

# Jaarverslag 2015

NKR in beweging

Mei 2016



---

# Jaarverslag 2015

## NKR in beweging

Dit verslag is op 18 mei 2016 vastgesteld door de raad van bestuur en goedgekeurd door de raad van toezicht op 25 mei 2016.



# Inhoudsopgave

<b>Voorwoord</b>	<b>7</b>
<b>1 IKNL in 2015: Feiten in vogelvlucht</b>	<b>9</b>
<b>2 Profiel van de organisatie</b>	<b>12</b>
2.1 Algemene gegevens	12
2.2 Organisatiestructuur: tumor- en regioteams	12
2.3 Organisatieontwikkeling: kwaliteit centraal	13
2.4 Belanghebbenden en samenwerkingspartners	15
<b>3 Bestuur, toezicht, medezeggenschap</b>	<b>16</b>
3.1 Toepassing Governancecode	16
3.2 Raad van bestuur	16
3.3 Raad van toezicht	17
3.4 Medezeggenschap	19
3.5 Raad van advies	19
3.6 Patiëntenadviesraad	20
3.7 Commissie van toezicht	20
<b>4 Beleid en activiteiten</b>	<b>22</b>
4.1 Doel	22
4.2 Focus 2015	23
4.3 Registreren	24
4.3.1 Algemene en tumorspecifieke itemset NKR	24
4.3.2 Aanvullende itemsets NKR	26
4.3.3 Ondersteuning klinisch onderzoek	26
4.3.4 Registratie palliatieve zorg	27
4.3.5 Interoperabiliteit gegevensbronnen	27
4.4 Rapporteren	28
4.4.1 Rapportages	28
4.4.2 Levering en analyse van gegevens	28
4.4.3 Onderzoek	29
4.5 Verbeteren en regelen	33
4.5.1 Regionale en landelijke samenwerking	33
4.5.2 Revisie en implementatie van richtlijnen	35
4.5.3 Consultdiensten door consulenten	36
4.5.4 Verbetering kwaliteit van zorg	39
4.6 Vooruitblik	42
<b>5 Financiën</b>	<b>44</b>
<b>6 Jaarrekening 2015</b>	<b>46</b>
6.1 Balans per 31 december 2015	47
6.2 Staat van baten en lasten 2015	48
6.3 Grondslagen van waardering en resultaatbepaling	49
6.4 Toelichting op de balans	50
6.5 Toelichting op de staat van baten en lasten	54
6.6 WNT-verantwoording	56

---

6.7	CONTROLEVERKLARING VAN DE ONAFHANKELIJKE ACCOUNTANT	58
6.8	Overige gegevens	60
<b>7</b>	<b>Bijlagen</b>	<b>61</b>
B1	Overzicht (tumor)werkgroepen, consortia, tumorteams en regioteams	62
B2	Overzicht publicaties	65
B3	Toelichting staat van baten en lasten VWS	80

# Voorwoord

Onze missie is om **samen met alle betrokkenen** te werken aan de verbetering van de kwaliteit van oncologische en palliatieve zorg.

De basis voor alle activiteiten van IKNL is de Nederlandse Kankerregistratie (NKR). De NKR is in beweging. Begin 2015 is een belangrijk fundament onder de NKR vernieuwd: na jaren voorbereiding is de volledige kankerregistratie van miljoenen Nederlanders probleemloos overgezet naar een moderne, toekomstbestendige ICT-omgeving.

Om de gegevens die in de NKR worden verzameld zoveel mogelijk van nut te laten zijn, is expositie naar beroepsbeoefenaars, patiënten, beleidsbepalers en anderen van het grootste belang. Zo is IKNL in 2015 gestart met de ontwikkeling van Oncoguide/OncolinQ om de verbinding tussen de NKR en de elektronische patiëntendossiers in ziekenhuizen te leggen. De eerste resultaten worden met enthousiasme ontvangen door zorgprofessionals en patiëntenorganisaties. Verder is begonnen met de voorbereiding van tumorspecifieke regiorapportages, waarin ziekenhuizen in onderling verband de hun betreffende gegevens kunnen zien.

Samen met de stakeholders werkt IKNL zo aan het verder ontwikkelen van de NKR. We gaan door met het detailleren van wat we registreren en het snel en klantgericht rapporteren, zodat we op de beste manier een bijdrage kunnen leveren aan verbetering van de oncologische en palliatieve zorg.

In dit jaarverslag leggen wij verantwoording af over het gevoerde beleid en de geleverde prestaties in 2015. Wij danken patiënten, zorgprofessionals en overheid voor het gestelde vertrouwen in IKNL. En wij weten dat dit vertrouwen niet mogelijk is zonder de inzet, professionaliteit en bevologenheid van onze medewerkers.

Peter Huijgens en Ronald Spanjers  
raad van bestuur IKNL

---

IKNL is in beweging.

De raad van toezicht kijkt met grote tevredenheid terug op de resultaten die de medewerkers van IKNL in 2015 samen met de zorgprofessionals, patiëntenorganisaties en beleidsbepalers hebben bereikt.

Enkele jaren na de landelijke fusie heeft IKNL weer zijn plaats gevonden in oncologische en palliatieve zorg. De unieke Nederlandse Kankerregistratie, met een landelijke dekking op basis van vrijwillige deelname door ziekenhuizen, zorgt iedere dag voor informatie op basis waarvan de kwaliteit van zorg verbeterd kan worden. En ook in de palliatieve zorg vervult IKNL een prachtige ondersteunende en verbindende rol.

IKNL bereidt zich voor op de toekomst waarin wet- en regelgeving op het gebied van bijvoorbeeld privacy, steeds hogere eisen stellen. In voorbereiding zijn bijvoorbeeld de aanscherping van de governance structuur en een kwaliteitssysteem. Daarnaast is in 2015 een belangrijke stap gezet naar een herstructurering van de organisatie en een modernisering van de ICT-infrastructuur. Allemaal zaken die nodig zijn voor een toekomstbestendige en professionele kankerregistratie.

Ook het jaarverslag 2015 laat op vele onderdelen verbetering zien en is daarmee een uiting van de wijze waarop IKNL verantwoording wil afleggen aan zijn omgeving. Tegelijkertijd blijft er ruimte voor ontwikkeling.

Wij danken zorgprofessionals, patiëntenorganisaties en beleidsbepalers voor het toegenomen vertrouwen in IKNL. Het is voor de raad van toezicht een genoegen te zien hoe de raad van bestuur en medewerkers van IKNL op een open en laagdrempelige manier samenwerken aan betere oncologische en palliatieve zorg in Nederland.

Emile Lohman,  
voorzitter raad van toezicht IKNL



# 1 IKNL in 2015: Feiten in vogelvlucht

De missie van IKNL is om *samen met alle betrokkenen* te werken aan de verbetering van de kwaliteit van oncologische en palliatieve zorg.

Om te voorzien in de toenemende informatiebehoefte van de doelgroepen maakt IKNL voortdurend effectiever gebruik van de Nederlandse Kankerregistratie (NKR). Een onafhankelijk informatiesysteem als de NKR is het ideale middel om gegevens te genereren voor evaluatie en gebruik van richtlijnen, voor informatie over de juiste en verantwoorde toepassing van (nieuwe) geneesmiddelen en behandelstrategieën en voor het verrichten van epidemiologisch (patiëntgebonden) onderzoek. Informatie is daarnaast nodig om individuele ziekenhuizen en zorginstellingen te ondersteunen in hun beleid en in netwerkvorming. Tot slot is informatie nodig zodat patiënten – samen met de mensen om hen heen - zelfstandig goed onderbouwde keuzes kunnen maken.

## Registreren

Van elke patiënt met kanker verzamelen de datamanagers van IKNL gegevens over diagnose, staging, behandeling en resultaten in de NKR. Daarmee is de NKR een continu patiëntvolgsysteem, uniek in de wereld. In 2015 richtte IKNL zich op de doorontwikkeling van de NKR: 'NKR in beweging'.

- In 2015 zijn in overleg met experts uit het desbetreffende vakgebied **vijf tumorspecifieke itemsets herzien**. Na een uitgebreide scholing van de IKNL-datamanagers is gestart met de ge-update registratie van hersentumoren (gliomen), zeven subgroepen van hematologische maligniteiten, darmkanker, hoofd-halskanker en gynaecologische kanker. Voor andere kankersoorten is de actualisatie van gegevenssets in voorbereiding.
- Dankzij deze uitgebreide en klinisch relevante vastlegging van data uit medische dossiers door onafhankelijke en getrainde datamanagers, zonder aanvullende registratielast voor het medisch personeel, kan IKNL een **'real world' beeld** geven van de oncologische zorg.
- Daarnaast is het **registratiesysteem vervangen**, zodat IKNL snel kan inspelen op veranderingen van de itemsets.
- IKNL ontwikkelde **NKR Online** waarmee zorgprofessionals zelf gegevens uit de NKR kunnen ontsluiten.
- Het aantal kankerdiagnoses in Nederland (inclusief voorstadia) bedroeg in 2015 circa **126.000**, een kleine stijging ten opzichte van 2014 (124.000 diagnoses). De meest voorkomende kankersoorten in Nederland zijn darmkanker, huidkanker en borstkanker.
- De NKR bevatte eind 2015 gegevens van **2,3 miljoen patiënten** met in totaal 2,7 miljoen tumoren.
- Vanaf 2016 wordt **het gehele ziektebeloop** van de kankerpatiënt nog beter in kaart gebracht. Gegevens die nu (inter)nationaal nauwelijks voorhanden zijn op populatieniveau, zoals hoe vaak, waar en wanneer de ziekte terugkomt, en gedetailleerde informatie over systemische therapie, worden steeds vaker standaard onderdeel van de tumorspecifieke itemsets van de NKR.
- In totaal registreerde IKNL in 2015 gegevens voor **acht aanvullende registraties**, met name voor wetenschappelijk onderzoek.
- Het IKNL-trialbureau ondersteunt **klinisch onderzoek** in de vorm van trialconsult, lokaal en centraal datamanagement en monitoring. In 2015 werden in totaal 1.950 nieuwe patiënten in 109 verschillende studies aangemeld voor lokaal datamanagement. Het IKNL-trialbureau voerde centraal datamanagement uit voor 30 studies, leverde trialconsult voor 84 studies en legde voor 14 studies monitorbezoeken af. Op [www.kanker.nl/kankeronderzoek](http://www.kanker.nl/kankeronderzoek) staat patiënteninformatie over het deelnemen aan klinisch wetenschappelijk onderzoek.
- IKNL zet verder in op **'registratie aan de bron'** en maakt de NKR interoperabel met externe gegevensbronnen zoals de elektronische patiëntendossiers en PALGA. Het uitgangspunt daarbij is eenmalige vastlegging voor meervoudig gebruik, waardoor de registratielast voor artsen en datamanagers wordt verminderd.

## Rapporteren

Zowel over algemene aspecten als over tumorspecifieke zaken, lokaal, regionaal, nationaal en internationaal rapporteert IKNL gegevens uit de NKR in het zorgdomein, het publieke en het politieke domein.

- Landelijke en regionale gegevens over de incidentie, sterfte, prevalentie en overleving van kanker in Nederland kunnen door iedereen rechtstreeks worden geraadpleegd op [www.cijfersoverkanker.nl](http://www.cijfersoverkanker.nl). De website telde 63.000 unieke bezoekers in 2015. Dat is 25% meer dan in 2014.
- In 2015 kreeg IKNL 317 **aanvragen voor gegevens** uit de NKR (5% meer dan in 2014).
- Medewerkers van IKNL leverden in 2015 een bijdrage aan **192 wetenschappelijke publicaties**, waaronder 177 peer-reviewed artikelen; ruim tien publicaties meer dan in 2014, een stijgende trend die zich al jaren voortzet. De gepubliceerde studies omvatten alle voorkomende kankersoorten, ook zeldzame.
- **Meer dan tien artikelen gingen over de variatie van zorg**. Hieruit komt bijvoorbeeld naar voren dat bij het merendeel van de kankersoorten zeer frequent wordt afgeweken van de behandelrichtlijn. Dit kán een teken zijn van goede, op de situatie en de wens van de patiënt toegesneden zorg, maar de resultaten van studies op basis van de NKR laten zien dat dit zeker niet altijd het geval is.
- De NKR laat ook **variatie tussen instellingen** zien. Bij een in Nederland zeldzame vorm van kanker zoals hepatocellulaircarcinoom (de meeste voorkomende levertumor), zijn behandeling en uitkomst gerelateerd aan het ziekenhuistype, met betere richtlijnnaleving en uitkomsten in universitaire centra, zonder dat er een volume-effect te zien is.
- Het belang van IKNL-onderzoek wordt regelmatig onderkend door de landelijke en internationale pers, getuige bijvoorbeeld de **(inter)nationale media-aandacht** in december 2015 voor het onderzoek naar verschillen tussen borstsparende operaties en amputaties en het onderzoek naar variatie in maagoperaties.
- In het najaar van 2015 stelde IKNL voor het eerst **vier tumorspecifieke regiorapportages** beschikbaar: darmkanker, borstkanker, baarmoederkanker en blaas/niercelkanker. In deze regiorapportages worden de uitkomsten van zorg van ziekenhuizen onderling met elkaar vergeleken en worden meer tumorspecifieke details in kaart gebracht.
- Samen met andere partijen heeft IKNL een enquête uitgezet onder de ziekenhuizen. Daaruit blijkt dat de **aandacht voor palliatieve zorg** en het aantal teams palliatieve zorg de afgelopen jaren sterk zijn toegenomen. In 57 ziekenhuizen is een team palliatieve zorg aanwezig.

## Verbeteren en regelen

Cijfers uit de NKR evaluaties en analyses laten zien dat er verbeterpotentieel is. Op basis hiervan en de vragen vanuit het veld initieert IKNL verbeteracties en implementatieprogramma's. Richtlijnen en normen geven aan welke zorg waar en door wie die geleverd kan en mag worden. Instellingen maken dus keuzes, die leiden tot concentratie en spreiding en het ontstaan van samenwerkingsverbanden. Transmurale, tumorspecifieke zorgpaden geven structuur aan de zorg en consulenten sluiten met hun dienstverlening hierop aan. Het effect van alle veranderingen en verbeteringen wordt weer zichtbaar in de NKR.

- In 2015 zijn in totaal **dertien (gereviseerde) richtlijnen** gepubliceerd (2014: acht), waar IKNL ondersteuning bij verleende. De tumorspecifieke richtlijnen worden aangevuld met generieke modules voor bijvoorbeeld de zorg voor kwaliteit van leven en voor ouderen.
- Het platform Palliatieve Zorg Richtlijnen (PAZORI) heeft in 2015 aan de hand van een inventarisatie van IKNL de actualiteit besproken van de ruim **veertig richtlijnen voor de palliatieve zorg**. PAZORI concludeerde dat er een grote verbeteringslag nodig is om deze richtlijnen te laten voldoen aan de huidige kwaliteitseisen voor richtlijnen.
- In 2015 bekeken 799.749 bezoekers samen ruim 6 miljoen pagina's in bijna 1,3 miljoen sessies op de **richtlijnenwebsites Oncoline en Pallialine**.

- Naast de doorontwikkeling van de NKR stond in 2015 **netwerkvorming** centraal. Samen met andere partijen presenteerde IKNL vanuit de Taskforce Oncologie een gezamenlijke visie op de oncologische zorg, waarin de vorming van zogenaamde Comprehensive Cancer Networks (CCN's) centraal staat. Het rapporteren van gegevens uit de NKR in regionaal verband geeft richting aan de vorming van CCN's.
- De acht expertisecentra palliatieve zorg, de netwerken palliatieve zorg en IKNL werkten in het Nationaal Programma Palliatieve Zorg nauw samen aan **netwerkvorming in de palliatieve zorg**.
- Net als andere jaren initieerde, ondersteunde en coördineerde IKNL circa **honderd landelijke en regionale multidisciplinaire (tumor)werkgroepen en netwerken**.
- Samen met andere partijen is IKNL in 2015 gestart met de ontwikkeling van een **kwaliteitskader palliatieve zorg**. In dit project wordt ook aandacht geschonken aan het ontwikkelen van modellen voor (transmurale) teams en aan de financieringsstructuur van palliatieve zorg in de keten.
- IKNL zorgt voor een bijdrage in de financiering, beschikbaarheid en logistieke uitvoering van consultdiensten. Eind 2015 waren er **401 consulenten oncologische zorg** actief, die gedurende 2015 aan ruim 14.000 besprekingen deelnamen.
- Op het gebied van palliatieve zorg beheert IKNL een landelijk dekkend netwerk van **29 consultatieteams palliatieve zorg** die bestaan uit 305 gespecialiseerde artsen en verpleegkundigen. Bij circa 4% van de overlijdens wordt het advies van de IKNL-consultatieteams ingeroepen (6.311 consulten).
- In 2015 ondersteunde IKNL **62 PaTz-groepen**, waarin huisartsen en wijkverpleegkundigen de palliatieve patiënten van deze zorgverleners bespreken.
- In het verslagjaar hebben adviseurs van IKNL **in tientallen ziekenhuizen (transmurale) oncologische zorgpaden** opgezet, ingevoerd en/of geëvalueerd.
- In 2015 heeft IKNL vier **basisevaluatietrajecten** begeleid en in vijf (clusters van) ziekenhuizen PRISMA-bijeenkomsten georganiseerd.
- In het verslagjaar was zowel een stijging te zien van het aantal opleidingen en trainingen als van het aantal deelnemers hieraan ten opzichte van 2014: **16 bijeenkomsten in de oncologische zorg en 85 in de palliatieve zorg**. Zo waren er bijvoorbeeld 370 deelnemers aan zes trainingen over veilig omgaan met cytostatica, 140 deelnemers aan twee bijeenkomsten over oncologische revalidatie en even zoveel deelnemers aan het jaarlijks georganiseerde Oncologisch Spectrum.
- Bij de palliatieve bijeenkomsten met een open inschrijving waren in 2015 vooral de **kennismarkten** in trek (1.600 deelnemers aan twaalf bijeenkomsten) en scholingen voor consulenten (400 deelnemers aan vijftien scholingen).
- Ter voorbereiding op de opheffing van de stichting Herstel & Balans werkte IKNL in 2015 verder aan de borging van **oncologische revalidatie** in de reguliere zorg. IKNL richtte zich daarbij vooral op het organiseren van samenwerkingsverbanden tussen aanbieders van interdisciplinaire revalidatie, geriatische revalidatie en aanbieders uit de eerste lijn, zoals fysiotherapeuten, diëtisten, ergotherapeuten, psychologen en huidtherapeuten.
- In de palliatieve zorg zijn de IKNL-producten Zorgpad Stervensfase, de Signaleringsbox voor verzorgenden, Besluitvorming in de palliatieve fase en Mantelzorgondersteuning als 'Goed Voorbeeld' opgenomen in het Verbeterprogramma palliatieve zorg. Met subsidie van ZonMw hebben zo **vijftig instellingen** deze verbetermethoden van IKNL ingevoerd.
- Op kanker.nl zorgt IKNL samen met KWF Kankerbestrijding en Levenmetkanker voor een combinatie van betrouwbare medische informatie én een sociaal netwerk voor patiënten en hun naasten. De website had in 2015 ruim **2,8 miljoen unieke bezoekers**.

## 2 Profiel van de organisatie

### 2.1 Algemene gegevens

IKNL is bij notariële akte van 31 december 2010 ontstaan uit een bestuurlijke fusie van zeven integrale kankercentra. De juridische fusie tot één Integraal Kankercentrum Nederland, waarin ook het achtste integrale kankercentrum opging, vond plaats op 31 december 2013. IKNL is gevestigd op negen locaties, verspreid over het land. Statutaire vestigingsplaats is Utrecht, Godebaldkwartier 419, 3511 DT.

IKNL heeft als doel:

*'Het dienen van het algemeen belang door het bevorderen van de bestrijding van kanker, in het bijzonder de zorg aan personen met kanker, evenals het bevorderen van de palliatieve zorg en voorts al wat rechtstreeks of zijdelings met een en ander verband houdt of daartoe bevorderlijk kan zijn, alles in de ruimste zin des woords'* (statuten IKNL).

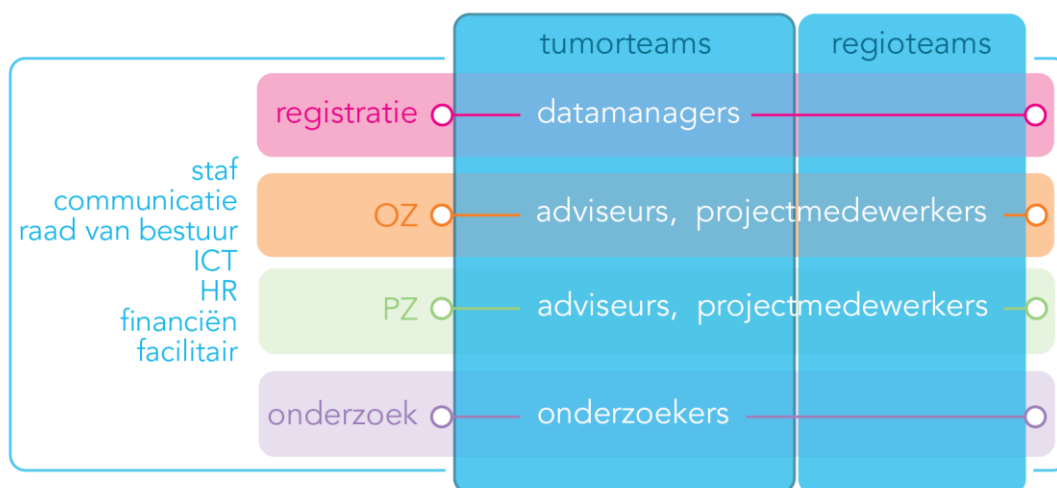
IKNL is ingeschreven bij de Kamer van Koophandel te Utrecht onder nummer 30284694, RSIN-nummer 822165776. IKNL heeft een ANBI-status (Algemeen Nut Beogende Instellingen). De controlerend accountant in het verslagjaar was Lansigt accountants en belastingadviseurs. IKNL wordt fiscaal ondersteund door Deloitte Nederland.

