieke patiënt. Het cluster heeft de verwachting dat door deze module de praktijkvariatie verminderen en gelijkheid van zorg toenemen.

15

Aanvaardbaarheid en haalbaarheid

Het cluster verwacht geen belemmeringen wat betreft de aanvaardbaarheid en de haalbaarheid van de aanbevelingen.

20