### 2.2 Organisatiestructuur: tumor- en regioteams

IKNL is georganiseerd in een matrixstructuur. Met tumor- en regioteams sluit IKNL op een voor de doelgroepen herkenbare manier aan bij de ontwikkelingen in de oncologische en palliatieve zorg.

Figuur 2.1

Organisatiestructuur IKNL



De organisatiestructuur van IKNL is opgebouwd aan de hand van de volgende uitgangspunten:

- IKNL kan optimaal inspelen op de complexiteit en dynamiek binnen de oncologische en palliatieve zorg met een organisatie waarin het aantal hiërarchische lagen beperkt is, waar de beslissingen zo laag mogelijk in de organisatie genomen kunnen worden en samenwerken een belangrijke kernwaarde is
- de complexiteit en dynamiek van oncologische en palliatieve zorg vragen een integrale benadering, waarbij IKNL expertises tumorspecifiek samenbrengt
- de organisatiestructuur moet herkenbaar zijn voor onze doelgroepen en aansluiten bij de verantwoordingswijze van onze financiers

- IKNL speelt in op de ontwikkelingen in regio's door hen te ondersteunen. Daarvoor is een goede inbedding in en aansluiting op het regionale oncologische en palliatieve zorgveld essentieel.

Naast deze indeling in tumor- en regiotteams wordt samengewerkt binnen thema's zoals ouderen en kanker en kwaliteit van leven. De indeling van de tumor- en regiotteams staat in bijlage 1.

## 2.3 Organisatieontwikkeling: kwaliteit centraal

### Medewerkers

Het dominante HR-thema voor 2015 was **kwaliteit**: cruciaal voor het bereiken van de doelstellingen. Hierbij lag de focus op samenwerken, resultaatverantwoordelijkheid en continu verbeteren. Om medewerkers te ondersteunen in hun persoonlijke en teamontwikkeling is onder meer een talentenscan aangereikt. Zo'n scan ondersteunt het in beeld brengen van iemands krachten en valkuilen. Hierdoor kan een medewerker meer sturing geven aan de eigen ontwikkeling, onder andere door het opstellen van een persoonlijk ontwikkelplan.

In 2015 heeft IKNL een visie op opleiden geformuleerd: 'leren en ontwikkelen zit ons in de genen en continue ontwikkeling is noodzakelijk voor ons bestaansrecht'. Ook is een eerste aanzet gemaakt voor een opleidingenhuis, waarin relevante in- en externe opleidingen worden aangeboden.

Tabel 2.1

IKNL-medewerkers 2015 - 2014

Gemiddeld	fte	leeftijd	duur dienstverband
2015	416	46	8 jaar
2014	403	45	8 jaar

In 2015 werd extra aandacht besteed aan het interne gezondheidsbeleid door het verder vormgeven van een **gezondheidsboog**. Deze gezondheidsboog bestaat uit producten en diensten gericht op herstel én preventie van verzuim. Zo werd gebruik gemaakt van de inzet van de verzuimadviseur (interne rol) en de psycholoog arbeid en organisatie (externe rol). Ook zijn in alle ziekenhuizen waar IKNL-medewerkers werken en op alle IKNL-locaties risico-inventarisaties en -evaluaties uitgevoerd. Waar nodig zijn zaken aangepakt. Zo zijn in individuele gevallen ter preventie Arbohulpmiddelen aangeschaft, is op enkele plekken meubilair vervangen en zijn medewerkers in ziekenhuizen gewezen op de noodzaak zich in vluchtwegen te verdiepen.

Tabel 2.2

Verzuim IKNL-medewerkers (exclusief zwangerschap)

Totaal	fte (ultimo)	vrouwen	mannen	totaal	fulltimers	parttimers	frequentie	verzuimcijfer
2015	419	460	61	521	162	359	0,8	3,8%
2014	417	457	67	524	162	362	0,7	4,4%

In het bredere kader van preventie is aandacht besteed aan het thema 'duurzame inzetbaarheid'. Daartoe heeft een onderzoek plaatsgevonden, deels gesubsidieerd door het Europees Sociaal Fonds. In het project zijn de risico's van werkdruk, vitaliteit en gezondheid in kaart gebracht en zijn de medewerkers bevraagd op thema's als cultuur, leiderschap, samenwerking en ontwikkeling. Hieruit kwam bijvoorbeeld naar voren dat er gemiddeld weinig risico's worden verwacht qua gezondheid en vitaliteit en dat de werk-privébalans goed is. Ook is het verantwoordelijkheidsgevoel over het algemeen groot en zijn medewerkers trots op hun werk en op IKNL. Medewerkers zouden graag wat meer tijd en aandacht willen voor evaluatie; reflectie en leren worden belangrijk gevonden.

Op basis van de door medewerkers genoemde belangrijkste waarden zijn kernwaarden en ontwikkelwaarden benoemd. Begin 2016 zijn de uitkomsten binnen heel IKNL besproken. Het vervolg zal zijn om afdelingsspecifieke actie- en ontwikkelplannen op te stellen en uit te voeren.

#### *Kwaliteitsmanagementsysteem*

De kwaliteit van de diensten en activiteiten is cruciaal voor het behalen van de organisatiedoelstellingen. Naast de kwaliteit van de medewerkers is daarbij de wijze waarop wordt gewerkt van groot belang. Daarom is in het najaar van 2014 een driejarig project van start gegaan, gericht op het invoeren van een kwaliteitsmanagementsysteem dat op termijn een externe accreditatie kan doorstaan. Dit heeft in 2015 geresulteerd in de succesvolle afronding van fase 1, de opstelling van het IKNL-kwaliteitsbeleid, waarin de uitgangspunten zijn benoemd. Ook is tijdens fase 1 een ICT-systeem aangeschaft dat IKNL ondersteunt bij het inrichten van het kwaliteitsmanagementsysteem. Vervolgens is gestart met fase 2: na het identificeren van alle processen en het toewijzen van proceseigenaren, is begonnen met procesanalyses en verbeteringen op basis van Lean. In 2016 en volgende jaren zetten we dit voort.

#### *Financiën*

Het resultaat over 2015 bedraagt circa € 1,1 miljoen negatief. Dit is vrijwel volledig het gevolg van de geplande investering in de innovatieprojecten OncolinQ en Oncoguide, die vanuit eigen middelen worden gefinancierd.

Tabel 2.3 Staat van baten en lasten 2015 - 2014 (Bedragen x € 1.000)

	2015	2014	Vershil
<b>Baten</b>			
VWS-instellingssubsidie	34.334	34.219	115
Overige opbrengsten	4.642	4.437	205
<i>Totaal baten</i>	<i>38.976</i>	<i>38.656</i>	<i>320</i>
<b>Lasten</b>			
Personele lasten	26.617	25.492	1.125
Materiële lasten	13.519	13.761	-242
<i>Totaal lasten</i>	<i>40.136</i>	<i>39.253</i>	<i>883</i>
Financiële baten en lasten	76	68	8
<b>Totaal resultaat</b>	<b>-1.084</b>	<b>-529</b>	<b>-555</b>

IKNL heeft in 2015 efficiëntiemaatregelen genomen waardoor middelen vrijkwamen voor de uitbreiding van het aantal registratiemedewerkers, de versterking van de ICT-afdeling en voor het kwaliteitsproject. Zo werd op basis van het in 2014 vastgestelde locatiebeleidsplan gebruik gemaakt van gesignaleerde kansen en contractvervalmomenten van drie locaties (Amsterdam, Maastricht, Rotterdam). Voor deze locaties is alternatieve (kleinere en minder kostbare) huisvesting in de regio's gevonden. De vierkante meters zijn efficiënter benut door flexibele inzet van werkplekken en beperking van het aantal vergaderruimtes.

## 2.4 Belanghebbenden en samenwerkingspartners

IKNL is in dialoog met samenwerkingsverbanden en organisaties die als belanghebbenden bij het beleid en de maatschappelijke doelstelling van IKNL betrokken zijn. In dat kader stelt de raad van bestuur vast en keurt de raad van toezicht goed dat de belanghebbenden in het complexe veld van de oncologische en palliatieve zorg van IKNL zijn:

- zorgprofessionals, onderzoekers en besturen van zorginstellingen, oncologische en palliatieve netwerken en zorgverzekeraars
- wetenschappelijke verenigingen en koepelorganisaties in de zorg
- patiënten en patiëntenorganisaties.

IKNL werkt onder meer samen met:

- de ziekenhuizen in Nederland
- wetenschappelijke verenigingen en beroepsverenigingen
- de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)
- de Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen (STZ)
- de Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen (SAZ)
- de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
- KWF Kankerbestrijding
- het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)
- het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)
- Dutch Institute for Clinical Auditing (DICA)
- de Federatie Medisch Specialisten (FMS)
- het Nationaal ICT Instituut in de Zorg (NICTIZ)
- het Pathologisch Anatomisch Landelijk Geautomatiseerd Archief (Palga)
- Biobanking and Biomolecular Resources Research Infrastructure (BBMRI)
- de patiëntenbeweging Levenmetkanker (LMK)
- Zorginstituut Nederland
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
- ZonMw
- Institute for Medical Technology Assessment (iMTA)
- de farmaceutische industrie.

Op het gebied van palliatieve zorg werkt IKNL samen met:

- Agora
- Fibula
- Palliactief
- Netwerken Palliatieve Zorg
- de Associatie Hospicezorg Nederland (AHzN)
- Nivel
- NFU-Expertisecentra palliatieve zorg
- het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
- Stichting Leerhuizen
- Stichting Palliatieve Zorg voor kinderen
- Stichting Palliatieve Thuiszorg
- Verenso
- Vilans
- Vrijwilligers Terminale Palliatieve Zorg (VTPZ).

## 3 Bestuur, toezicht, medezeggenschap

### 3.1 Toepassing Governancecode

IKNL is geen zorgorganisatie in de zin van de Zorgbrede Governancecode, maar omdat IKNL werkzaam is in het domein van en voor zorgorganisaties, volgt IKNL waar mogelijk de principes en bepalingen van deze code.

### 3.2 Raad van bestuur

De dagelijkse leiding van IKNL is in handen van de raad van bestuur, die onder toezicht staat van de raad van toezicht en geadviseerd wordt door de ondernemingsraad, de raad van advies, de patiëntenadviesraad en de commissie van toezicht op de kankerregistratie.

De raad van bestuur bestaat uit twee leden, prof. dr. P.C. Huijgens en dr. R.W.L. Spanjers.

In het Reglement raad van bestuur (herzien in december 2014) zijn verantwoordelijkheden, bevoegdheden en verdeling van aandachtsgebieden vastgelegd, evenals de relatie van de raad van bestuur met de raad van toezicht, het managementteam en de ondernemingsraad.

In 2014 is een Regeling melding misstanden ('klokkenluidersregeling') vastgesteld. In het verslagjaar werden geen misstanden gemeld.

De bezoldiging van de raad van bestuur wordt vastgesteld door de raad van toezicht en valt binnen de normen van de Wet normering bezoldiging topfunctionarissen publieke en semipublieke sector (WNT).

Verdeling van aandachtsgebieden:

*prof. dr. P.C. Huijgens*

Externe focus

- Oncologische zorg
- Registratie
- Onderzoek
- Communicatie
- Raad van advies
- Patiëntenadviesraad
- Commissie van toezicht

*dr. R.W.L. Spanjers*

Interne focus

- Palliatieve zorg
- Financiën
- HR
- ICT
- Facilitair
- Ondernemingsraad

Nevenfuncties (goedgekeurd door de raad van toezicht):

*prof. dr. P.C. Huijgens*

- voorzitter Data Safety Monitoring Board VUmc
- lid raad van commissarissen Holland PTC
- lid raad van toezicht Hematon, LMK
- lid bestuur Eerlijke Geneesmiddelen Voorziening
- lid bestuur Vroman Foundation
- lid raad van advies St. Beleef je Smaak
- lid stuurgroep passende zorg
- adviseur HOVON
- lid European Hematology Association
- lid raad van toezicht Food for Care

*dr. R.W.L. Spanjers*

- voorzitter Curatorium RC/EFMC TIAS
- lid commissie voor advies St. Com in beeld
- penningmeester Vliegclub Twente



### 3.3 Raad van toezicht

De raad van toezicht houdt toezicht op de raad van bestuur en staat deze met raad ter zijde. Bij de vervulling van hun taak richten de leden van de raad van toezicht zich naar het belang van de stichting en wegen daartoe de belangen van de bij betrokken personen en organisaties af.

In het Reglement raad van toezicht zijn verantwoordelijkheden, bevoegdheden en (basis)profiel, procedures voor werving en selectie, benoeming en evaluatie vastgelegd. Het Reglement is in december 2014 herzien en opnieuw vastgesteld.

#### *Rooster van aftreden*

In artikel 6 en 7 van de statuten is de zittingstermijn voor een lid van de raad van toezicht vastgesteld op vier jaar, met een mogelijkheid tot herbenoeming. Hierbij geldt dat een lid niet langer dan acht aaneengesloten jaren zitting mag hebben. Met inachtneming hiervan heeft de raad van toezicht het volgende rooster van aftreden (in volgorde van aftreden) opgesteld:

	benoemd	aftredend ( <i>juni</i> )
L.J.M. Klaasse-van Remortel	2011	2015
V.C.G. Tjan-Heijnen	2014	2015
J.G.M. Hendriks	2011	2016
W.J.L. Buijs-Glaudemans	2014	2016
B. Löwenberg	2011	2017
J.W. Brenninkmeijer	2014	2018
E.A.R.J. Lohman	2011	2019
E.G.E. de Vries	2015	2019 ( <i>herbenoembaar</i> )

Leden raad van toezicht met hoofd- en (relevante) nevenfuncties eind 2015, waarbij een hoofdfunctie wordt aangegeven middels een asterisk:

*drs. E.A.R.J. Lohman (voorzitter)*

- voorzitter raad van commissarissen Arbo Unie B.V.
- voorzitter vereniging Reliëf
- bestuurslid Christelijk Sociaal Congres

*drs. W.J.L. Buijs-Glaudemans (vicevoorzitter)*

- burgemeester Oss\*
- voorzitter Verenigde Bijzondere Scholen
- voorzitter Jan Kerstenfonds
- voorzitter Landelijke Examencommissie Toezicht en Handhaving

*drs. J.W. Brenninkmeijer*

- burgemeester Waalre\*
- secretaris Stichting Beheer & Toezicht i.z. seksueel misbruik in de RK kerk in Nederland
- bestuurslid Stichting Herdenking Brabants gesneuvelden
- beschermheer Classic Car Rally Waalre
- voorzitter Rotary Vught

*drs. J.G.M. Hendriks*

- raad van bestuur ziekenhuis Noordwest Ziekenhuisgroep Alkmaar\*
- voorzitter raad van toezicht Lab West
- lid raad van toezicht Apotheek Haagse Ziekenhuizen
- lid bestuursadviescommissie NVZ Onderwijs en Opleidingen

*prof. dr. B. Löwenberg*

- hoogleraar hematologie Erasmus Medisch Centrum Rotterdam\*
- voorzitter scientific committee European School of Hematology
- lid Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen
- editor-in-chief Blood, Journal of the American Society of Hematology
- lid raad van toezicht Universitair Medisch Centrum Groningen

*prof. dr. E.G.E. de Vries*

- hoogleraar medische oncologie Universitair Medisch Centrum Groningen\*
- voorzitter ESMO-MCBS Task Force 'Clinical Benefit of Anti-Cancer Medicines'
- voorzitter Steering Committee RECIST 2.0, namens EORTC
- lid Koninklijke Nederlands Academie van Wetenschappen
- vice-voorzitter Board of Medical Sciences KNAW
- lid Advisory Committee for Ammodo KNAW Awards
- lid National Scientific Advisory Board, NKI-AVL
- lid European Society of Medical Oncology
- lid non-executive board Center for Personalized Cancer Treatment
- lid Advanced Grants Selection committee European Research Council

De raad van toezicht maakt gebruik van twee vaste commissies: de auditcommissie en de remuneratiecommissie.

De auditcommissie bestaat uit twee leden (de heren Brenninkmeijer en Hendriks) en ziet toe op het financiële verslagleggingsproces en adviseert over financiële en ICT-vraagstukken. De auditcommissie kwam in het verslagjaar driemaal bijeen.

De remuneratiecommissie bestaat uit drie leden (mevrouw Buijs-Glaudemans en de heren Hendriks en Lohman) en adviseert over de benoeming en bezoldiging van de leden van de raad van toezicht en raad van bestuur. De remuneratiecommissie kwam in het verslagjaar eenmaal bijeen.

De raad van toezicht vergaderde in het verslagjaar zes keer in aanwezigheid van de raad van bestuur. De volgende besluiten zijn genomen:

- Het jaarverslag en de jaarrekening 2014 werden goedgekeurd, evenals het jaarplan en de begroting 2016.
- Voor de auditcommissie en de remuneratiecommissie werden reglementen vastgesteld.
- De bezoldiging van de leden van de raad van toezicht wordt tweejaarlijks binnen de normen van de WNT vastgesteld. Voor het verslagjaar was de bezoldiging ongewijzigd ten opzichte van het vorige jaar.
- Prof. dr. L.V. van de Poll-Franse werd vanuit IKNL benoemd in het bestuur van Stichting Vrienden Integrale Oncologische Zorg.
- Ter vervulling van de vacature, ontstaan door het vertrek van twee leden, werd op basis van het vastgestelde profiel en na advisering door de ondernemingsraad, mevrouw prof. dr. E.G.E. de Vries benoemd tot lid van de raad van toezicht. Mevrouw De Vries was tot haar aantreden als lid van de raad van toezicht, lid van de raad van advies van IKNL.

De volgende onderwerpen waren regelmatig onderwerp van gesprek:

- visieontwikkeling NKR
- ICT-ontwikkelingen
- subsidie-ontwikkelingen
- kwaliteitsbeleid
- samenwerking met externe partijen
- betrokkenheid van patiënten.

De raad van toezicht evalueerde in het verslagjaar het eigen functioneren en dat van de raad van bestuur. De raad van toezicht sprak in het verslagjaar tweemaal met de ondernemingsraad en eenmaal met het voltallige managementteam.

### 3.4 Medezeggenschap

De ondernemingsraad (OR) van IKNL vergaderde in 2015 elke maand met de bestuurder. De OR bestond in het begin van het verslagjaar uit veertien leden. Op 28 mei is, na verkiezingen, de nieuwe OR aangetreden, bestaande uit elf leden. Een ambtelijk secretaris ondersteunt de OR.

De OR stemde in 2015 in met:

- de gesprekcyclus
- het werving- en selectiebeleid
- de NS-businesscard
- de geheimhoudingsverklaring.

De OR heeft advies gegeven over:

- vormgeving matrixstructuur
- aanschaf enterprise resource planning-systeem (ERP)
- benoeming lid raad van toezicht

Tot slot informeerde de bestuurder de OR over het jaarplan en de bijbehorende activiteitenplannen 2016.

### 3.5 Raad van advies

De raad van bestuur wil het IKNL-beleid op inhoudelijke thema's bij de doelgroep toetsen. Daarom is in 2013 een raad van advies ingesteld. De raad bestaat uit een aantal professionals die op persoonlijke titel zitting hebben. Hun benoeming vindt plaats op basis van de volgende uitgangspunten:

- medische professionals die hun sporen in het oncologisch gebied hebben verdiend en bekend staan als opinion leaders met een breed netwerk
- gericht op Nederland maar deels ook op Europese verbanden
- niet direct belangenbehartigers, ook niet door of in nevenfuncties
- actief in de combinatie van zorg en wetenschap.

De leden zijn:

- prof. dr. J.H.J.M. van Krieken, patholoog
- dr. J.F.M. Pruijt, oncoloog-hematoloog (*benoemd in 2015*)
- prof. dr. C.J. van de Velde, chirurg
- prof. dr. M. Verheij, radiotherapeut (*benoemd in 2015*)
- prof. dr. C. Verhoef, chirurg (*benoemd in 2015*)
- prof. dr. K.C.P. Vissers, anesthesioloog

- prof. dr. E.G.E. de Vries, medisch oncoloog (*in juni 2015 uitgetreden wegens toetreding tot raad van toezicht*)
- prof. dr. E. van der Wall, medisch oncoloog

De raad van advies kwam in het verslagjaar tweemaal bijeen. Thema's die besproken werden, zijn:

- ontwikkelingen en voortgang NKR
- regiorapportages en vorming van Comprehensive Cancer Networks
- ontwikkelingen in de palliatieve zorg
- jaarplan en activiteitenplan 2016.

### 3.6 Patiëntenadviesraad

Patiënten kijken vanuit een ander perspectief naar de zorgverlening dan professionals. Ze bezitten een specifieke, unieke deskundigheid die betrekking heeft op de persoonlijke situatie, de behandeling, de ziekte en het herstel. IKNL is van mening dat het benutten van die ervaringsdeskundigheid van patiënten de kwaliteit van de activiteiten zal verhogen. Het bestuur heeft daarom in het verslagjaar een landelijke Patiëntenadviesraad (PAR) ingesteld die het bestuur adviseert. Daarbij is gebruik gemaakt van de ervaring die in de regio Eindhoven was opgedaan met patiëntenparticipatie. Het bestuur stelde in november 2015 een reglement vast voor de samenstelling, taken en werkwijze van de PAR.

De leden zijn:

- P. Tolner, voorzitter
- H. Schipper, vicevoorzitter
- C.E.I.M. van Dierendonck-Ferwerda
- T. Driessen
- H. Kayan-Kozak
- I.W. Royer

De patiëntenadviesraad kwam in het verslagjaar viermaal bijeen. Het jaar 2015 is gebruikt om te bespreken hoe patiëntenparticipatie het beste vorm te geven en in te bedden binnen IKNL. Hiertoe heeft de PAR onder andere focuspunten benoemd en focusgroepen ingericht:

- kwaliteit van leven en nazorg
- palliatieve zorg
- NKR
- spirituele zorg
- feedback onderzoeksvoorstellen IKNL

### 3.7 Commissie van toezicht

Elke aanvraag voor verstrekking van gegevens (gegevensaanvraag) uit de NKR wordt door de commissie van toezicht getoetst aan de doelstellingen die IKNL hanteert voor gebruik van gegevens uit de NKR. De commissie toetst ook of wordt voldaan aan de Nederlandse privacywetgeving. Ze houdt toezicht op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van betrokkenen in verband met de verwerking van persoonsgegevens in de NKR en op de verstrekking van persoonsgegevens uit de NKR.

Aanvragen worden direct geleverd en achteraf door de commissie van toezicht met een steekproef beoordeeld wanneer:

- aanvragen structureel van aard zijn (en al eerder positief beoordeeld)
- aanvragen herhaald aangevraagd worden door dezelfde aanvrager en niet gewijzigd zijn (en al eerder positief beoordeeld)

- een identieke aanvraag door nieuwe aanvrager wordt aangevraagd (extra deelnemende instelling)
- anonieme gegevens geleverd worden én geen herkenning mogelijk is van de instelling/behandelaar
- de gegevens (in)direct identificerend zijn voor de betrokkene maar de gegevens uitsluitend aan de betrokken behandelaar geleverd worden
- de gegevens (in)direct identificerend zijn voor de betrokkene en de gegevens aan een medewerker (niet behandelaar) geleverd worden en de raad van bestuur van de instelling hier schriftelijk (digitaal) toestemming voor geeft
- de gegevens anoniem zijn, echter bedrijfsvertrouwelijke informatie bevatten en uitsluitend geleverd worden aan de desbetreffende instelling.

In alle andere gevallen wordt de aanvraag voorgelegd aan de Commissie van Toezicht op de kankerregistratie.

In totaal ontving IKNL 317 gegevensaanvragen in 2015. Het totaal aantal beoordeelde aanvragen in 2015 bedroeg 77, waarvan zes steekproefsgewijze beoordelingen over 2014 betroffen.

De leden van de commissie van toezicht zijn:

- Mr. A.M. Vermaas, voorzitter, namens de NFU-ziekenhuizen
- H. Kayan-Kozak, namens de patiënten
- L. Noyez, namens de specialisten
- Dr. ir. W.F. van den Bosch, namens de NVZ-ziekenhuizen.

Rooster van aftreden	benoemd	aftredend
A.M. Vermaas	2011	2019
H. Kayan-Kozak	2014	2018 ( <i>herbenoembaar</i> )
W.F. van den Bosch	2014	2018 ( <i>herbenoembaar</i> )
L. Noyez	2015	2019 ( <i>herbenoembaar</i> )

De commissie kwam in het verslagjaar tweemaal fysiek bijeen en heeft eenmaal een overleg met de raad van bestuur gehad. Naast centraal te bespreken gegevensaanvragen zijn het reglement van de commissie, het toetsingskader NKR en het juridisch kader NKR besproken.

## 4 Beleid en activiteiten

### 4.1 Doel

*IKNL heeft als doel het dienen van het algemeen belang door het bevorderen van de bestrijding van kanker, in het bijzonder de zorg aan personen met kanker, evenals het bevorderen van de palliatieve zorg en voorts al wat rechtstreeks of zijdelings met een en ander verband houdt of daartoe bevorderlijk kan zijn, alles in de ruimste zin des woords (statuten IKNL).*

Onze missie is om **samen met alle betrokkenen** te werken aan de verbetering van de kwaliteit van oncologische en palliatieve zorg.

Samen met alle betrokkenen werkt IKNL aan het verbeteren van de kwaliteit van de oncologische en palliatieve zorg. De behoefte aan informatie van onze doelgroepen neemt voortdurend toe, zo blijkt bijvoorbeeld uit de 5% stijging van het aantal gegevensaanvragen uit de NKR. Een onafhankelijk informatiesysteem als de NKR is het ideale middel om gegevens te genereren voor evaluatie en gebruik van richtlijnen, voor informatie over de juiste en verantwoorde toepassing van (nieuwe) geneesmiddelen en behandelstrategieën en voor het verrichten van epidemiologisch (patiëntgebonden) onderzoek. Informatie is daarnaast nodig om individuele ziekenhuizen en zorginstellingen te ondersteunen in hun beleid en in netwerkvorming. Tot slot is informatie nodig zodat patiënten – samen met de mensen om hen heen - zelfstandig goed onderbouwde keuzes kunnen maken.

Om in deze groeiende informatiebehoefte te voorzien werkt IKNL aan het voortdurend doorontwikkelen en effectiever gebruiken van de kankerregistratie. Dit gebeurt door een wisselwerking tussen de hoofdprocessen van IKNL: registreren, rapporteren, verbeteren en regelen (figuur 4.1).

Figuur 4.1

Waardeketen/hoofdprocessen IKNL



- **Registreren:** Van elke patiënt met kanker verzamelt IKNL gegevens over diagnose, staging, behandeling en resultaten in de NKR. Daarmee is de NKR een continu patiëntvolgsysteem, uniek in de wereld. Naast de sets met basisgegevens (set A), gebaseerd op de minimale itemset van de World Health Organisation en tumorspecifieke gegevens (set B) zijn er tumorspecifieke sets (set C) voor specifieke vragen en onderzoek. De sets met tumorspecifieke gegevens zijn in 2015 verder geactualiseerd.
- **Rapporteren:** De gegevens uit de NKR rapporteert IKNL in drie domeinen: het publieke domein (wetenschap), het politieke domein (onder andere VWS, Zorginstituut Nederland) en het zorgdomein (ziekenhuizen/ zorginstellingen, zorgprofessionals en patiënten). Voorbeelden van rapportages zijn wetenschappelijke publicaties in nationale en internationale tijdschriften, rapportages op ziekenhuis- en regionaal niveau die in overleg met de professionals tot stand komen en maatwerkgegevens uit de NKR voor klinici en epidemiologen.
- **Verbeteren:** De cijfers en rapportages maken inzichtelijk waar verbeterpotentieel zit. Op basis van cijfers en de vragen vanuit het veld initieert IKNL verbeteracties, zoals scholingsactiviteiten, vaak samenhangend met implementatieprogramma's voor richtlijnen, zorgpaden en kwaliteitskaders. IKNL helpt veranderingen vorm te geven en op de werkvloer duurzaam in te voeren. Het effect van alle verbeteracties wordt weer zichtbaar in de NKR.
- **Regelen:** Richtlijnen worden ingezet voor kwaliteits- en doelmatigheidsverbetering en het terugdringen van ongewenste variatie in de zorg. IKNL ondersteunt professionals bij het initiëren en sneller reviseren van richtlijnen en het incorporeren van aanbevelingen in het besluitvormingstraject. De op evidence berustende richtlijnen en normen geven aan welke zorg geleverd wordt en waar en door wie die geleverd kan en mag worden. Hierbij moeten instellingen beleidskeuzes maken. Die leiden tot aanpassingen in de organisatie van de zorg, concentratie en spreiding van oncologische zorg en het ontstaan van oncologische en palliatieve, regionale en lokale samenwerkingsverbanden. Transmurale, tumorspecifieke zorgpaden geven structuur aan de zorg en consultants sluiten met hun dienstverlening hierop aan.

## 4.2 Focus 2015

In 2015 richtte IKNL zich op de doorontwikkeling van de NKR: 'NKR in beweging'. Zo zijn in 2015 tumorspecifieke itemsets in overleg met experts uit het desbetreffende vakgebied herzien. Hierdoor zijn waardevolle gegevens over oncologische en palliatieve zorg toegevoegd aan de NKR. Meer hierover is te vinden in paragraaf 4.3.1.

Daarnaast is het registratiesysteem vervangen. Dit was noodzakelijk vanwege veranderde technische en functionele eisen en om op termijn tot een duurzaam informatiestelsel voor de oncologische en palliatieve zorg te kunnen komen, waarin gegevens eenduidig en eenmalig worden vastgelegd. Met het nieuwe registratiesysteem kan IKNL snel inspelen op veranderingen van de tumorspecifieke itemsets. IKNL ontwikkelde in het verslagjaar ook een portaal en datawarehouse-omgeving (NKR Online) waarmee zorgprofessionals zelf gegevens uit de NKR kunnen ontsluiten.

Een ander belangrijk aandachtspunt in de (door)ontwikkeling van de NKR in 2015 was de beveiliging van de geregistreerde gegevens. Met groeiende hoeveelheden en toenemende ontsluiting van privacygevoelige gegevens neemt de behoefte aan informatiebeveiliging toe. Ook het harmoniseren van systemen en het komen tot één oncologisch en palliatief informatiestelsel vergroot de gevoeligheid van de kernsystemen binnen dat stelsel. Hierbij is het van groot belang de juiste balans te vinden tussen de gewenste flexibiliteit en toegankelijkheid van de geregistreerde gegevens voor onderzoek en algemeen belang, en het waarborgen van privacy binnen de wettelijke kaders. Dit is onder meer geconcretiseerd in het behalen van NEN 7510 compliancy, als norm voor informatiebeveiliging in de zorg.

Naast de doorontwikkeling van de NKR stond in 2015 netwerkvorming centraal. Samen met NFU, NVZ, SONCOS en LMK presenteerde IKNL vanuit de Taskforce Oncologie een gezamenlijke visie op de oncologische zorg, waarin de vorming van zogenaamde Comprehensive Cancer Networks (CCN's) centraal staat. Die moeten ervoor zorgen dat elke oncologische patiënt optimale zorg krijgt, ongeacht plaats van diagnostiek en behandeling. Het rapporteren van gegevens uit de NKR in regionaal verband geeft richting aan de vorming van CCN's.

Ook op het gebied van palliatieve zorg stond in 2015 netwerkvorming met alle partijen in de regio's centraal. De acht expertisecentra palliatieve zorg, de netwerken palliatieve zorg en IKNL werkten in het Nationaal Programma Palliatieve Zorg nauw samen, ieder vanuit zijn eigen kerntaak. Voor meer informatie over activiteiten op het gebied van netwerkvorming wordt verwezen naar paragraaf 4.5.1.

### 4.3 Registreren

Van elke patiënt met kanker verzamelen de datamanagers van IKNL gegevens over diagnose, staging, behandeling en resultaten in de NKR.

#### 4.3.1 Algemene en tumorspecifieke itemset NKR

Het aantal kankerdiagnoses in Nederland (inclusief voorstadia) bedroeg in 2015 circa 126.000, een kleine stijging ten opzichte van 2014 (124.000 diagnoses). De meest voorkomende kankersoorten in Nederland zijn darmkanker (15.500 nieuwe patiënten in 2015), huidkanker (exclusief basaalcelkanker, 15.000) en borstkanker (14.500 nieuwe patiënten). De NKR bevatte eind 2015 gegevens van 2,3 miljoen patiënten met in totaal 2,7 miljoen tumoren.

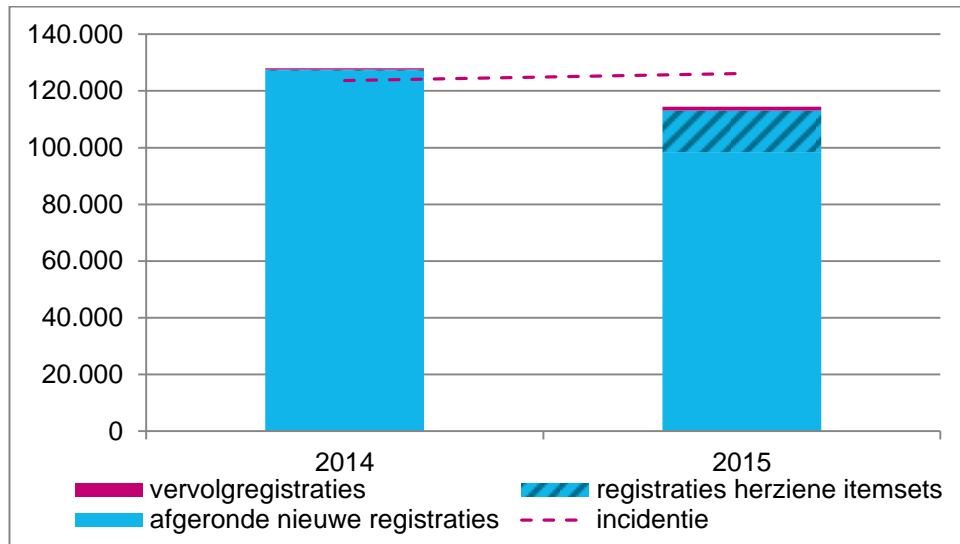
Figuur 4.2 Meest voorkomende lokalisaties van kanker in 2015



#### Afgeronde registraties

Het aantal afgeronde registraties bedroeg in 2015 114.431 tumoren (2014: 127.948 tumoren), waarvan 14.607 registraties voor de herziene itemsets (2014: 436). Dit is iets meer dan de gemiddelde jaarlijkse incidentie (circa 113.000) over de periode 2005 -2015.





Op het oog lijkt het alsof de registratieproductiviteit is afgenomen. De invoer van het nieuwe registratiesysteem heeft echter tijdelijk gezorgd voor een productiedaling. Daarnaast hebben de toename van registraties van herziene itemsets (die tweemaal zoveel tijd kosten) en het registreren op meerdere momenten in het ziektebeloop (vervolgregistraties) er toe geleid dat het totale aantal afgeronde registraties per medewerker is afgenomen ten opzichte van 2014. Indien voor de toename in het aantal items per registratie wordt gecorrigeerd, dan is de registratie-efficiëntie per medewerker echter gelijk gebleven.

#### *Herziene itemsets*

In overleg met inhoudelijke externe experts is IKNL eind 2014 begonnen om per kankersoort de itemsets van de NKR te herzien. Na actualisatie van de itemsets en een uitgebreide scholing van de IKNL-datamanagers is in 2015 gestart met de geupdate registratie van hersentumoren (gliomen) en zeven subgroepen van hematologische maligniteiten. In de loop van 2015 volgden darmkanker, hoofd-halskanker en gynaecologische kanker. Voor de andere kankersoorten, waaronder borstkanker, longkanker, huidkanker, sarcomen en (neuro)endocriene tumoren, is de actualisatie van gegevenssets in voorbereiding.

Voor prostaatcancer werd een speciaal project gestart (PROZIB) om op gecontroleerde wijze een relevante itemset vast te stellen. Na een half jaar registreren is zo definitief vastgesteld welke items nodig zijn om de kwaliteit van zorg te kunnen evalueren. Begin 2016 is gestart met deze registratie.

Dankzij deze uitgebreide en klinisch relevante vastlegging van data uit medische dossiers door onafhankelijke en getrainde datamanagers, zonder aanvullende registratielast voor het medisch personeel, kan IKNL een 'real world' beeld geven van de oncologische zorg.

Vanaf 2016 wordt het gehele ziektebeloop van de kankerpatiënt nog beter in kaart gebracht. Gegevens die nu (inter)nationaal nauwelijks voorhanden zijn op populatieniveau, zoals hoe vaak, waar en wanneer de ziekte terugkomt, en gedetailleerde informatie over systemische therapie, worden steeds vaker standaard onderdeel van de tumorspecifieke itemsets van de NKR.

#### 4.3.2 Aanvullende itemsets NKR

In 2015 is om het gepaste gebruik en de bekostiging van pomalidomide bij patiënten met een zeldzaam refractair multipole myeloom te helpen organiseren, een itemset - het pomalidomideregister - toegevoegd aan het hemato-oncologieregister waarin HOVON, de Nederlandse Vereniging voor Hematologie en IKNL participeren.

In totaal registreerde IKNL in 2015 gegevens voor acht (2014: zeven) aanvullende registraties, met name voor wetenschappelijk onderzoek.

##### *NKR-items ook relevant voor audits*

Chirurgen in Nederland hebben een systeem voor clinical audits opgezet dat gedetailleerd de kwaliteit van chirurgische behandelingen meet. Ziekenhuizen hebben hierdoor meteen inzicht in het succes van behandelingen en kunnen hun zorg direct aanpassen. Deze registraties betreffen een beperkt deel van de kankerincidentie in Nederland en maken deel uit van binnen de NKR beschikbare gegevens. De registratie van clinical auditgegevens wordt door de ziekenhuizen verzorgd; hetzij door zelf direct in het systeem van DICA/MRDM te registreren, hetzij via IKNL. Op verzoek van ziekenhuizen levert IKNL in dat laatste geval de clinical auditgegevens aan DICA/MRDM.

#### 4.3.3 Ondersteuning klinisch onderzoek

Wetenschappelijke onderzoeksbureaus, individuele onderzoekers en de farmaceutische industrie kunnen klinisch onderzoek (trials) initiëren. Het IKNL-trialbureau ondersteunt dit klinisch onderzoek door deelname aan trials door specialisten in ziekenhuizen te vergemakkelijken. De ondersteuning vindt plaats in de vorm van trialconsult, lokaal en centraal datamanagement en monitoring.

Tabel 4.1

Trialondersteuning 2015 – 2014

<b>Jaar</b>	<b>2015</b>		<b>2014</b>	
<i>Nieuwe aanmeldingen</i>	Studies	Patiënten	Studies	Patiënten
KWF-ondersteunde studies	53	1.201	63	1.012
Contractstudies	56	749	114	757
<i>Totaal</i>	<i>109</i>	<i>1.950</i>	<i>177</i>	<i>1.769</i>
<i>Totalen lokaal datamanagement</i>	<i>292</i>	<i>15.890</i>	<i>&gt;300</i>	
<i>Centraal datamanagement</i>	<i>30</i>		<i>14</i>	

##### *Lokaal datamanagement*

In 2015 werden in totaal 1.950 nieuwe patiënten in 109 verschillende studies aangemeld voor lokaal datamanagement (2014: 1.769 nieuwe patiënten in 177 studies). Hiervan maakten 1.201 patiënten deel uit van 53 door KWF gesubsidieerde klinische onderzoeken (2014: 1.012 patiënten van 63 KWF-onderzoeken). De overige 749 patiënten werden geïncludeerd in 56 contractstudies (2014: 757 patiënten in 114 contractstudies).

Na een hoog aantal aanmeldingen in de periode 2007-2011 (>3.000 per jaar) is het aantal aanmeldingen in de periode 2013-2015 vrij stabiel gebleven op een aantal iets onder 2.000 per jaar. In totaal zijn er in 2015 werkzaamheden verricht voor 15.890 patiënten in 292 studies, inclusief follow-upwerkzaamheden voor studies waarvan de aanmelding gesloten is.

#### *Centraal datamanagement*

Het IKNL-trialbureau voerde in 2015 centraal datamanagement uit voor 30 studies (2014:14 studies), leverde trialconsult voor 84 studies en legde voor 14 studies monitorbezoeken af (2014: 8 studies).

#### *Investigator driven en pharma driven*

Eén van de doelstellingen op het gebied van trialondersteuning voor 2015 was om meer duidelijkheid aan te brengen in de aard van de trials die ondersteund worden. Dit door een meer strikte scheiding aan te brengen tussen de ondersteuning van trials die 'investigator driven' (meestal door KWF ondersteund) en mede daardoor niet altijd kostendekkend zijn en de ondersteuning van 'pharma driven' trials die minstens kostendekkend moeten zijn. Van de bovengenoemde 30 studies waren 19 studies 'investigator driven' (63%) en 11 studies 'pharma driven' (37%).

#### *Transparantie voor patiënten*

Op [www.kanker.nl/kankeronderzoek](http://www.kanker.nl/kankeronderzoek) staat patiënteninformatie over het deelnemen aan klinisch wetenschappelijk onderzoek. Met behulp van de website kunnen patiënten en naasten zich oriënteren, inzicht en overzicht krijgen in de lopende trials en op basis daarvan vragen stellen aan de behandelaar. Door deze informatie is de patiënt een meer gelijkwaardige gesprekspartner van de specialist en beter in staat om keuzes te maken. Om patiënten te kunnen aanmelden voor deelname is het belangrijk dat zij hierover geïnformeerd zijn.

Het aantal op de website vermelde trials bedroeg eind 2015 384 (2014: 323), waarvan 193 open trials en 191 gesloten (2014: 171 open en 152 gesloten trials).

#### 4.3.4 Registratie palliatieve zorg

Om meer betrouwbare informatie over de omvang en kwaliteit van de palliatieve zorg te krijgen is IKNL in 2014 het project 'Op weg naar een minimale dataset – palliatieve zorg' gestart. Samen met de NFU-expertisecentra palliatieve zorg werd een set van items vastgesteld en zijn honderd dossiers van patiënten die in het ziekenhuis overleden aan kanker doorgelicht. Het project heeft waardevolle informatie opgeleverd over de haalbaarheid van registratie en de impact van de items, maar heeft in 2015 nog niet geleid tot een concreet voorstel voor een minimale itemset. De afstemming binnen de beroepsgroep loopt nog. In 2016 zal ook met de tumorteams concreet worden gekeken welke items het best geschikt zijn om informatie over de kwaliteit van palliatieve zorg te leveren.

#### 4.3.5 Interoperabiliteit gegevensbronnen

IKNL zet in op 'registratie aan de bron' en maakt de NKR interoperabel met externe gegevensbronnen zoals de elektronische patiëntendossiers (EPD's) en het Pathologisch-Anatomisch Landelijk Geautomatiseerd Archief (PALGA). Het uitgangspunt daarbij is eenmalige vastlegging voor meervoudig gebruik, waardoor de registratielast voor artsen en datamanagers wordt verminderd, zonder dat dit ten koste gaat van de hoeveelheid geregistreerde gegevens voor kwaliteits- en onderzoeksdoeleinden.

#### *Informatiestandaard oncologie, OncolinQ, Oncoguide*

Eenheid van taal is een randvoorwaarde voor interoperabiliteit. Om eenheid van taal te kunnen realiseren ontwikkelt IKNL samen met beroepsverenigingen en Nictiz, een informatiestandaard voor de oncologie. Daarvoor is in 2015 op basis van bestaand internationaal wetenschappelijk onderzoek een praktische methode ontwikkeld om richtlijnen te vertalen naar een informatiestandaard. In het project OncolinQ heeft IKNL de informatiestandaard vervolgens in twee ziekenhuizen getoetst. Door de informatiestandaard toe te passen in het multidisciplinair overleg (MDO) wordt het mogelijk het MDO-verslag te gebruiken als bron voor registratie. Complementair aan OncolinQ werkte IKNL in 2015 met de NFU, Nictiz, DICA, UMCU en RadboudMC in het landelijke project 'Registratie aan de bron'.

In het project Oncoguide werkt IKNL aan een beslissingsondersteuningsmodule op basis van richtlijnen. Door de richtlijnen opnieuw op te bouwen in de vorm van beslisbomen, daarbij weer gebruik makend van de informatiestandaard oncologie wordt het mogelijk om de richtlijnen in het EPD te integreren.

Met PALGA werkt IKNL aan een directe koppeling tussen de landelijk dekkende databank van pathologieverslagen en de NKR. In 2015 is een elektronische incidentiemelding voor de meeste pathologielaboratoria gerealiseerd. In 2016 wordt gewerkt aan een directe koppeling van alle relevante pathologische gegevens aan de NKR.

#### *PallialinQ*

Ook voor de palliatieve zorg is het de ambitie om steeds meer informatie beschikbaar te stellen en uitwisselbaar te maken. Deze ambities zijn in lijn met de principes van OncolinQ en hebben geresulteerd in de start van het programma PallialinQ. In 2016 wordt dit programma nader ingevuld.

## **4.4 Rapporteren**

Zowel over algemene aspecten als over tumorspecifieke zaken, lokaal, regionaal, nationaal en internationaal rapporteert IKNL gegevens uit de NKR in het zorgdomein, het publieke en het politieke domein.

### **4.4.1 Rapportages**

Samen met de partijen in het oncologische en palliatieve netwerk maakt IKNL op basis van de gegevens uit de NKR nationale en regionale instellingsrapportages en rapportages op maat.

Op verzoek van de ziekenhuizen biedt IKNL een jaarlijkse rapportage op basis van de geregistreerde gegevens.

In het najaar van 2015 stelde IKNL voor het eerst vier tumorspecifieke regiorapportages beschikbaar: darmkanker, borstkanker, baarmoederkanker en blaas/niercelkanker. In deze regiorapportages worden de uitkomsten van zorg van ziekenhuizen onderling met elkaar vergeleken en worden meer tumorspecifieke details in kaart gebracht. Bij een inventarisatie in de regio's kwam naar voren dat de informatiebehoefte per ziekenhuis sterk verschilt. Zowel qua soort en aantal tumorspecifieke regiorapportages, als qua behoefte aan ziekenhuisvergelijking en -bespreking. De gegevens over 2015 zijn daarom op maat teruggekoppeld.

De inhoud van de tumorspecifieke regiorapportages ontwikkelt IKNL in samenwerking met medische professionals, zodat deze goed aansluiten op specifieke vragen binnen een ziekenhuis en regio. Nieuw aan de regiorapportages (ten opzichte van de ziekenhuisrapportages) is dat hiermee onderlinge discussie mogelijk is over uitkomsten van de zorg. Door informatie uit de NKR op regioniveau beschikbaar te stellen aan de ziekenhuizen, worden onderlinge verschillen in uitkomsten van zorg zichtbaar en bespreekbaar. Dit geeft impulsen tot kwaliteitsverbetering van de oncologische zorg.

### **4.4.2 Levering en analyse van gegevens**

Naast de terugkoppelingen naar de zorgverleners en de ziekenhuizen kunnen onderzoekers, klinici en andere geïnteresseerden gegevens opvragen uit de NKR, waarbij steeds wordt getoetst of de privacy van patiënt of ziekenhuis niet in het geding is (commissie van toezicht) en de aanvraag van wetenschappelijke en/of maatschappelijke waarde is (beroepsgroep in tumorteam).

In 2015 kreeg IKNL 317 aanvragen (2014: 303) voor gegevens uit de NKR. Voor een deel van de aanvragen (33 in 2015) worden gegevens uit de NKR gekoppeld aan andere gegevensbronnen, bijvoorbeeld van PALGA of van de aanvrager zelf.

Naast de gegevensaanvragen kunnen landelijke en regionale gegevens over de incidentie, sterfte, prevalentie en overleving van kanker in Nederland rechtstreeks worden geraadpleegd via de cijferapplicatie [www.cijfersoverkanker.nl/](http://www.cijfersoverkanker.nl/).

Tabel 4.2 Informatie over website cijfersoverkanker.nl

	2015	2014	groei
Aantal bezoekerssessies	85.000	70.000	21%
Aantal bezoekers	63.000	50.000	25%
Aantal paginaweergaven	364.000	324.000	12%
Aantal pagina's per sessie	4,3	4,6	-5%

#### 4.4.3 Onderzoek

Samen met de professionals in het veld doet IKNL onderzoek met de gegevens en publiceert hierover in (inter)nationale vakbladen.

##### *Uitvoeren van onderzoek*

IKNL geeft, in nauwe en vruchtbare samenwerking met medische professionals en onderzoekers van andere instellingen, duiding en toegevoegde waarde aan de gegevens uit de NKR. De IKNL-onderzoekers (epidemiologen, arts-onderzoekers, psychologen) vormen door hun inhoudelijke kennis van de geregistreerde items een brug tussen de zorgverleners en de gegevens uit de NKR. Zij dragen zorg voor methodologisch en statistisch verantwoorde analyses en interpretatie op alle mogelijke facetten van het oncologisch veld.

Het onderzoek omvat thema's zoals:

- genetische variaties en het risico op ontstaan van kanker
- preventie van (terugkeer van) kanker
- het vóórkomen van en overleving na kanker
- diagnostiek en behandeling in alle stadia van de ziekte
- neveneffecten, variërend van tijdens, kort na behandeling, tot aan decennia na behandeling
- patronen van uitzaaiing en terugkeer van kanker
- trends over de tijd en variatie tussen patiëntgroepen, instellingen, regio's en landen
- adherentie aan richtlijnen en indicatoren, het effect op dagelijkse klinische praktijk en uitkomst van ziekte
- effectiviteit en mate van samenwerking en concentratie in de oncologische en palliatieve zorg
- kosteneffectiviteit van behandeling
- (toekomst)scenario's voor zorgconsumptie
- de invloed van kanker en behandeling en neveneffecten op kwaliteit van leven en overleving
- lifestyle factoren en medicatiegebruik en de relatie met ontstaan en beloop van kanker
- klinische trials
- methodologie van onderzoek naar kanker en kankerregistraties in het algemeen
- informatievoorziening aan de patiënt
- kwaliteit van palliatieve zorg

Door het identificeren van gebieden waar verbetering van zorg mogelijk en/of noodzakelijk is, het kritisch evalueren van de effectiviteit van preventie, diagnostiek, behandelingen en andere interventies, het evalueren en aanpassen van behandelrichtlijnen, het stimuleren van (regionale) samenwerking en het geven van spiegelinformatie aan zorgverleners draagt dit onderzoek direct bij aan verbetering van de kankerzorg in Nederland en daarbuiten. En daarmee aan de overleving en kwaliteit van leven van patiënten met kanker.

### Impact van publicaties

Medewerkers van IKNL leverden in 2015 een bijdrage aan 192 wetenschappelijke publicaties, waaronder 177 peer-reviewed artikelen (bijlage 2); ruim tien publicaties meer dan in 2014, een stijgende trend die zich al jaren voortzet. De gepubliceerde studies omvatten alle voorkomende kankersoorten, ook zeldzame.

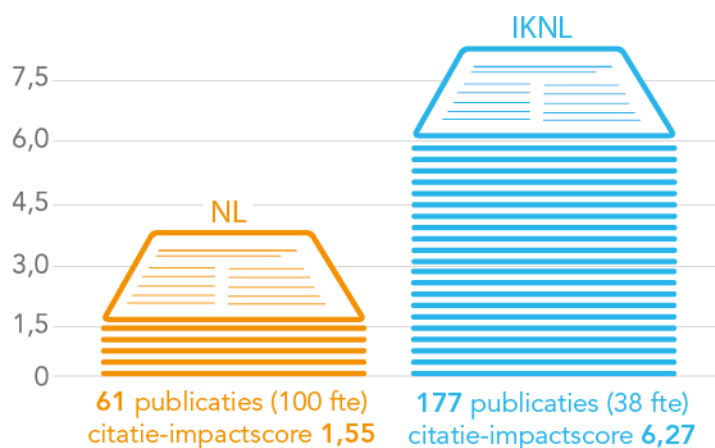
Tabel 4.3 Aantallen publicaties 2015 - 2014

	2015	2014
Algemeen	40	32
Spijverteringsorganen	49	43
Borst	36	26
Vrouwelijke geslachtsorganen	20	8
Bloed, beenmerg en lymfeklieren	19	20
Urinewegen en mannelijke geslachtsorganen	10	18
Onderste luchtwegen	7	5
Hoofd en hals	4	7
Centraal zenuwstelsel	3	1
Huid	2	10
Bot en weke delen	1	1
Endocriene klieren	1	4
Kindertumoren	-	4
<i>Totaal</i>	<i>192</i>	<i>179</i>

Dat de publicatieproductiviteit van IKNL onderzoekers hoog is, blijkt wel als het aantal peer-reviewed artikelen wordt afgezet tegen tegen de gemiddelde publicatieproductiviteit in Nederland.

De gemiddelde citatie-impactscore van deze publicaties bedroeg 6,27. Ter vergelijking: de gemiddelde citatie-impactscore van alle Nederlandse universiteiten (1,55):

Grafiek 4.4 Publicaties IKNL in perspectief



Bron: Prestaties in perspectief, Trendrapportage universiteiten 2000-2020; VSNU, figuur 3.1, p. 16 en figuur B7.2, p. 74 (bewerkt IKNL) en IKNL 2015

Het merendeel van de publicaties verscheen in gerenommeerde internationale vaktijdschriften als 'The New England Journal of Medicine', 'The Lancet', 'Nature Genetics' en 'The Lancet Oncology'.

Het belang van IKNL-onderzoek wordt regelmatig onderkend door de landelijke en internationale pers, getuige bijvoorbeeld de (inter)nationale media-aandacht in december 2015 voor het onderzoek naar verschillen tussen borstsparende operaties en amputaties en het onderzoek naar variatie in maagoperaties.

Naast artikelen in vaktijdschriften, publiceerde IKNL in het verslagjaar weer een groot aantal abstracts (presentaties en posters).

Tabel 4.4

Aantallen abstracts 2015 - 2014

	2015	2014
<i>Totaal</i>	132	125

Een volledig overzicht en meer informatie over alle publicaties in 2015 is te vinden op [iknl.nl](http://iknl.nl).

#### *Effectiviteit en kwaliteit van zorg*

Met het uitbrengen van 'Kankerzorg in beeld' (KIB) in 2014 is IKNL de uitdaging aangegaan om de vraag hoe het is gesteld met de kwaliteit van de kankerzorg - voor zover mogelijk - te beantwoorden. In 2015 is gewerkt aan een update van de gegevens en aan een uitbreiding met het thema 'ouderen'.

Uit verschillende, in 2015 gepubliceerde, regionale, landelijke en internationale studies, gebaseerd op NKR-data, blijkt dat de overlevingskans voor oudere kankerpatiënten beduidend lager is dan voor jongere patiënten. Ook is de overlevingskans bij ouderen over de tijd minder toegenomen dan bij jongere patiënten. Bij oudere patiënten wordt vaker van de behandelrichtlijn afgeweken. Vaak gebeurt dat om goede redenen, zoals ernstige comorbiditeit (waarvan de prevalentie met het toenemen van de leeftijd toeneemt) of negatieve effecten op de kwaliteit van leven. Maar niet altijd leidt een behandeling bij ouderen tot een hoger risico op complicaties of toxiciteit, of tot een slechtere kwaliteit van leven. Uitbreiding van de NKR met gedetailleerdere data over behandeling, complicaties en uitkomsten, aangevuld met studies naar de kwaliteit van leven via PROFIEL, biedt vanaf incidentiejaar 2015 de mogelijkheid om vaker een gefundeerde uitspraak te doen over de balans tussen onder- en overbehandeling bij ouderen. Een en ander zal terug te vinden zijn in het KIB Ouderen dat in 2016 verschijnt.

#### *Monitoren van screening*

Uit de koppeling van de screening op dikkedarmkanker met de NKR blijkt dat in de derde ronde evenveel kanker ontdekt wordt als in de eerste ronde (0,2%). De deelnamegraad blijft even hoog als in de eerste twee rondes. Als dikkedarmkanker wordt vastgesteld bij 'uitgenodigden' die niet deelnamen aan de screening, wordt deze in een verder gevorderd stadium ontdekt dan bij deelnemers aan de screening.

Het RIVM, de regionale screeningsorganisaties en IKNL hebben op 15 oktober 2015 een overeenkomst getekend voor het in gebruik nemen van het datawarehouse voor bevolkingsonderzoek. Hierin worden gegevens geladen vanuit de NKR, PALGA en de databank van het bevolkingsonderzoek, zoals het aantal verzonden uitnodigingen, de deelnamegraad en de verwijzingen. Door de gegevens op te nemen in het datawarehouse worden deze transparanter en zijn ze sneller beschikbaar voor bijvoorbeeld monitoring en evaluatie. Na een aantal jaren van ontwikkeling zijn nu de gegevens van de borstkankerscreening in het datawarehouse opgenomen. Tegelijkertijd zijn al voorbereidingen getroffen voor het opnemen van de screenings naar baarmoederhalskanker en darmkanker.

### *Trends in uitkomsten*

In 2015 heeft IKNL meer dan tien artikelen over de variatie van zorg gepubliceerd. Hieruit komt bijvoorbeeld naar voren dat bij het merendeel van de kankersoorten zeer frequent wordt afgeweken van de behandelrichtlijn. Dit kan een teken zijn van goede, op de situatie en de wens van de patiënt toegesneden zorg, maar de resultaten van studies op basis van de NKR laten zien dat dit zeker niet altijd het geval is. Zo wordt een kwart van de vrouwen met hormoonreceptorgevoelige, HER2-negatieve tumoren met uitzaaiingen op afstand initieel behandeld met chemotherapie, terwijl hormoontherapie de aangewezen behandeling is. Behandeling met chemotherapie heeft in de praktijk bij die groep vrouwen zelfs een slechtere overleving tot gevolg.

Een ander voorbeeld is het volgen van richtlijnen voor de tijdsduur tot aan behandeling. In het geval van blaaskanker worden deze goed gevolgd: de 10% van de patiënten waarbij de blaas niet binnen de in de richtlijn gestelde termijn verwijderd werd, hebben geen slechtere overleving. Dat is wel het geval voor patiënten met dikkedarmkanker. Bij patiënten die in aanmerking komen voor adjuvante behandeling met chemotherapie, heeft de start daarvan later dan acht weken na de operatie, zoals aangegeven in de richtlijn, een negatief effect op de overleving.

De oncologische zorg kenmerkt zich door variatie in behandeling en uitkomst tussen patiëntgroepen, maar ook tussen instellingen, zo blijkt uit de NKR. Bij een in Nederland zeldzame vorm van kanker zoals hepatocellulaircarcinoom (de meeste voorkomende levertumor), zijn behandeling en uitkomst gerelateerd aan het ziekenhuistype, met betere richtlijnnaleving en uitkomsten in universitaire centra. Een volume-effect wordt echter niet gezien. Ook bij baarmoederkanker is er geen effect op de overleving door het aantal patiënten/behandelingen per jaar per ziekenhuis. Daar waar centralisatie wel aangetoond heeft te leiden tot betere uitkomsten, is adequate doorverwijzing noodzakelijk. In geval van slokdarm-, maag-, en alveesklierkanker én bij patiënten met levermetastasen of buikvliesmetastasen, blijkt echter dat patiënten die op basis van hun ziektestadium in aanmerking komen voor een in principe op genezing gerichte operatie, vaak niet worden doorgestuurd naar een ziekenhuis met een centrumfunctie, en dat er een grote variatie is tussen ziekenhuizen in de mate waarin patiënten wél verwezen worden.

IKNL werkt aan de digitale ontsluiting van de NKR (NKR Online). Door de NKR nog verder (digitaal) te ontsluiten met behulp van een portaal en een datawarehouse kunnen zorgprofessionals en onderzoekers real-time gegevens uit de NKR halen. Hierdoor kan eenieder nog beter gebruik maken van de beschikbare gegevens in de NKR en zo de kwaliteit van de oncologische en palliatieve zorg verder verbeteren.

### *Kwaliteit en benodigde omvang palliatieve zorg*

Uit onderzoeken naar de kwaliteit van palliatieve zorg voor kankerpatiënten blijkt dat patiënten met uitzaaiingen vooral veel chemotherapie en doelgerichte therapie ('targeted agents', vaak dure geneesmiddelen) krijgen. Bij veel ziektebeelden en patiëntgroepen is nauwelijks vooruitgang in overleving waar te nemen, zoals bij alveesklierkanker, maagkanker en oudere vrouwen met borstkanker. Het is voor deze groep patiënten van belang om naast overleving meer aandacht te hebben voor verbeteren van kwaliteit van leven. Bij een aantal ziektebeelden is er wel degelijk enige vooruitgang geboekt, zoals bij dikkedarmkankerpatiënten met uitzaaiingen in het buikvlies.

Nog steeds overlijdt bijna de helft (45%) van de patiënten met kanker uiteindelijk aan hun ziekte. Bij hen is de ziekte te vergevorderd of uitgezaaid, of laat de gezondheidstoestand geen curatieve behandeling toe. Deze patiënten hebben baat bij palliatieve zorg die is afgestemd op hun persoonlijke wensen en behoeften, gericht op een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven. Om tijdig een palliatief traject in de ziekenhuizen te starten is mede op basis van de NKR onderzoek gedaan naar de huidige en gewenste omvang van de benodigde palliatieve zorg per ziekenhuis. De uitkomsten zijn begin 2015 gepresenteerd.



Uit dit onderzoek blijkt dat gemiddeld bij 0,8% van de in het ziekenhuis opgenomen patiënten specialistische palliatieve zorg is geboden. Belgisch onderzoek geeft aan dat dit voor 4% van de opgenomen patiënten gewenst is.

Om inzicht te krijgen in de huidige beschikbaarheid, samenstelling en werkwijze van teams palliatieve zorg in ziekenhuizen, hebben IKNL en de beroepsvereniging Palliactief in 2015, in samenwerking met het Erasmus MC, een enquête uitgezet onder 92 Nederlandse algemene, topklinische, universitaire en categorale ziekenhuizen. Met een respons van 80% geeft de enquête een representatief beeld. De aandacht voor palliatieve zorg in het ziekenhuis is de afgelopen jaren sterk toegenomen. Ten opzichte van 2013 blijkt dat vooral het aantal teams palliatieve zorg en het aantal poliklinische spreekuren palliatieve zorg zijn toegenomen. Ook beleidsmatig is er aandacht voor palliatieve zorg, in de vorm van opdrachten voor de ontwikkeling van palliatieve zorg vanuit de raad van bestuur en/of medische staf en door het instellen van stuurgroepen of commissies palliatieve zorg. In 57 ziekenhuizen is een team palliatieve zorg aanwezig, ten opzichte van 50 teams in 2014. Alle overige ziekenhuizen zijn bezig met de oprichting van een team. Het aantal ziekenhuizen met een team is vooral de afgelopen drie jaar sterk toegenomen.

#### 4.5 Verbeteren en regelen

Cijfers uit de NKR, richtlijnevaluaties, PRISMA-analyses en visitaties laten onder meer zien dat er verbeterpotentieel is. Op basis van dit potentieel en de vragen vanuit het veld initieert IKNL verbeteracties en implementatieprogramma's.

Daarnaast worden richtlijnen ingezet voor kwaliteits- en doelmatigheidsverbetering en het terugdringen van ongewenste variatie in de zorg. Richtlijnen en normen geven aan welke zorg waar en door wie die geleverd kan en mag worden. Instellingen maken dus keuzes, die leiden tot concentratie en spreiding en het ontstaan van oncologische en palliatieve, regionale en lokale samenwerkingsverbanden. Transmurale, tumorspecifieke zorgpaden geven structuur aan de zorg en consulenten sluiten met hun dienstverlening hierop aan. Het effect van alle veranderingen en verbeteringen wordt weer zichtbaar in de NKR.

##### 4.5.1 Regionale en landelijke samenwerking

Samen met andere partijen biedt IKNL landelijk en regionaal ondersteuning bij het optimaliseren van ketenzorg en het vormen van (tumorspecifieke) netwerken en consortia. Netwerken zorgen onder andere voor een grotere samenhang van de zorg, kortere doorlooptijden en meer doelmatigheid vanuit de optiek van de patiënt.

##### *Comprehensive Cancer Networks en tumorspecifieke netwerkvormen voor goede zorg*

Na de ondertekening van de 'veldagenda' in januari 2014 is de Taskforce Oncologie, het initiatief van NFU, NVZ, SONCOS, LMK en IKNL, van start gegaan met het stimuleren van het vormen van netwerken voor oncologische zorg. De invitational conference in januari 2015 was het startschot voor het zogenoemde koersboek. Hierin presenteren de partijen hun gezamenlijke visie, waarin de ontwikkeling van Comprehensive Cancer Networks (CCN's) centraal staat. Die moeten ervoor zorgen dat elke oncologische patiënt optimale zorg krijgt, ongeacht plaats van diagnostiek en behandeling. Het eerste exemplaar van het koersboek is op 8 oktober 2015 overhandigd aan Bas van den Dungen, directeur-generaal Curatieve Zorg van het ministerie van VWS. Het koersboek is bedoeld om professionals te inspireren bij de (door)ontwikkeling van oncologische netwerken in hun regio.

Goede zorg voor patiënten met kanker betekent samenwerken. Oncologische zorg is niet gebaat bij versnippering en concurrentie, anders dan concurrentie in kwaliteit. Tegelijkertijd hebben patiënten behoefte aan (na)zorg zo dicht mogelijk bij huis. CCN's leveren hoogwaardige oncologische zorg binnen een regio en maken gezamenlijk afspraken hoe deze zorg inhoudelijk te organiseren, te monitoren en

continu te verbeteren. De netwerken moeten zodanig worden ingericht dat ze ook snelle invoering van innovaties garanderen. De Taskforce heeft hiervoor 21 criteria en randvoorwaarden geformuleerd. Belangrijke punten zijn transmurale tumorspecifieke zorgpaden en multidisciplinaire overleggen (MDO's). Met advies over en begeleiding van deze transmurale zorgpaden en MDO's en cijfermatige onderbouwing door tumorspecifieke regiorapportages helpt IKNL CCN's op te zetten en optimaal te laten functioneren. Zo is IKNL betrokken bij de totstandkoming van diverse netwerken. In de regio Zuidwest-Nederland levert IKNL bijvoorbeeld advies en ondersteuning aan het beoogde oncologienetwerk Embraze. In de regio's Noordoost-, Noordwest- en Midden-Nederland verzorgde IKNL invitationale conferences met raden van bestuur en professionals van ziekenhuizen en met zorgverzekeraars over oncologische netwerkvorming. In de regio Zuidoost-Nederland hielp IKNL bij het vastleggen van samenwerking in Service Level Agreements (SLA's): juist op overdrachtsmomenten is ketenzorg kwetsbaar voor kwaliteitsverlies. Diverse ziekenhuizen zijn door IKNL geholpen bij het opzetten van (transmurale) zorgpaden. Eén en ander gebeurt in nauwe afstemming met de activiteiten die door de UMC's worden ondernomen in het kader van het Citrienfonds.

#### *(Tumor)werkgroepen*

IKNL initieert, ondersteunt en coördineert circa honderd landelijke en regionale multidisciplinaire (tumor)werkgroepen en netwerken. Deze groepen van deskundigen (doorgaans medisch specialisten en verpleegkundigen) bespreken de kwaliteit van zorg, de actualiteit van de richtlijnen, de registratiesets en lopende studies. Voor een overzicht wordt verwezen naar bijlage 1.



#### *Consortia palliatieve zorg*

Begin 2015 zijn in Nederland in het kader van het Nationaal Programma Palliatieve Zorg zeven regionale consortia voor de palliatieve zorg (CPZ) van start gegaan (zie bijlage 1). IKNL werkt binnen deze consortia samen met onder andere de Expertisecentra Palliatieve zorg (EPZ), de Netwerken Palliatieve Zorg (NPZ) en onderwijsinstellingen aan het verbeteren van de palliatieve zorg in de regio. Dit gebeurt vanuit meerdere invalshoeken: zorg, onderwijs en onderzoek. De invulling van de samenwerkingsprojecten verschilt per regio. Bij elk consortium is een adviseur van IKNL betrokken.

Zo heeft het consortium Propallia (regio Zuid-Holland-Noord) een projectvoorstel ingediend bij ZonMw met de titel 'Focus op palliatief zorgonderwijs: een gezamenlijk leertraject voor artsen-in-opleiding uit de eerste- en tweedelijns'. Ook wordt samengewerkt met Pharos in Utrecht binnen het project 'In gesprek over leven en dood. Passende zorg en ondersteuning in de laatste levensfase voor niet-westerse migranten.' Daarnaast is recent een patiënten- en naastenraad geïnstalleerd die actief bij de projecten wordt betrokken. Naast dit soort inhoudelijke projecten wordt in elk consortium gewerkt aan het opbouwen van samenwerkingsverbanden.

#### *Landelijke samenwerking in de palliatieve zorg*

Om de palliatieve zorg in ons land te verbeteren, ontwikkelen IKNL, beroepsvereniging Palliactief, Federatie Medisch Specialist, NHG, Verenso, V&VN en NPCF een kwaliteitskader palliatieve zorg. Kwaliteitskaders beschrijven aan welke randvoorwaarden een zorginstelling moet voldoen om op kwalitatief goede wijze oncologische of palliatieve zorg te bieden.

Met dit initiatief willen partijen bereiken dat alle zorgprofessionals zich in 2017 gesteund weten in de ontwikkeling en uitvoering van de palliatieve zorg. In het project Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland,

dat in 2015 tot stand is gekomen, wordt ook aandacht geschonken aan het ontwikkelen van modellen voor (transmurale) teams. Deze modellen dragen er toe bij dat de patiënt thuis én in een zorginstelling palliatieve zorg krijgt van goede kwaliteit. Daarnaast besteedt het project aandacht aan de financieringsstructuur van palliatieve zorg in de keten.

#### 4.5.2 Revisie en implementatie van richtlijnen

Richtlijnen worden gebruikt voor kwaliteits- en doelmatigheidsverbetering en ingezet voor het terugdringen van ongewenste variatie in de zorg. IKNL helpt het veld bij de ontwikkeling, revisie, het beheer, de implementatie en de evaluatie van richtlijnen.

##### *Richtlijnen oncologische zorg*

IKNL vervolgde de in 2014 gestarte ontwikkeling om de richtlijnontwikkeling en -toepassing met innovaties toekomstbestendig te maken. Dit loopt door in 2016.

De tumorspecifieke richtlijnen worden aangevuld met generieke modules voor bijvoorbeeld de zorg voor kwaliteit van leven en voor ouderen. Zo is in 2015 een generieke nazorgmodule gebruikt als vertrekpunt voor uitwerking van nazorg, revalidatie en psychosociale zorg in richtlijnen voor gynaecologische tumoren. Het modulair reviseren bevordert procesversnelling, zodat evidentie sneller beschikbaar is voor de klinische praktijk. Samen met de betreffende richtlijnwerkgroep maakt IKNL bij elke richtlijn implementatieplannen.

In 2015 zijn in totaal dertien (gereviseerde) richtlijnen gepubliceerd (2014: acht), waar IKNL ondersteuning bij verleende:

Tabel 4.5

Aantallen gepubliceerde richtlijnen 2015 - 2014

	2015	2014
Algemeen	2	-
Centraal zenuwstelsel	2	1
Huid	-	1
Onderste luchtwegen	1	1
Spijsverteringsorganen	2	1
Urinewegen	-	1
Vrouwelijke geslachtsorganen	2	-
Neuro-oncologie (en palliatieve zorg)	2	-
Palliatieve zorg	1	2
Erfelijke tumoren	1	-
<b>Totaal</b>	<b>13</b>	<b>8</b>

##### *Oncoguide*

Eén van de prioriteiten voor 2015 was om Oncoguide, een medisch beslismodel gebaseerd op richtlijnen, naar de praktijk te brengen. IKNL ontwikkelde in 2014 een unieke methode om een richtlijn te vertalen in beslisbomen. Deze methode pasten we in 2014, in samenwerking met professionals succesvol toe op de richtlijnen voor borst-, darm- en prostaatkanker. Volgens de zorgprofessionals resulteerde dit in een kwaliteitsverbetering van de richtlijn zelf.

In 2015 bouwde IKNL een eerste prototype keuze-/beslissingsondersteuningssysteem in de vorm van een centrale IKNL-kennisserver (back-end) en een prototype app en webapplicatie (front-end). Het systeem genereert automatisch de best toepasbare richtlijnaanbeveling door projectie van patiënt- en tumorkenmerken op de beslisboom. Drie gedigitaliseerde richtlijnen zijn in het verslagjaar voor 95%

gereed gekomen. In 2016 werkt IKNL verder aan de implementatie middels een pilot in ziekenhuizen met verschillende ICT systemen.

#### *Richtlijnen palliatieve zorg*

Het in 2014 opgerichte platform Palliatieve Zorg Richtlijnen (PAZORI) heeft in 2015 de actualiteit besproken van de ruim veertig richtlijnen voor de palliatieve zorg. Ter voorbereiding op de bespreking heeft IKNL inzichtelijk gemaakt welke richtlijnen in aanmerking komen voor revisie, welk tijdstip en welke werkwijze hiervoor het meest geschikt is. In eerdere prioriteringsrondes (2014 / 2015) werden de richtlijnen Dyspneu in de palliatieve fase, Palliatieve zorg bij nierfalen en Spirituele zorg al op de revisielijst geplaatst. Eind 2015 is de richtlijn Dyspneu gepubliceerd; de andere twee zijn nog in ontwikkeling.

De meeste richtlijnen palliatieve zorg voldoen niet aan de huidige kwaliteitseisen voor richtlijnen. PAZORI heeft geconcludeerd dat hier een grote verbetering moet worden gemaakt, wat een grote extra inspanning van de betrokken partijen zal vragen. In 2016 wordt gewerkt aan een meerjarenprogramma om deze uitdaging op te pakken.

#### *Oncoline en Pallialine*

IKNL stelt de richtlijnen voor en door professionals beschikbaar op de websites Oncoline en Pallialine. In 2015 bekeken 799.749 bezoekers samen ruim 6 miljoen pagina's in bijna 1,3 miljoen sessies. Uit eerder steekproefonderzoek onder zorgprofessionals is gebleken dat 99% van de zorgprofessionals bekend is met de oncologische richtlijnen en de richtlijnen vooral voor besluitvorming en als professioneel referentiekader gebruikt.

Tabel 4.6 Oncoline en Pallialine 2015 – 2014\*

Jaar	Richtlijnen		Gebruikers	Pageviews	Sessies
	2015	2014	2015	2015	2015
Oncoline	65	64	674.000	5.216.000	1.080.000
Pallialine	53	53	126.000	1.087.000	191.000
<b>Totaal</b>	<b>118</b>	<b>117</b>	<b>800.000</b>	<b>6.303.000</b>	<b>1.271.000</b>

\*In de loop van 2014 is nieuwe software voor websitestatistieken in gebruik genomen. Hierdoor zijn voor 2014 niet alle detailgegevens beschikbaar.

#### *Scholing over richtlijnen voor verpleegkundigen*

Samen met de Haagse Hogeschool ontwikkelde IKNL een Massive Open Online Course (MOOC) 'Verplegen met richtlijnen'. De MOOC is gereed en wordt vanaf 1 september 2015 via [www.iknl.nl](http://www.iknl.nl) aangeboden.

#### *Leerlijn palliatieve zorg voor verzorgenden*

Voor het toegankelijk maken van richtlijnen ontwikkelt IKNL met uitgever Noordhoff twee e-learningmodules, de 'Leerlijn Palliatieve Zorg'. In 2015 is de samenwerking met Noordhoff vernieuwd. Om een zo groot mogelijk deel van het veld te bereiken wordt meegewerkt aan een (basis) module Palliatieve Zorg voor met name de verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg.

### 4.5.3 Consultdiensten door consultants

Consultdiensten in de oncologische zorg zijn adviesdiensten van (super)specialisten aan algemene ziekenhuizen in de vorm van deelname aan MDO's. In de palliatieve zorg levert een landelijk dekkend netwerk van regionale consultatieteams telefonische consultdiensten.

IKNL zorgt voor een bijdrage in de financiering, beschikbaarheid en logistieke uitvoering van consultdiensten.

De meerwaarde van consultdiensten ligt in:

- betere patiëntspecifieke behandeling
- beter gebruik van richtlijnen voor diagnostiek, behandeling en nazorg
- betere afspraken over regionale taakverdeling
- grotere deelname aan trials.

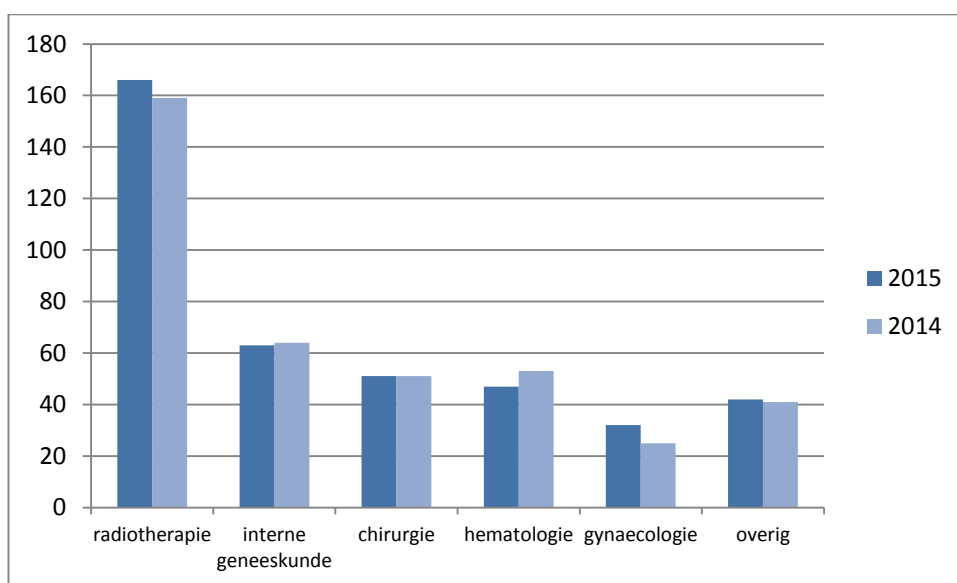
Tabel 4.10 Consultdiensten 2015 – 2014

	2015	2014
<i>Oncologische zorg</i>		
Aantal consulten	14.000	11.000
Aantal consulenten	401	393
Uitgaven (x € 1.000)	2.852	3.223
<i>Palliatieve zorg</i>		
Aantal consulten	6.300	6.500
Aantal consulenten	305	248
Uitgaven (x € 1.000)	1.729	1.868

#### *Oncologische zorg*

Eind 2015 waren er 401 consulenten oncologische zorg actief, die gedurende 2015 aan ruim 14.000 besprekingen deelnamen. De afgelopen jaren is het aantal tumorspecifieke besprekingen toegenomen en er worden ook meer patiënten besproken. Dit heeft ertoe geleid dat het aantal MDO's is toegenomen, met meer consultatie als gevolg.

Grafiek 4.6 Aantal consulenten per discipline 2015 - 2014



Bron IKNL 2015 - 2014

In 2014 stelde IKNL de benoemingcriteria voor (tumorspecifieke) oncologische consultdiensten vast en trok het de financiering op landelijk niveau gelijk. Op basis van incidenties in regio's zijn de budgetten per regio verdeeld. Alleen met de Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie (Nvro) maakte IKNL nog separaat afspraken over tegemoetkoming in de kosten voor de consultdiensten, in het licht van de historisch gegroeide geldstroom.

In het kader van innovatieve consultering ondersteunt IKNL in toenemende mate expertpanels. Voorbeelden zijn die voor wekedelentumoren, lymfomen en melanomen en de Nederlandse Commissie voor Beentumoren, de landelijke werkgroep voor (her)beoordeling van radiologie- en pathologiemateriaal.

#### *Palliatieve zorg*

Op het gebied van palliatieve zorg beheert IKNL een landelijk dekkend netwerk van 29 consultatieteams palliatieve zorg die bestaan uit 305 gespecialiseerde artsen en verpleegkundigen werkzaam in hospices, ziekenhuizen, verpleeghuizen, thuiszorgorganisaties en huisartspraktijken. Zij geven telefonische adviezen aan zorgprofessionals. De vragen gaan vooral over farmacologische onderwerpen (74%), waaronder palliatieve sedatie (22%). In een derde van de consulten zocht de consultvrager steun voor zijn beleid. Daarnaast zijn er ook steeds meer lokale teams die deels op IKNL terugvallen voor methodiek, registratie en scholing.

Net als in 2014 werd in het verslagjaar bij circa 4% van de overlijdens het advies van de IKNL-consultatieteams ingeroepen, wat neerkomt op 6.311 consulten (2014: 6.536 consulten). Het raadplegen van het consultatieteam bij complexe zorgvragen is nog geen vanzelfsprekendheid en tegelijkertijd verandert de behoefte van consultvragers. Daarom zette IKNL in op twee ontwikkelingen die consultatie vanzelfsprekender kunnen maken: de transmurale palliatieve teams en PaTz-groepen.

- Door meer ketensamenwerking en het ontstaan van palliatieve teams in de ziekenhuizen ontstaat de mogelijkheid om transmurale consultatieteams op te zetten. Deze teams staan *in* de keten in plaats van ernaast, vormen een lokale samenwerking tussen eerste en tweede lijn en kunnen daardoor vanzelfsprekender hun bijdrage leveren. IKNL stimuleert deelname van de IKNL-consulenten aan deze teams. Ter ontwikkeling en versterking van deze teams ontwikkelde IKNL in 2015 een kader en een toolkit.
- In lokale of wijkgebonden PaTz-groepen (palliatieve thuiszorg) bespreken huisartsen en wijkverpleegkundigen de palliatieve patiënten van deze zorgverleners. Een consultant geeft hierbij advies over de juiste zorg. In 2015 ondersteunde IKNL 62 van deze PaTz-groepen (2014: 26).

Tabel 4.11 Aantal consulten palliatieve zorg en % naar functie van consultant 2015 -2014

Jaar	2015		2014	
	aantal	%	aantal	%
<b>Functie van consultvrager</b>				
Huisarts	4.671	74	5.103	78
Medisch specialist/ arts-assistent	851	14	668	10
Verpleegkundige/ verzorgende	449	7	434	7
Specialist ouderen geneeskunde	188	3	195	3
Overig (zoals AVG, apothekers)	152	2	136	2
<b>Totaal</b>	<b>6.311</b>	<b>100</b>	<b>6.536</b>	<b>100</b>

Door de toename van het aantal consultatieteams palliatieve zorg in ziekenhuizen, wordt het inroepen van expertise voor palliatieve patiënten steeds normaler. Dit vertaalt zich in een toename van het aantal medisch specialisten en arts-assistenten als consultvrager.

Tabel 4.12 Verdeling onderwerpen bij consulten

Jaar	2015		2014	
	Onderwerpen	Aantal	%	Aantal
Farmacologisch	4.666	74	4.780	73
Steun consultvrager	2.147	34	2.020	31
Sedatie	1.398	22	1.430	22
Organisatie van zorg	1.257	20	1.250	19
Dagelijks functioneren	509	8	590	9
Mantelzorg	458	7	530	8
Coping	402	6	470	7
Euthanasie	259	4	290	4
Sociaal	198	3	200	3
Zingeving	171	3	150	2
Anders	214	3	190	3
n.v.t.	46	1	85	1

#### 4.5.4 Verbetering kwaliteit van zorg

Met verbeteracties helpen IKNL-adviseurs veranderingen in de oncologische en palliatieve zorg vorm te geven en regionaal of lokaal duurzaam in te voeren. Zo stimuleren we samenwerking, implementeren we richtlijnen en helpen we de kennis op peil te houden. Dit is een voortdurend proces van inspelen op de vraag vanuit het veld, op maat ondersteuning bieden en daar waar meer professionals profijt kunnen hebben van een verbetering, zorgen dat een verbetermethode landelijk beschikbaar komt. De effecten van verbeteracties worden weer geëvalueerd in de NKR.

##### *Tientallen oncologische zorgpaden in ziekenhuizen opgezet en geëvalueerd*

In het verslagjaar hebben adviseurs van IKNL in verschillende ziekenhuizen (transmurale) oncologische zorgpaden opgezet, ingevoerd en/of geëvalueerd. Bijvoorbeeld:

- In het UMC Utrecht Cancer Center heeft IKNL op verzoek ondersteund bij het opzetten vandertig oncologische zorgpaden en wordt meege gedacht over de implementatie van deze zorgpaden.
- Meander Medisch Centrum in Amersfoort heeft IKNL gevraagd om het zorgpad borstkanker te evalueren met als vertrekpunt het perspectief van de patiënt.
- In de regio Nijmegen is IKNL als procesbegeleider betrokken bij het project transmurale prostaat kankerzorg dat zich richt op regionale werkafspraken tussen urologen en huisartsen op het gebied van diagnostiek bij mannen met verdenking op prostaat kanker en follow up bij mannen die behandeld zijn voor prostaat kanker. In het verslagjaar zijn huisartsengroepen betrokken, is een implementatieplan opgesteld en voorlichtingsmateriaal voor patiënten ontwikkeld.
- Om de afstemming tussen ziekenhuizen over diagnostiek en behandeling van galweg- en galblaaskanker te verbeteren heeft IKNL in 2015 samen met de centrumziekenhuizen AMC en Erasmus MC en de verwijzende ziekenhuizen OLVG en Rijnstate een ziekenhuisoverstijgend (keten)zorgpad ontwikkeld. Het resultaat is een transmuraal zorgpad dat ook andere ziekenhuizen kunnen gebruiken voor het optimaliseren van de zorg voor deze patiënten.
- Ter verbetering van de samenwerking tijdens de implementatie van zorgpaden maakte IKNL een 'serious game', die in 2015 is getest. De game blijkt goed als spiegel te functioneren voor de samenwerking tussen teamleden en biedt de mogelijkheid om hierover met elkaar in gesprek te gaan.

Een zorgpad is de beschrijving van opeenvolgende stappen, beslismomenten en criteria in het zorgproces voor een patiëntengroep met een specifieke zorgvraag. IKNL biedt ondersteuning bij de opzet en implementatie van zorgpaden in en tussen ziekenhuizen en ontwikkelt daarnaast formats hiervoor. Hierbij ligt de focus steeds meer op ondersteuning bij transmurale zorgpaden ten behoeve van netwerkvorming. Bij de herziening op basis van de meest recente richtlijnen en normen zijn de formats in 2015 uitgebreid met transmurale aspecten. Op deze wijze is er meer aandacht in de zorgpaden voor overdracht en samenwerking tussen eerste en tweede lijn en de rol van de huisarts in het zorgpad. Er zijn nu formats beschikbaar voor zes tumorsoorten:

- colorectalkanker
- mamma-kanker
- prostaatkanker
- melanoom
- longkanker
- ovariumkanker

#### *Evaluatietrajecten bevorderen bewustwording en stimuleren samenwerking*

In 2015 heeft IKNL vier basisevaluatietrajecten begeleid en in vijf (clusters van) ziekenhuizen PRISMA-bijeenkomsten georganiseerd.

Met behulp van Prevention and Recovery Information System for Monitoring and Analysis (PRISMA) komen de oorzaken van suboptimale uitkomsten naar boven. In 2015 is gestart met het PRISMA-project ovariumkanker, naar de oorzaken van incompleet stadiëren.

Basisevaluatietrajecten hebben als doel leerpunten te identificeren en daarmee de (organisatie van) zorg te verbeteren. De ervaring is dat alleen al de voorbereiding op een evaluatie bewustwording, focus en prioritering opleveren. Ook blijkt dat een evaluatie de samenwerking binnen de instelling maar ook binnen een netwerk stimuleert. In 2015 kwam de rapportage tot stand over de evaluatie in het Langeland ziekenhuis, vonden evaluaties plaats in Ziekenhuis Amstelveen en in de Noorderboog in Meppel en werd de evaluatie voor Ziekenhuisgroep Twente (ZGT) voorbereid. Daarnaast werd in 2015 een tumorspecifieke evaluatie voor long- en prostaatkanker in de Treant zorggroep (Emmen, Hoogeveen en Stadskanaal) afgerond en startte een intensief voorbereidingstraject met de prostaatpartners voor vier prostaatevaluaties in 2016.

Om tumorspecifieke zorgpaden en samenwerking in een netwerk van ziekenhuizen te toetsen, zijn tumorspecifieke kwaliteitskaders gemaakt. Een kwaliteitskader beschrijft aan welke randvoorwaarden een ziekenhuis moet voldoen om op kwalitatief goede wijze oncologische zorg te kunnen bieden. De kaders voor long- en prostaatkanker zijn in het voorjaar van 2015 geactualiseerd en die voor mamma- en colorectalkanker afgerond.

In 2015 werd ook de pilotevaluatie in een netwerk palliatieve zorg in Drenthe afgerond. Het doel van de pilot, waarbij drie zorgorganisaties zijn geëvalueerd, was de palliatieve zorg binnen zorgorganisaties en het netwerk inzichtelijk te maken om zodoende deze zorg verder te kunnen optimaliseren. De uitkomsten zijn gebruikt voor het opstellen en aanscherpen van het beleid palliatieve zorg.

#### *Op vele plaatsen samenwerking tot stand gebracht*

Activiteiten van IKNL in de regio richten zich op het samenbrengen van specialisten op het gebied van een specifiek tumor of zorgverleners in bijvoorbeeld hospices, in de vorm van werkgroepen, symposia en consultdiensten, en het samenbrengen van beroepsgroepen.



Aan de hand van in-companytrajecten, opleidingen met open inschrijving en bij- en nascholing voert IKNL samen met professionals verbeteringen ook daadwerkelijk door. In het verslagjaar was zowel een stijging te zien van het aantal georganiseerde bijeenkomsten als van het aantal deelnemers hieraan ten opzichte van 2014.

Tabel 4.13 Opleidingen 2015–2014

<b>Jaar</b>	<b>2015</b>	<b>2014</b>
<i>Oncologische zorg</i>		
Open inschrijving	15	14
In-company	1	5
<i>Palliatieve zorg</i>		
Open inschrijving	34	40
In-company	35	12
<b>Totaal</b>	<b>85</b>	<b>71</b>

In het verslagjaar telden we bijvoorbeeld 370 deelnemers aan zes trainingen over veilig omgaan met cytostatica, 140 deelnemers aan twee bijeenkomsten over oncologische revalidatie en even zoveel deelnemers aan het jaarlijks georganiseerde Oncologisch Spectrum. Ook waren er honderden belangstellenden voor de verschillende regionale en tumorspecifieke symposia en scholingen. Bij de palliatieve bijeenkomsten met een open inschrijving waren in 2015 vooral de kennismarkten in trek (1.600 deelnemers aan twaalf bijeenkomsten) en scholingen voor consultants (400 deelnemers aan vijftien scholingen). Bij de incompany-trainingen noteerden we onder meer bijna 500 deelnemers aan 24 bijeenkomsten over Signalering in de palliatieve fase.

Ook op het gebied van nazorg, nacontrole en revalidatie werkt IKNL aan samenwerking met als doel om in afstemming met verwijzers te komen tot integrale oncologische zorg. Ter voorbereiding op de opheffing van de stichting Herstel & Balans werkte IKNL in 2015 verder aan de borging van oncologische revalidatie in de reguliere zorg. IKNL richtte zich daarbij vooral op het organiseren van samenwerkingsverbanden tussen aanbieders van interdisciplinaire revalidatie, geriatrische revalidatie en aanbieders uit de eerste lijn, zoals fysiotherapeuten, diëtisten, ergotherapeuten, psychologen en huidtherapeuten. In 2015 zijn drie projecten afgerond over verschuiving van de nacontroles in de oncologie van de tweede naar de eerste lijn.

Daarnaast vertaalde IKNL met vijf verpleeg- en verzorgingshuizen de kennis en ervaringen rond oncologische revalidatie naar revalidatie voor de oudere patiënt met kanker. Dit project wordt in 2016 afgerond.

#### *Vijftig verbetertrajecten met de Goede Voorbeelden in de palliatieve zorg*

Het Zorgpad Stervensfase, de Signaleringsbox voor verzorgenden, Besluitvorming in de palliatieve fase en Mantelzorgondersteuning zijn als 'Goed Voorbeeld' opgenomen in het Verbeterprogramma palliatieve zorg. Dit programma van ZonMw ondersteunt zorgaanbieders om met bestaande kennis en inzichten de palliatieve zorg verder te verbeteren. Met subsidie van ZonMw hebben zo vijftig instellingen deze verbetermethoden van IKNL ingevoerd.

Ondertussen werkt IKNL voortdurend aan het doorontwikkelen van deze instrumenten. Zo is in 2015 samen met experts op het gebied van dementie voor de methodiek Signalering in de palliatieve fase een aanvulling ontwikkeld voor zorgvragers met dementie en is het transmurale zorgpad op basis van een pilot in zes instellingen doorontwikkeld.

#### *Instrumenten voor patiënten zorgen voor betere overleving en betrouwbare informatie*

Uit onderzoek blijkt dat veel kankerpatiënten hun behandeling met oncolytica niet afmaken vanwege de bijwerkingen. Door goede voorlichting over bijwerkingen en door de dosering op basis van de juiste criteria, tijdig, aan te passen, houden patiënten de behandeling langer vol. In 2015 heeft IKNL een pilot gedaan om te onderzoeken of patiënten bereid zijn de bijwerkingen van oncolytica zelf te monitoren en via internet de resultaten met hun zorgverleners te delen, zodat deze, indien nodig, direct kunnen interveniëren. In 2016 wordt bekend of dit een betere overleving oplevert.

Op kanker.nl zorgt IKNL samen met KWF Kankerbestrijding en Levenmetkanker voor een combinatie van betrouwbare medische informatie én een sociaal netwerk voor patiënten en hun naasten. Eind 2015 heeft een campagne van kanker.nl onder meer op radio en tv geleid tot een grote toename in het aantal bezoekers en deelnemers aan het platform. Het totale aantal deelnemers bedroeg eind 2015 19.012 (2014: 9.674).

De bijdrage van IKNL aan kanker.nl bestaat uit de overlevingscijfers vanuit de NKR en informatie over klinisch onderzoek voor patiënten. Daarnaast speelt IKNL een actieve rol bij de vertaling van medische richtlijnen naar patiëntenteksten. In 2015 zijn behalve de oncologische richtlijnen ook veel palliatieve richtlijnen vertaald.

Tabel 4.16 Informatie over website kanker.nl

	2015	2014	2015	2014
	Totaal		Overleving *	
Unieke bezoekers	2.837.000	1.370.000	258.400	123.450
Aantal bezoeken	4.109.000	1.900.000	300.210	138.980
Pageviews	12.763.000	5.733.000	377.500	163.000
Pageviews per bezoek	3,1	3,0	1,2	1,2
Pageviews kankeronderzoek**	120.800			

\*Informatie over incidentie en overleving afkomstig uit de NKR, een pagina per kankersoort

\*\* Deze gegevens worden geregistreerd sinds 2015.

## 4.6 Vooruitblik

### *Beleidsrevisie VWS*

VWS is wettelijk verplicht om het beleid dat valt onder de beleidsartikelen van zijn begroting periodiek te evalueren in een beleidsdoorlichting. In een beleidsdoorlichting wordt de doeltreffendheid en doelmatigheid van het gevoerde beleid op een bepaald artikelonderdeel onderzocht. In 2016 is dit artikel 2.1 Kwaliteit en Veiligheid in de curatieve zorg. Op grond van dit artikel ontvangt IKNL jaarlijks een instellingssubsidie. In het kader van de beleidsrevisie voert beleidsadviesbureau Ecorys, in opdracht van VWS, in de eerste maanden van 2016 een stakeholderanalyse uit. Eind 2016 moeten de resultaten van de beleidsdoorlichting over artikel 2.1 aan de Tweede Kamer worden gestuurd.

### *NKR Online*

Het oncologisch en palliatief veld heeft behoefte aan een veilige en adequate ontsluiting van de gegevens die IKNL verzamelt, en aan informatie of specialisten en ziekenhuizen voldoen aan gestelde normeringen. Daarom is IKNL eind 2015 begonnen met de ontwikkeling van een portal (NKR Online). Deze zal in 2016 in gebruik worden genomen. Hierin zal op een overzichtelijke manier de relevante informatie aan stakeholders worden geboden, waarmee een belangrijke stap zal worden gezet in het bereiken van transparantie en samenwerking binnen de oncologische en palliatieve zorg. Professionals die over

specifieke toegangsrechten beschikken kunnen een actueel overzicht inzien van de NKR gefilterd op specifieke tumorsoorten, het eigen ziekenhuis, prestaties van ziekenhuizen in de regio en gerelateerd aan allerlei ratio's. Naar verwachting zal toegang tot deze informatie leiden tot een lagere drempel, grotere bekendheid en een effectievere inzet van de data van IKNL en tot meer integraal samenwerken tussen en met zorgprofessionals.

#### *Registratie aan de bron en interoperabiliteit*

Door zorginformatie eenduidig en eenmalig aan de bron vast te leggen, kan deze meervoudig worden gebruikt: voor patiëntenzorg, wetenschappelijk onderzoek en kwaliteitsregistraties/-indicatoren. Registratie aan de bron draagt zo bij aan veiliger zorg, toenemende transparantie en afnemende registratielast. Daarom intensiveert IKNL ook in 2016 het werk in het project 'Registratie aan de bron' samen met NFU, Nictiz, DICA, UMCU en Radboudumc.

Een andere bijdrage aan bronregistratie levert IKNL door de NKR verder interoperabel te maken met externe gegevensbronnen als de EPD's en PALGA, gebruik makend onder meer de informatiestandaard oncologie. In 2016 staat gepland in vier pilotziekenhuizen een gestandaardiseerde MDO-module te implementeren, om zo veel mogelijk relevante informatie automatisch in het zorgproces (MDO) en daarna in de NKR op te kunnen nemen.

Door samenwerking met PALGA wordt de registratielast van de zorgprofessional geminimaliseerd door relevante gegevens van het pathologieverslag automatisch over te nemen in het MDO-verslag (EPD). Overtypen - met het risico op fouten - is dan niet meer nodig.

In het project Oncoguide werkt IKNL verder aan de beslissingsondersteuningsmodule op basis van gedigitaliseerde richtlijnen. Dit houdt in dat de richtlijnen op basis van de informatiestandaard oncologie worden opgebouwd in beslisbomen om de besluitvormingsprocessen in de oncologische zorg transparanter te maken en te ondersteunen. Begin 2016 is de betaversie van het Oncoguide-systeem gepresenteerd. In de loop van het jaar komt een app beschikbaar die toegang geeft tot de IKNL-kennisserver. Dit maakt het mogelijk de beslisbomen in interactieve vorm te gebruiken voor bijvoorbeeld shared decision making.

Ook rond palliatieve zorg wordt een programma ontwikkeld gericht op informatietransparantie en -overdracht, genaamd PallialinQ. Doelstelling voor 2016 is om dit programma nader te concretiseren en de eerste pilots te starten.

#### *Krachtenbundeling palliatieve zorg*

Begin 2016 hebben Agora, Fibula en IKNL hun gezamenlijke ambitie voor krachtenbundeling rond de palliatieve zorg in Nederland uitgesproken. Het is een logisch vervolg op de intensievere samenwerking die in 2015 is ingezet. Er is geconstateerd dat activiteiten, doelgroepen en stakeholders complementair zijn. Agora, Fibula (met de Netwerken Palliatieve Zorg) en IKNL vormen samen de spil in de ondersteuning van het palliatieve veld en ontwikkeling van de palliatieve zorg. Door de krachten te bundelen versterken de deelnemende partijen de ondersteuning van patiënten, naasten én zorgverleners en minimaliseren zij verspilling en doublures. In 2016 zullen de plannen en de vorm verder uitgewerkt worden. Het ministerie van VWS reageerde positief over de intentie van verdergaande samenwerking.

## 5 Financiën

Onderstaand de financiële weerslag van het in 2015 gevoerde beleid en de uitgevoerde activiteiten:

Tabel 5.1

BALANS PER 31 DECEMBER 2015

(na resultaatbestemming, bedragen x € 1.000)

<b>Activa</b>		<b>2015</b>	<b>2014</b>
<b>Vaste activa</b>			
Immateriële vaste activa	1.092	692	
Materiële vaste activa	485	1.064	
Financiële vaste activa	13	125	
		1.590	1.881
<b>Vlottende activa</b>			
Voorraden	-	46	
Vorderingen en overlopende activa	3.069	3.326	
Liquide middelen	17.998	18.210	
<b>TOTAAL ACTIVA</b>		<b>22.657</b>	<b>23.463</b>
<b>Passiva</b>			
<b>Eigen vermogen</b>			
Egalisatiereserve VWS	531	608	
Algemene reserve	7.811	8.818	
		8.342	9.426
<b>Vorzieningen</b>		2.428	2.251
<b>Kortlopende schulden en overlopende passiva</b>		11.887	11.786
<b>TOTAAL PASSIVA</b>		<b>22.657</b>	<b>23.463</b>

Tabel 5.2

Staat van baten en lasten over 2015  
(Bedragen x € 1.000)

	<b>Begroting 2015</b>	<b>Werkelijk 2015</b>	<b>Werkelijk 2014</b>
Totaal baten	38.993	38.976	38.656
Totaal lasten	<u>40.284</u>	<u>40.136</u>	<u>39.253</u>
<b>Bedrijfsresultaat</b>	-1.219	-1.160	-597
Financiële baten en lasten	100	76	68
<b>TOTAAL RESULTAAT</b>	<u><b>-1.119</b></u>	<u><b>-1.084</b></u>	<u><b>-529</b></u>
Niet-collectief gefinancierd vrij vermogen	-719	-1.007	635
Egalisatiereserve VWS	-472	-77	-1.165
<b>TOTAAL BESTEMMING</b>	<u><b>-1.119</b></u>	<u><b>-1.084</b></u>	<u><b>-529</b></u>

#### *Toelichting*

De baten over 2015 bedroegen € 38,9 miljoen (2014: € 38,7 miljoen), bestaande uit de VWS-instellingssubsidie voor oncologische en palliatieve zorg ad € 34,3 miljoen (2014: € 34,2 miljoen) en overige opbrengsten ad € 4,6 miljoen (2014: € 4,4 miljoen).

De lasten over 2015 bedroegen € 40,1 miljoen (2014: € 39,3 miljoen), waarvan € 26,6 miljoen voor personeelskosten (2014: € 25,5 miljoen) en € 13,5 miljoen voor materiële lasten (2014: € 13,8 miljoen).

#### *Resultaat en resultaatbestemming*

Het resultaat over 2015 komt daarmee op € 1,1 miljoen negatief (2014: € 0,5 miljoen negatief). Dit is gedekt door een grotendeels voorziene onttrekking van € 1 miljoen uit de algemene reserve en een onttrekking van € 0,1 miljoen uit de egalisatiereserve VWS. De onttrekking uit de algemene reserve had voornamelijk betrekking op de innovatieprojecten OncolinQ en Oncoguide, waarmee IKNL inzet op een nog betere aansluiting tussen NKR en richtlijnen bij het primaire zorgproces.

Hierdoor komt de egalisatiereserve VWS ultimo 2015 uit op € 0,5 miljoen (2014: € 0,6 miljoen), 1,5% van de verleende subsidie voor 2015 (2014: 1,8%). Daarmee blijft de egalisatiereserve ruim binnen het toegestane maximum van 10%.

Een uitgebreide cijfermatige toelichting staat in hoofdstuk 6, de jaarrekening 2015.

In bijlage 3 is een brugstaat opgenomen met een aansluiting tussen de in de jaarrekening verantwoorde begrotingscijfers en de bij VWS ingediende subsidieaanvraag.

---

## 6 Jaarrekening 2015

## 6.1 Balans per 31 december 2015

(na resultaatbestemming)

### Activa

	2015		2014	
<b>Vaste activa</b>				
Immateriële vaste activa	(1)	1.091.820	691.974	
Materiële vaste activa	(2)	484.879	1.064.315	
Financiële vaste activa	(3)	<u>12.942</u>	<u>124.520</u>	
		1.589.641		1.880.809
<b>Vlottende activa</b>				
Voorraden	(4)	-		46.366
<b>Vorderingen en overlopende activa</b>				
Debiteuren	(5)	979.349	1.231.511	
Overige vorderingen	(6)	1.297.581	1.286.021	
Overlopende activa	(7)	<u>792.769</u>	<u>807.970</u>	
		3.069.699		3.325.502
Liquide middelen	(8)	17.997.653		18.210.377
<b>Totaal activa</b>		<u><b>22.656.993</b></u>		<u><b>23.463.054</b></u>

### Passiva

	2015		2014	
<b>Eigen vermogen</b>				
<b>Collectief gefinancierd gebonden vermogen</b>				
Egalisatiereserve VWS	(9)	530.724	607.771	
		530.724		607.771
<b>Niet collectief gefinancierd vrij vermogen</b>				
Algemene reserve	(10)	7.810.817	8.818.052	
		7.810.817		8.818.052
<b>Voorzieningen</b>				
Overige voorzieningen	(11)	2.427.609		2.251.138
<b>Kortlopende schulden en overlopende passiva</b>				
Crediteuren	(12)	1.295.135	1.717.977	
Belastingen en sociale lasten	(13)	2.450.735	2.145.446	
Overige schulden	(14)	2.663.423	2.901.699	
Overlopende passiva	(15)	<u>5.478.551</u>	<u>5.020.971</u>	
		11.887.843		11.786.093
<b>Totaal passiva</b>		<u><b>22.656.993</b></u>		<u><b>23.463.054</b></u>

## 6.2 Staat van baten en lasten 2015

	<b>Begroting 2015</b>	<b>Werkelijk 2015</b>	<b>Werkelijk 2014</b>
<b>Baten</b>			
Instellingssubsidie VWS	(16) 34.412.000	34.333.966	34.218.661
Overige opbrengsten	(17) 4.580.500	4.642.265	4.437.452
<b>Totaal baten</b>	<b>38.992.500</b>	<b>38.976.231</b>	<b>38.656.113</b>
<b>Lasten</b>			
Personeelskosten	(18) 27.217.500	26.616.753	25.492.349
Consulenten	(19) 4.901.000	4.581.330	5.091.567
Huisvestingskosten	(20) 2.227.000	2.078.587	2.088.105
Afschrijvingen	(21) 945.500	1.112.842	842.540
Voorzieningen	(22) 0	453.142	-771.927
Overige bedrijfslasten	(23) 4.992.500	5.293.758	6.510.195
<b>Totaal lasten</b>	<b>40.283.500</b>	<b>40.136.413</b>	<b>39.252.829</b>
<b>BEDRIJFSRESULTAAT</b>	<b>-1.291.000</b>	<b>-1.160.183</b>	<b>-596.716</b>
Financiële baten en lasten	(24) 100.000	75.900	67.548
<b>TOTAAL RESULTAAT</b>	<b>-1.191.000</b>	<b>-1.084.283</b>	<b>-529.168</b>
Bestemmingsreserves	0	0	0
Niet-collectief gefinancierd vrij vermogen	-719.000	-1.007.235	635.449
Egalisatiereserve VWS	-472.000	-77.048	-1.164.618
<b>Totaal bestemming</b>	<b>-1.191.000</b>	<b>-1.084.283</b>	<b>-529.168</b>



## 6.3 Grondslagen van waardering en resultaatbepaling

### Grondslagen voor het opstellen van de jaarrekening

De jaarrekening is opgesteld in overeenstemming met de Richtlijnen voor de Jaarverslaggeving Titel 9 Boek 2 BW, in het bijzonder RJ 640 Organisaties zonder winststreven en de Kaderregeling VWS-subsidies.

De grondslagen van waardering en resultaatbepaling zijn ongewijzigd ten opzichte van voorgaand jaar. Uitzondering hierop is de post inzake het Persoonlijk Levensfase Budget (PLB-regeling). Omdat hierbij sprake is van een beloning met opbouw van rechten, is voor deze opgebouwde rechten per balansdatum een voorziening gevormd conform RJ 252.507. We lichten de hoogte, de wijze waarop de waarde is bepaald en de presentatie toe in hoofdstuk 4 *Toelichting op de balans* onder de Voorzieningen (11).

Deze jaarrekening is opgesteld uitgaande van de continuïteitsveronderstelling.

Het jaarverslag geeft een maatschappelijke reflectie van de activiteiten die IKNL heeft vormgegeven en die verband houden met de in de jaarrekening opgenomen baten en lasten. De vereisten zoals opgenomen artikel 391, BW 2 titel 9, zijn hierin opgenomen en maken zodoende hier integraal onderdeel van uit.

### Grondslagen voor waardering van activa en passiva

Activa en passiva zijn in het algemeen gewaardeerd tegen verkrijgings- of vervaardigingsprijs. Indien geen specifieke waarderingsgrondslag is vermeld, vindt waardering plaats tegen verkrijgingsprijs.

Bij het opstellen van de jaarrekening heeft IKNL, overeenkomstig algemeen geldende grondslagen, bepaalde schattingen en veronderstellingen gedaan die medebepalend zijn voor de opgenomen bedragen. De feitelijke resultaten kunnen van deze schattingen afwijken.

Bij de bepaling van de waarde van materiële en immateriële vaste activa is rekening gehouden met eventuele bijzondere waardeverminderingen. De afschrijvingen zijn berekend als een percentage over de aanschafprijs volgens de lineaire methode. Voor alle activacategorieën geldt 20%, alleen voor verbouwingen geldt 10%.

De financiële vaste activa zijn opgenomen voor de geamortiseerde kostprijs.

De voorraden publicaties zijn gewaardeerd tegen nihil per ultimo 2015.

De vorderingen, geldmiddelen en schulden zijn opgenomen voor de nominale waarde, waarbij rekening is gehouden met mogelijke oninbaarheid van vorderingen. De liquide middelen bestaan uit kas, banktegoeden en deposito's met een looptijd korter dan 12 maanden.

Voorzieningen worden gevormd voor in rechte afdwingbare of feitelijke verplichtingen die op de balansdatum bestaan, waarbij een uitstroom van middelen waarschijnlijk is en waarvan de omvang op betrouwbare wijze is te schatten. Voorzieningen zijn gewaardeerd tegen de in de toekomst te verwachten nominale kosten.

### Grondslagen van resultaatbepaling

De baten en lasten zijn toegerekend aan de periode waarop deze betrekking hebben. Verliezen worden verantwoord als deze voorzienbaar zijn; baten worden verantwoord als ze zijn gerealiseerd.

De baten uit subsidies zijn berekend aan de hand van de voorschriften voor subsidiëring. Voor projecten die langer lopen dan één jaar worden de ontvangen subsidies naar rato van de kosten in het betreffende jaar aan het project toegeschreven. Het restant van de ontvangen subsidies wordt gereserveerd ter dekking van toekomstige kosten van de projecten.

Andere opbrengsten dan bovenstaande zijn gebaseerd op de gefactureerde of doorberekende bedragen voor geleverde goederen of diensten.

IKNL heeft voor zijn medewerkers een pensioenregeling getroffen. Deze pensioenregeling is ondergebracht bij het bedrijfstakpensioenfonds Pensioenfonds Zorg en Welzijn (PFZW). De over het boekjaar verschuldigde premies zijn als kosten verantwoord. Voor per balansdatum nog niet betaalde premies wordt een reservering opgenomen. Aangezien deze verplichtingen kortlopend zijn, zijn deze gewaardeerd tegen de nominale waarde. De risico's van loonontwikkeling, prijsindexatie, beleggingsrendement op het fondsvermogen leiden mogelijk tot toekomstige aanpassingen in de jaarlijkse bijdragen aan het pensioenfonds. Deze risico's komen niet tot uitdrukking in een opgenomen voorziening. In geval van een tekort bij het bedrijfstakpensioenfonds heeft IKNL geen verplichting tot het voldoen van aanvullende bijdragen anders dan hogere toekomstige premies.

Momenteel is sprake van een tekort in het pensioenfonds PFZW. Het fonds heeft een dekkingsgraad van 97% ultimo 2015 (2014: 102%). PFZW heeft op 1 juli 2015 het nieuwe herstelplan ingediend bij De Nederlandsche Bank (DNB). In het herstelplan staan de maatregelen die genomen worden om te zorgen dat de dekkingsgraad weer op het vereiste niveau komt. PFZW heeft 12 jaar de tijd om weer op de dekkingsgraad van 127% te komen. In het herstelplan is als maatregel opgenomen dat de pensioenen niet verhogen bij een dekkingsgraad onder de 110%, de pensioenen verhogen met slechts een deel van de loonstijging (indexeren) bij een dekkingsgraad hoger dan 110% en dat een opslag voor herstel in de premie van 2% al is opgenomen in de huidige premie. Als de aannames onder het herstelplan niet uitkomen en het echt niet anders kan, is PFZW genoodzaakt de pensioenen te verlagen en zal tijdelijk een extra premie van 2,5% worden gevraagd.

In de opstelling van deze jaarrekening is een enkele wijziging doorgevoerd ten opzichte van 2014. Zo zijn de voorschotten aan personeel verantwoord onder de kortlopende vorderingen.

## 6.4 Toelichting op de balans

### Vaste activa

	2015	2014
<b>Immateriële vaste activa (kosten van ontwikkeling)</b>	<b>(1) 1.091.820</b>	<b>691.974</b>
De post immateriële vaste activa betreft software (o.a. het registratiesysteem RANK en het ERP AFAS). BW 2 titel 9 artikel 365 schrijft een uitsplitsing voor binnen de immateriële vaste activa. Voor IKNL geldt dat uitsluitend de bovengenoemde categorie van toepassing is.		
<b>Materiële vaste activa</b>		
Verbouwingen	229.281	357.853
Computer apparatuur	42.875	263.967
Inventaris en inrichting	41.041	254.096
Auto's	8.734	17.067
Overige apparatuur	162.948	171.332
<b>Totaal</b>	<b>(2) 484.879</b>	<b>1.064.315</b>
	<b>1.576.699</b>	<b>1.756.290</b>

Het verloop van de immateriële en materiële vaste activa is in 2015 als volgt:

<b>Staat van Activa</b>	<b>Software</b>	<b>Verbouw-</b>	<b>Computer</b>	<b>Inventaris</b>	<b>Auto's</b>	<b>Overige</b>	<b>Totaal</b>
<i>afschrijvingspercentage</i>	<i>20%</i>	<i>wingen</i>	<i>apparatuur</i>	<i>&amp; inrichting</i>	<i>20%</i>	<i>apparatuur</i>	<i>vaste</i>
		<i>10%</i>	<i>20%</i>	<i>20%</i>	<i>20%</i>	<i>20%</i>	<i>activa</i>
<b>stand per 1-1-2015</b>							
- aanschafwaarde	1.202.507	1.916.300	2.696.879	1.881.413	75.231	499.543	8.271.873
- afschrijvingen t/m 2014	510.533-	1.558.446-	2.432.913-	1.627.317-	58.164-	328.212-	6.515.584-
<b>boekwaarde 1-1-2015</b>	691.974	357.853	263.967	254.096	17.067	171.332	1.756.290
<b>mutaties in 2015</b>							
- investeringen	911.759	21.493	0	0	0	0	933.252
- desinvesteringen							
- aanschafwaarde	-240.741	-117.914	-152.487	-236.917	-22.193	-17.868	-788.119
- cum. afschrijving	77.999	66.914	95.938	139.585	16.393	12.006	408.836
- afschrijvingen 2015	-349.171	-99.066	-164.543	-115.723	-2.534	-2.522	-733.559
<b>totaal mutaties</b>	399.846	-128.573	-221.092	-213.055	-8.333	-8.384	-179.590
<b>stand per 31-12-2015</b>							
- aanschafwaarde	1.873.524	1.819.879	2.544.392	1.644.496	53.038	481.675	8.417.005
- afschrijvingen t/m 2015	-781.704	-1.590.598	-2.501.518	-1.603.455	-44.304	-318.727	-6.840.306
<b>boekwaarde 31-12-2015</b>	1.091.820	229.281	42.875	41.041	8.734	162.948	1.576.699

De investering in software van ruim € 900.000 betreft voornamelijk het registratiesysteem RANK.

Daarnaast is voor bijna € 248.000 aan vaste activa gedesinvesteerd. Per 1 januari 2014 heeft de raad van bestuur het standpunt ingenomen dat alleen aankopen met een aanschafwaarde groter dan € 10.000 voor activering in aanmerking komen en dat klein computer materiaal (desktop, laptops e.d.) direct ten laste van het resultaat wordt gebracht omdat hierop het ideaal complex van toepassing is. Activa welke niet aan deze criteria voldeden zijn in 2015 gedesinvesteerd.

Aanvullend is voor € 132.000 gedesinvesteerd op het project OncolinQ. Dit project is vanuit eigen middelen gefinancierd.

De ontwikkelde software voldeed niet aan de gestelde eisen en is daarom gedesinvesteerd.

BW 2 titel 9 artikel 366 schrijft een uitsplitsing voor binnen de materiële vaste activa. Voor IKNL correspondeert categorie 'verbouwingen' met lid a van artikel 366, voor de overige categorieën geldt lid c.

### Financiële vaste activa (overige vorderingen)

Geldlening (AMC)	0	78.000
Waarborgsommen	12.942	46.520
<b>Totaal</b>	<b>(3) 12.942</b>	<b>124.520</b>

De waarborgsommen hebben betrekking op diverse zaken, onder andere voor PostNL. BW 2 titel 9, artikel 367 schrijft een uitsplitsing voor binnen de financiële vaste activa. Voor IKNL geldt dat uitsluitend de bovengenoemde categorie van toepassing is. Het verloop van de geldlening is € 78.000 positief, de geldlening is afgelost. Het verloop op de waarborgsommen is eveneens positief, deze is € 33.578 lager uitgekomen.

## Vlottende activa

	2015	2014
<b>Vorraden (publicaties, betreft drukkosten)</b>	<b>(4) <u>0</u></b>	<b><u>46.366</u></b>

De voorraadwaardering tegen drukkosten suggereerde een nauwkeurigheid die niet verdedigbaar is. Omdat het niet mogelijk is om de daadwerkelijke kostprijs op betrouwbare wijze te schatten, is besloten de voorraad op nihil te waarderen.

## Vorderingen en overlopende activa

<b>Debiteuren</b>	<b>(5) <u>979.349</u></b>	<b><u>1.231.511</u></b>
-------------------	---------------------------	-------------------------

De afname van de post debiteuren wordt veroorzaakt doordat de lijn uit 2014 om zo veel mogelijk per kwartaal te factureren, is voortgezet. IKNL kent per ultimo 2015 geen dubieuze debiteuren. Zodoende is hier geen voorziening voor getroffen.

## Overige vorderingen

Nog te factureren	1.218.800	1.186.733
Overige kortlopende vorderingen	<u>78.781</u>	<u>99.288</u>
<b>Totaal</b>	<b>(6) <u>1.297.581</u></b>	<b><u>1.286.021</u></b>

Het bedrag van circa € 1,2 miljoen betreft de nog te factureren omzet over het 4e kwartaal en de zaken die uit hoofde van de contractuele overeenkomst op jaarbasis worden gefactureerd.

## Overlopende activa

Vooruitbetaalde bedragen / te ontvangen creditnota's	593.128	548.655
Nog te ontvangen bedragen	195.709	259.314
Pensioenen	<u>3.932</u>	<u>0</u>
<b>Totaal</b>	<b>(7) <u>792.769</u></b>	<b><u>807.970</u></b>

De vooruitbetaalde bedragen betreffen met name de huurkosten van de kantoorpanden over het eerste kwartaal.

## Liquide middelen

Rabobank	5.772.456	15.732.981
ABN-AMRO bank	12.225.198	2.477.204
Kas	<u>0</u>	<u>194</u>
<b>Totaal</b>	<b>(8) <u>17.997.653</u></b>	<b><u>18.210.379</u></b>

De liquide middelen staan tot vrije beschikking van IKNL, afgezien van € 363.059 betreffende bankgaranties.

## Passiva

Eigen vermogen	1-1-2015	Mutatie 2015	31-12-2015
<b>Collectief gefinancierd:</b>			
Egalisatiereserve VWS (9)	607.771	-77.048	530.724
<b>Niet collectief gefinancierd:</b>			
Algemene reserve (10)	8.818.052	-1.007.235	7.810.817
<b>Totaal</b>	<b>9.425.824</b>	<b>-1.084.283</b>	<b>8.341.541</b>

De vorming van een egalisatiereserve is een verplichting uit hoofde van de Kaderregeling VWS subsidies op basis waarvan wij onze instellingssubsidie ontvangen en mag maximaal 10% van de verleende subsidie bedragen. Per ultimo 2015 is de egalisatiereserve 1,5% (ultimo 2014: 1,8%).

Het rekeningresultaat 2015 van € 1,08 miljoen negatief wordt gedekt door een onttrekking van € 1 miljoen uit de algemene reserve ten behoeve van met name de financiering van OncolinQ/Oncoguide en een onttrekking van circa € 0,08 miljoen uit de egalisatiereserve VWS.

Voorzieningen	1-1-2015	Onttrekking	Toevoeging/ Vrijval	31-12-2015
Voorziening PLB-recht regulier	1.521.200	-5.575	398.295	1.913.920
Voorziening PLB-recht op 200 uur	77.384		-16.419	60.965
Voorziening jubileumverplichtingen	381.457		71.266	452.723
Voorziening reorganisatie	271.097	-271.097		0
<b>Totaal (11)</b>	<b>2.251.139</b>	<b>-276.672</b>	<b>453.142</b>	<b>2.427.609</b>

### Stelselwijziging en presentatie-afwijking ten opzichte van de Richtlijnen voor de Jaarverslaglegging:

De stelselwijziging is tweeledig en kent een tegengesteld effect. In de eerste plaats is het PLB-recht regulier opgenomen als voorziening ter dekking van de rechten uit hoofde van de cao-verplichting. Aangezien het een in rechte afdwingbare verplichting betreft, waarvan het moment van afwikkeling onzeker, doch redelijk goed te schatten is, is deze verplichting als een voorziening opgenomen. De voorziening is gewaardeerd tegen contante waarde. Gezien de onzekerheid van het moment van afwikkeling en het meerjarige karakter van de post 'PLB-recht regulier', is per 1 januari 2015 een stelselwijziging doorgevoerd.

In de tweede plaats bevat de voorziening vanaf 2015 naast de contant gemaakte brutolonen ook de daarmee verbonden sociale lasten. De in rechte afdwingbare verplichting betreft immers beide componenten.

Richtlijn 140.208 van de Richtlijnen voor de Jaarverslaggeving schrijft voor dat het effect van de stelselwijziging retrospectief moet worden verwerkt. Echter, omdat de Kaderregeling VWS-subsidies dit niet toelaat, is het effect van de stelselwijziging volledig in de staat van baten en lasten 2015 verwerkt. Indien de stelselwijziging conform Richtlijn 140.208 zou zijn verwerkt, zou de waarde van de voorziening per 1 januari 2015 € 1.663.770 zijn geweest in plaats van de nu getoonde nominale waarde van € 1.521.200 (in casu de optelling van € 134.430 positief; door contant maken schuldpositie en € 277.000 negatief; door sociale premies op te nemen in schuldpositie).

De voorziening regeling PLB-recht 200 uur is opgenomen ter dekking van de uitgaven uit hoofde van de cao-verplichting. Een beperkte groep medewerkers heeft recht op 200 extra PLB uren zodra zij de leeftijd van 55 jaar bereiken. Aangezien het niet zeker is dat de medewerkers bij het bereiken van de 55-jarige leeftijd nog in dienst zijn, is er geen sprake van een harde verplichting.

De voorziening voor jubileumuitkeringen is opgenomen ter dekking van de uitgaven uit hoofde van de cao-verplichting. De hoogte van de voorziening is gebaseerd op onder andere blijfkans en leeftijd. De voorziening is gewaardeerd tegen contante waarde.

De voorziening reorganisatie was gevormd ter dekking van uitgaven betreffende de afmoeiing van personeel naar aanleiding van de fusie in 2011. Deze voorziening loopt tot het tweede kwartaal van 2016 en is zodoende per ultimo 2015 geherrubriceerd naar de kortlopende schulden.

## Kortlopende schulden en overlopende passiva

	2015	2014
	<u>                    </u>	<u>                    </u>
<b>Crediteuren</b>	<b>(12) 1.295.135</b>	<b>1.717.977</b>

Het saldo van de post crediteuren ultimo 2015 is afgenomen ten opzichte van 2014 doordat meer is ingezet op tijdige betaling.

### Schulden betreffende belastingen, sociale lasten en pensioenen

Af te dragen loonheffing	1.383.551	1.302.796
Af te dragen omzetbelasting	1.067.184	569.047
Af te dragen pensioenen	0	273.603
<b>Totaal</b>	<b>(13) 2.450.735</b>	<b>2.145.446</b>

IKNL heeft medio 2015 van de belastingdienst een beschikking ontvangen betreffende een vrijstelling op de omzetbelasting voor een aantal activiteiten. Hieropvolgend is IKNL in gesprek met de Belastingdienst over de toepassing met terugwerkende kracht. In afwachting hiervan is de oude werkwijze voorzichtigheidshalve gecontinueerd.

### Overige schulden

Voorschotrekening KWF datamanagement	2.155.761	2.882.946
Netto salarissen en levensloop	53.949	392
Overige kortlopende schulden	453.712	18.361
<b>Totaal</b>	<b>(14) 2.663.423</b>	<b>2.901.699</b>

IKNL beheert voorschotten van de door KWF Kankerbestrijding toegekende subsidies voor trialstudies. Op basis van een opgave van het aantal inclusies vindt betaling plaats aan derden, zoals het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis en het Erasmus MC. De afname van de voorschotrekening hangt samen met de afwikkeling van een dertigtal studies. Zie hiervoor ook de toelichting bij de staat van baten en lasten (17). De toename van de overige kortlopende schulden betreffen vooruit ontvangen gelden voor aanvullende registratiesets.

### Overlopende passiva

Vooruitontvangen trialgelden	1.868.160	1.683.273
Nog te ontvangen facturen	1.515.776	1.414.814
Reservering vakantiegeld (inclusief sociale lasten)	903.629	850.834
Vooruitontvangen opbrengsten	857.485	866.218
Vakantie-uren	333.501	205.832
<b>Totaal</b>	<b>(15) 5.478.551</b>	<b>5.020.971</b>

Ten aanzien van de trialgelden is met ingang van boekjaar 2011 een systematiek toegepast voor verdeling van de vooruitontvangen trialgelden. De ontvangsten worden vanwege de spreiding van werkzaamheden gelijk verdeeld over drie jaar. Voor studies met onvoldoende financiering is een additionele reservering opgenomen ter hoogte van het financieringstekort. Voor niet door KWF gesubsidieerde studies bleek na analyse bovenstaande systematiek niet langer van toepassing. De post 'Vooruitontvangen trialgelden' is voorzichtigheidshalve voor het betreffende deel gecontinueerd totdat de vooruit gefinancierde activiteiten en de bijhorende vrijval betrouwbaar ingeschat kunnen worden. Tot 2015 werd de reservering inzake vakantie-uren en PLB gezamenlijk als kortlopende schulden gepresenteerd. Met ingang van 1 januari 2015 wordt de reservering inzake PLB, als voorziening PLB-regulier verantwoord. Voor een nadere toelichting wordt verwezen naar de toelichting bij de voorzieningen (11).

De looptijd van alle kortlopende schulden is korter dan 1 jaar, behalve voor de categorieën 'Voorschotrekening KWF datamanagement', 'Vooruitontvangen trialgelden' en 'Vooruitontvangen opbrengsten'. Alle kortlopende schulden zijn voor de nominale waarde opgenomen.

## Niet in de balans opgenomen rechten en verplichtingen

### Gebeurtenissen na balansdatum

Conform de cao ziekenhuizen uit 2015 volgt per 1 januari 2016 een loonstijging van 1,5%.

In het voorjaar 2016 voert het ministerie van VWS een beleidsrevisie uit naar het beleidsartikel Curatieve Zorg waaronder de instellingssubsidie valt welke IKNL ontvangt voor de activiteiten in de oncologische zorg.

### Huurverplichtingen

Locatie	Huurbedrag	Looptijd	Bankgarantie	Opmerking
Leiden	322.989	30-6-2017	75.156	
Enschede	101.744	31-7-2017	21.528	
Maastricht *)	47.753	31-12-2017		*) nieuw contract 1-2-2015
Eindhoven	185.124	31-3-2018	43.693	
Groningen	347.945	31-7-2018	77.364	
Nijmegen	144.384	31-12-2018		
Amsterdam *)	70.710	31-12-2019	19.365	*) nieuw contract 1-1-2015
Rotterdam *)	101.029	29-2-2020	25.257	
Totaal	414.556	30-11-2023	100.696	incl. € 80.377 servicekosten

## 6.5 Toelichting op de staat van baten en lasten

### Baten

	Begroting 2015	Werkelijk 2015	Werkelijk 2014
<b>Instellingssubsidie VWS</b>	<b>(16) 34.412.000</b>	<b>34.333.966</b>	<b>34.218.661</b>

De instellingssubsidie VWS betreft de subsidie van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) voor oncologische en palliatieve zorg.

- KWF subsidie datamanagement	844.000	1.452.646	819.736
- Overige bijdragen datamanagement	796.000	694.326	695.098
- Subsidies projecten	1.415.956	1.017.286	1.087.657
- Inkomsten projecten	1.070.544	1.040.137	1.337.304
- Bijdragen bij- en nascholing	80.000	104.075	126.767
- Sponsorbijdragen	80.000	80.426	96.868
- Diverse opbrengsten	294.000	253.369	274.022
<b>Totaal overige opbrengsten</b>	<b>(17) 4.580.500</b>	<b>4.642.265</b>	<b>4.437.452</b>

In 2015 zijn diverse gesloten, echter nog niet afgewikkelde KWF studies tegen het licht gehouden en afgestemd met KWF. De financiële afwikkeling van een dertigtal van deze studies heeft een eenmalig voordeel opgeleverd van circa € 6 ton ter herinvestering in oncologische trialonderzoeken.

### Lasten

	Begroting 2015	Werkelijk 2015	Werkelijk 2014
<b>Personeelskosten</b>			
<b>Personeel in loondienst</b>			
Lonen en salarissen	20.605.719	19.600.070	18.400.520
Werkgeverslasten	4.936.281	3.088.783	2.945.758
Pensioenen	0	1.693.750	1.629.329
Overige	1.447.000	1.639.093	1.519.850
Externe doorbelasting	-155.500	-221.493	-184.712
	<b>26.833.499</b>	<b>25.800.203</b>	<b>24.310.746</b>
<b>Personeel niet in loondienst</b>			
Inhuur voor formatie	319.000	762.156	1.117.239
Honorarium	65.000	54.394	64.365
	<b>384.000</b>	<b>816.550</b>	<b>1.181.604</b>
<b>Totaal personeelskosten</b>	<b>(18) 27.217.500</b>	<b>26.616.753</b>	<b>25.492.349</b>

IKNL hanteert een 36-urige werkweek.

	2015	2014
Gemiddeld aantal personeelsleden (fte)	416,15	402,53
Formatieomvang per 31 december (fte)	419,27	416,60

De totale personeelskosten zijn ten opzichte van 2014 gestegen met circa 6%. Dit wordt deels veroorzaakt door een stijging van het gemiddeld aantal personeelsleden in fte (circa 3,5%) en deels door salarisstijgingen uit hoofde van de in 2015 nieuw overeengekomen cao Ziekenhuizen 2014 - 2016. Hierdoor stegen de salarissen met 1,5% per 1 januari 2015 structureel en heeft er daarnaast een eenmalige uitkering in juli 2015 plaatsgevonden. Daarentegen zijn zowel de sociale lasten als de pensioenlasten in relatie tot de brutoloonkosten licht gedaald. Dit door een lichte daling in de geldende premiepercentages en een lichte stijging van de franchises en door de maximering van het salaris voor de pensioenopbouw voor het ouderdomspensioen op € 100.000 per 1 januari 2015.

## Lasten (vervolg)

	Begroting 2015	Werkelijk 2015	Werkelijk 2014
<b>Consulenten</b>			
Consulenten oncologische zorg	3.001.000	2.852.537	3.223.293
Consulenten palliatieve zorg	1.900.000	1.728.793	1.868.274
(19)	<b>4.901.000</b>	<b>4.581.330</b>	<b>5.091.567</b>

Er zijn wijzigingen aangebracht in de gevraagde dienstverlening door consulenten palliatieve en oncologische zorg. Doordat de oude dienstverleningen reeds zijn afgebouwd, terwijl de nieuwe dienstverleningen nog niet voluit zijn gestart, zijn de kosten in 2015 lager ten opzichte van 2014.

<b>Huisvestingskosten</b>			
Huur gebouwen	1.827.000	1.808.782	1.777.043
Facilitaire diensten	208.000	183.883	200.923
Belastingen en heffingen	40.000	23.998	37.867
Electra, gas en water	112.000	42.129	54.303
Klein onderhoud gebouwen	40.000	57.452	38.748
Externe doorbelasting	0	-37.657	-20.779
(20)	<b>2.227.000</b>	<b>2.078.587</b>	<b>2.088.105</b>

<b>Afschrijvingen</b>			
Verbouwing	145.000	150.066	141.083
Inventaris en inrichting	105.000	213.055	153.776
Computer apparatuur	150.000	221.092	239.353
Auto's en overig	6.000	16.717	8.206
Software	539.500	511.913	300.121
(21)	<b>945.500</b>	<b>1.112.842</b>	<b>842.540</b>

<b>Voorzieningen</b>			
Mutaties	(22) 0	453.142	-771.927

Voor een nadere toelichting wordt verwezen naar de toelichting bij de post voorzieningen (11) in de toelichting op de balans.

<b>Overige bedrijfslasten</b>			
Diensten derden	3.007.785	3.149.614	4.205.884
Onderhoudskosten	381.500	520.080	622.424
Vergaderkosten	398.600	220.510	265.889
Kantoorkosten	159.700	329.609	192.023
Autokosten	16.000	30.792	63.519
Verzekeringen	25.000	24.844	28.480
Klein inventaris en inrichting	140.000	91.579	145.127
Communicatie	210.000	296.491	409.563
Overige algemene kosten	653.915	630.238	577.971
Externe doorbelasting	-	-	-685
(23)	<b>4.992.500</b>	<b>5.293.758</b>	<b>6.510.195</b>

In 2015 zijn de overige bedrijfslasten circa € 1,2 miljoen lager dan in 2014. Dit komt vooral door lagere kosten voor diensten derden (€ 1,1 miljoen). De afname van de kosten voor diensten derden komt voornamelijk doordat diverse ICT projecten door onszelf worden ontwikkeld en de overgang naar een nieuw ERP pakket. Ook is de inkoopportefeuille doorgelicht hetgeen een kostenbesparing op meerdere kostensoorten heeft opgeleverd. De betrokken accountantskosten (incl. fiscale advisering) betreffen circa € 42.000.

<b>Financiële baten en lasten</b>			
Ontvangen interest	100.000	75.900	70.516
Betaalde interest	0	0	2.968
(24)	<b>100.000</b>	<b>75.900</b>	<b>67.548</b>

## 6.6 WNT-verantwoording

Per 1 januari 2013 is de Wet normering bezoldiging topfunctionarissen publieke en semipublieke sector (WNT) ingegaan. Onderstaande verantwoording is opgesteld op basis van de volgende op IKNL van toepassing zijnde regelgeving: het algemene WNT-maximum.

Gelet op de maatschappelijke rol en het karakter van IKNL enerzijds en het doel van de WNT en de daarop gebaseerde regeling anderzijds, besloot IKNL tot vrijwillige naleving van de 'Regeling bezoldigingsmaxima topfunctionarissen zorg en welzijnssector'. Daarom is tussen haakjes ook het WNT-maximum voor de zorg, totaalscore 8 en klasse G vermeld en zijn overschrijdingen hierop toegelicht.

Het bezoldigingsmaximum in 2015 voor IKNL is € 178.000 (maximum voor de zorg: € 188.660). Het weergegeven individuele WNT-maximum is berekend naar rato van de omvang (en voor topfunctionarissen tevens de duur) van het dienstverband, waarbij voor de berekening de omvang van het dienstverband nooit groter kan zijn dan 1,0 fte. Het individuele WNT-maximum voor de leden van de Raad van Toezicht bedraagt voor de voorzitter 15% en voor de overige leden 10% van het bezoldigingsmaximum, berekend naar rato van de duur van het dienstverband.

### Bezoldiging topfunctionarissen

*Leidinggevende topfunctionarissen*

<i>bedragen x € 1</i>	<b>P.C. Huijgens</b>	<b>R.W.L. Spanjers</b>
<b>Functie(s) 2015</b>	Bestuurder	Bestuurder
Duur dienstverband in 2015	1/1 - 31/12	1/1 - 31/12
Omvang dienstverband (in fte)	0,6	0,8
Gewezen topfunctionaris?	nee	nee
(Fictieve) dienstbetrekking?	ja	ja
<b>Individueel WNT-maximum 2015</b>	<b>106.800 (113.196)</b>	<b>142.400 (150.928)</b>
<b>Bezoldiging 2015</b>		
Beloning	113.190	142.346
Belastbare onkostenvergoedingen	-	-
Beloningen betaalbaar op termijn	-	8.574
<i>Subtotaal</i>	<i>113.190</i>	<i>150.920</i>
<i>-/- Onverschuldigd betaald bedrag</i>	<i>-</i>	<i>-</i>
<b>Totaal bezoldiging</b>	<b>113.190</b>	<b>150.920</b>

Motivering indien overschrijding: zie

1)

1)

<i>bedragen x € 1</i>	<b>P.C. Huijgens</b>	<b>R.W.L. Spanjers</b>
<b>Gegevens 2014</b>	Bestuurder	Bestuurder
Duur dienstverband in 2014	3/5 - 31/12	1/5 - 31/12
Omvang dienstverband (in fte)	0,6	0,8
<b>Bezoldiging 2014</b>		
Beloning	70.102	84.747
Belastbare onkostenvergoedingen	-	-
Beloningen betaalbaar op termijn	-	10.439
<b>Totaal bezoldiging</b>	<b>70.102</b>	<b>95.186</b>
Individueel WNT-maximum 2014	92.064 (75.360)	123.762 (101.307)

1) Het betreft bezoldigingsafspraken die zijn gemaakt voorafgaand aan de inwerkingtreding van de WNT-2 (1 januari 2015). Deze voldoen aan het het vrijwillig gevolgde WNT-maximum voor de zorg, maar overschrijden het algemene WNT-maximum 2015. Hierop is het overgangsrecht van toepassing.

#### *Onkostenvergoedingen bestuurders*

In december 2015 hebben de besturen van de brancheorganisaties in de zorg besloten om de Zorgbrede Governancecode te herijken. Vooruitlopend op de nieuwe code en de daarin aangekondigde regeling inzake declaraties, wordt conform aanbeveling het beleid en de op grond daarvan door de bestuurders in het verslagjaar ontvangen onkostenvergoedingen verantwoord.

Het beleid stelt dat bij de zakelijke uitoefening van de functie gemaakte onkosten worden vergoed tegen overlegging van bewijsstukken.



Gedeclareerde onkosten bestuurders 2015:

Binnenlandse reiskosten openbaar vervoer

6.420

Opleidings- en congreskosten

450

**Totaal**

**6.870**

Toezichthoudende topfunctionarissen

<i>bedragen x € 1</i>	E.A.R.J. Lohman	B. Löwenberg	L.J.M. Klaasse-van Remortel	J.G.M. Hendriks
<b>Functie(s)</b>	Voorzitter	Vicevoorzitter	Lid	Lid
Duur dienstverband 2015	1/1 - 31/12	1/1 - 31/12	1/1 - 31/5	1/1 - 31/12
<b>Individueel WNT-maximum</b>	<b>26.700 (28.299)</b>	<b>17.800 (18.866)</b>	<b>7.363 (7.804)</b>	<b>17.800 (18.866)</b>
<b>Bezoldiging 2015</b>				
Beloning	10.000	7.000	2.916	7.000
Belastbare onkostenvergoedingen	-	-	-	-
Beloningen betaalbaar op termijn	-	-	-	-
<i>Subtotaal</i>	<i>10.000</i>	<i>7.000</i>	<i>2.916</i>	<i>7.000</i>
<i>-/- Onverschuldigd betaald bedrag</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>
<b>Totaal bezoldiging</b>	<b>10.000</b>	<b>7.000</b>	<b>2.916</b>	<b>7.000</b>
<i>bedragen x € 1</i>	W.J.L. Buijs-Glaudemans	V.C.G. Tjan-Heijnen	J.W. Brenninkmeijer	E.G.E. de Vries
<b>Functie(s)</b>	Lid	Lid	Lid	Lid
Duur dienstverband 2015	1/1 - 31/12	1/1 - 31/5	1/1 - 31/12	1/6 - 31/12
<b>Individueel WNT-maximum 2015</b>	<b>17.800 (18.866)</b>	<b>7.363 (7.804)</b>	<b>17.800 (18.866)</b>	<b>10.436 (11.061)</b>
<b>Bezoldiging 2015</b>				
Beloning	7.000	2.916	7.000	-
Belastbare onkostenvergoedingen	-	-	-	-
Beloningen betaalbaar op termijn	-	-	-	-
<i>Totaal bezoldiging</i>	<i>7.000</i>	<i>0</i>	<i>2.916</i>	<i>7.000</i>
<i>-/- Onverschuldigd betaald bedrag</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>
<b>Totaal bezoldiging</b>	<b>7.000</b>	<b>2.916</b>	<b>0</b>	<b>7.000</b>
<i>bedragen x € 1</i>	E.A.R.J. Lohman	B. Löwenberg	L.J.M. Klaasse-van Remortel	J.G.M. Hendriks
Duur dienstverband in 2014	1/1 - 31/12	1/1 - 31/12	1/1 - 31/12	1/1 - 31/12
<b>Bezoldiging 2014</b>				
Beloning	10.000	7.000	7.000	7.000
Belastbare onkostenvergoedingen	-	-	51	-
Beloningen betaalbaar op termijn	-	-	-	-
<b>Totaal bezoldiging</b>	<b>10.000</b>	<b>7.000</b>	<b>7.051</b>	<b>7.000</b>
Individueel WNT-maximum 2014	17.286 (14.150)	11.524 (9.433)	11.524 (9.433)	11.524 (9.433)
<i>bedragen x € 1</i>	W.J.L. Buijs-Glaudemans	V.C.G. Tjan-Heijnen	J.W. Brenninkmeijer	E.G.E. de Vries
Duur dienstverband in 2014	1/1 - 31/12	1/1 - 31/12	1/1 - 31/12	-
<b>Bezoldiging 2014</b>				
Beloning	7.000	7.000	7.000	-
Belastbare onkostenvergoedingen	-	-	-	-
Beloningen betaalbaar op termijn	-	-	-	-
<b>Totaal bezoldiging</b>	<b>7.000</b>	<b>7.000</b>	<b>7.000</b>	-
Individueel WNT-maximum 2014	11.524 (9.433)	11.524 (9.433)	11.524 (9.433)	-

**Overige rapportageverplichtingen op grond van de WNT:**

Naast de hierboven vermelde topfunctionarissen zijn er geen andere functionarissen die in 2015 een bezoldiging boven het individuele WNT-maximum hebben ontvangen, noch boven het vrijwillig gevolgde maximum voor de zorg. Er zijn in 2015 geen ontslaguitkeringen betaald aan functionarissen die op grond van de WNT dienen te worden vermeld, of die in eerdere jaren op grond van de WOPT of de WNT vermeld zijn of hadden moeten worden.

## 6.7 CONTROLEVERKLARING VAN DE ONAFHANKELIJKE ACCOUNTANT

Het bestuur van: IKNL (Integraal Kankercentrum Nederland)

### Verklaring betreffende de jaarrekening

Wij hebben de in dit rapport opgenomen jaarrekening 2015 van Stichting Integraal Kankercentrum Nederland te Utrecht gecontroleerd. Deze jaarrekening bestaat uit de balans per 31 december 2015 (met een balanstotaal van € 22.656.993) en de staat van baten en lasten over 2015 (met een tekort van € 1.084.283) met de toelichting, waarin zijn opgenomen een overzicht van de gehanteerde grondslagen voor financiële verslaggeving en andere toelichtingen.

### Verantwoordelijkheid van het bestuur

Het bestuur van de stichting is verantwoordelijk voor het opmaken van de jaarrekening die het vermogen en het resultaat getrouw dient weer te geven, alsmede voor het opstellen van het jaarverslag, beide in overeenstemming met Titel 9 Boek 2 van het in Nederland geldende Burgerlijk Wetboek (BW), de Wet normering bezoldiging topfunctionarissen publieke en semi-publieke sector (WNT) en de in Nederland geldende RJ-Richtlijn 640 Organisaties zonder winststreven. Het bestuur is voorts verantwoordelijk voor een zodanige interne beheersing als het noodzakelijk acht om het opmaken van de jaarrekening mogelijk te maken zonder afwijkingen van materieel belang als gevolg van fraude of fouten.

### Verantwoordelijkheid van de accountant

Onze verantwoordelijkheid is het geven van een oordeel over de jaarrekening op basis van onze controle. Wij hebben onze controle verricht in overeenstemming met Nederlands recht, waaronder de Nederlandse controlestandaarden en het Controleprotocol WNT. Dit vereist dat wij voldoen aan de voor ons geldende ethische voorschriften en dat wij onze controle zodanig plannen en uitvoeren dat een redelijke mate van zekerheid wordt verkregen dat de jaarrekening geen afwijkingen van materieel belang bevat.

Een controle omvat het uitvoeren van werkzaamheden ter verkrijging van controle-informatie over de bedragen en de toelichtingen in de jaarrekening. De geselecteerde werkzaamheden zijn afhankelijk van de door de accountant toegepaste oordeelsvorming, met inbegrip van het inschatten van de risico's dat de jaarrekening een afwijking van materieel belang bevat als gevolg van fraude of fouten.

Bij het maken van deze risico-inschattingen neemt de accountant de interne beheersing in aanmerking die relevant is voor het opmaken van de jaarrekening en voor het getrouwe beeld daarvan, gericht op het opzetten van controlewerkzaamheden die passend zijn in de omstandigheden. Deze risico-inschattingen hebben echter niet tot doel een oordeel tot uitdrukking te brengen over de effectiviteit van de interne beheersing van de stichting. Een controle omvat tevens het evalueren van de geschiktheid van de gebruikte grondslagen voor financiële verslaggeving en van de redelijkheid van de door het bestuur van de stichting gemaakte schattingen, alsmede een evaluatie van het algehele beeld van de jaarrekening.

Wij zijn van mening dat de door ons verkregen controle-informatie voldoende en geschikt is om een onderbouwing voor ons oordeel te bieden.

### **Oordeel betreffende de jaarrekening**

Naar ons oordeel geeft de jaarrekening een getrouw beeld van de grootte en samenstelling van het vermogen van Stichting Integraal Kankercentrum Nederland per 31 december 2015 en van het resultaat over 2015 in overeenstemming met Titel 9 Boek 2 BW, de bepalingen van en krachtens de WNT en de in Nederland geldende RJ-Richtlijn 640 Organisaties zonder winststreven.

### **Geen controlewerkzaamheden verricht ten aanzien van de klassenindeling bezoldigingsmaximum**

In overeenstemming met het Controleprotocol WNT en de brief van VWS d.d. 20 februari 2015 hebben wij het vrijwillig gehanteerde bezoldigingsmaximum WNT zoals bepaald en verantwoord door de instelling als uitgangspunt gehanteerd voor onze controle en hebben wij geen werkzaamheden verricht op de totstandkoming van dit bezoldigingsmaximum.

### **Verklaring betreffende overige bij of krachtens de wet gestelde eisen**

Ingevolge artikel 2:393 lid 5 onder e en f BW vermelden wij dat ons geen tekortkomingen zijn gebleken naar aanleiding van het onderzoek of het jaarverslag, voor zover wij dat kunnen beoordelen, overeenkomstig Titel 9 Boek 2 BW is opgesteld, en of de in artikel 2:392 lid 1 onder b tot en met h BW vereiste gegevens zijn toegevoegd. Tevens vermelden wij dat het jaarverslag, voor zover wij dat kunnen beoordelen, verenigbaar is met de jaarrekening zoals vereist in artikel 2:391 lid 4 BW.

Alphen aan den Rijn, 13 mei 2016

Lansigt accountants en belastingadviseurs B.V.

Was getekend P. Alblas RA

Paraaf voor waarmerkingsdoeleinden:

## 6.8 Overige gegevens

### Naam en vestigingsplaats

Stichting Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) is statutair gevestigd te Utrecht en ingeschreven in het handelsregister onder nummer 30284694.

### Vaststelling en goedkeuring jaarrekening

De raad van bestuur van de Stichting Integraal Kankercentrum Nederland heeft deze jaarrekening vastgesteld in haar vergadering d.d. 18 mei 2016, te Utrecht.

### Resultaatbestemming

Het resultaat wordt verdeeld volgens de resultaatverdeling onderaan de resultatenrekening.

### Ondertekening door de raad van bestuur

Was getekend prof. dr. P.C. Huijgens  
voorzitter raad van bestuur

Was getekend dr. R.W.L. Spanjers  
vice-voorzitter raad van bestuur

### Ondertekening door de raad van toezicht

Was getekend drs. E.A.R.J. Lohman  
voorzitter raad van toezicht

Was getekend mw. drs. W.J.L. Buijs-Glaudemans  
vice-voorzitter raad van toezicht

Was getekend prof. dr. B. Löwenberg  
lid raad van toezicht

Was getekend drs. J.G.M. Hendriks  
lid raad van toezicht

Was getekend drs. J.W. Brenninkmeijer  
lid raad van toezicht

Was getekend mw. prof. dr. E.G.E. de Vries  
lid raad van toezicht

## 7 Bijlagen

## B1 Overzicht (tumor)werkgroepen, consortia, tumorteams en regioteams

### *Monodisciplinaire werkgroepen*

- medisch oncologen
- chirurgen
- radiotherapeuten
- pathologen
- verpleegkundigen
- psychosociale hulpverleners
- nucleair geneeskundigen (Amsterdam)

### *Landelijke werkgroepen en netwerken*

Er zijn ruim twintig landelijke werkgroepen met taken zoals:

- opstellen van landelijke richtlijnen voor diagnostiek, behandeling, nazorg en palliatieve zorg
- opstellen van een landelijk kader voor de organisatie van zorg
- opstellen van een implementatietraject voor richtlijnen
- opstellen van criteria voor evaluatie van de richtlijnen
- stimuleren van wetenschappelijk onderzoek
- landelijke advisering voor beleidsvraagstukken
- bijdragen aan bij- en nascholing

De landelijke werkgroepen zijn:

- 1 Expertpanel Oncoline/Pallialine
- 2 Implementatieproject Oncologische revalidatie
- 3 Werkgroep Diëtisten Oncologie (LWDO)
- 4 Werkgroep Fysiotherapie
- 5 Werkgroep Groeifactoren
- 6 Werkoverleg Verpleegkundig Consulenten en Adviseurs
- 7 Zorgstandaard Kanker

### *Tumorwerkgroepen*

- 8 Werkgroep Gastro-Intestinale tumoren
- 9 Landelijk Platform Radiotherapie bij Mammacarcinoom (LPRM)
- 10 Landelijke Werkgroep Neuro-Oncologie (LWNO)
- 11 Werkgroep Neuro-Oncologie-investigators
- 12 Kerngroep richtlijnen urologische tumoren (met verlengd mandaat, i.o.)
- 13 Nationaal Borstkanker Overleg Nederland (NABON)
- 14 Nederlandse Commissie voor Beentumoren
- 15 Nederlandse Stamceltransplantatie Registratie 'TYPHON'
- 16 Nederlandse Werkgroep Weke-Delen Tumoren
- 17 Oog en Orbita Tumoren Commissie (OOC)
- 18 Stichting Hemato-Oncologie voor Volwassenen Nederland (HOVON)
- 19 Stichting Opsporing Erfelijke Tumoren (STOET)
- 20 Stuurgroep Digitale Informatievoorziening Kanker (DIK)
- 21 Tumorfocustgroep Melanoom
- 22 Werkgroep Oncologische Gynaecologie (WOG)

De consortia, expertise centra en netwerken palliatieve zorg:

Naam consortium	EPZ/UMC	NPZ	overige partijen
Ligare CPZ Noordoost	UMCG	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Groningen Centraal,</li> <li>2. Noord Groningen,</li> <li>3. Zuidoost Groningen,</li> <li>4. Oost Groningen</li> <li>5. Noordwest Friesland,</li> <li>6. Noordoost Friesland,</li> <li>7. Zuid Friesland,</li> <li>8. Zuidoost Friesland,</li> <li>9. Zuidwest Friesland,</li> <li>10. Meppel-Steenwijkerland,</li> <li>11. Hoogeveen,</li> <li>12. Noord-Midden Drenthe (Assen),</li> <li>13. Zuid-oost Drenthe (Emmen),</li> <li>14. IJssel-Vecht</li> <li>15. Noordoost Overijssel (Hardenberg),</li> <li>16. Enschede, Haaksbergen &amp; Noordoost Twente,</li> <li>17. Midden Twente,</li> <li>18. Noordwest Twente,</li> <li>19. Galland</li> </ol>	IKNL Hogescholen + Universiteiten Zorgbelang Kaderhuisartsen
PaIZO CPZ Zuid - Oost Nederland	Radboudumc	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Oost-Veluwe</li> <li>2. Gelderse Vallei</li> <li>3. Arnhem</li> <li>4. De Liemers</li> <li>5. Zutphen</li> <li>6. Oost Achterhoek</li> <li>7. West-Achterhoek</li> <li>8. Zuid Gelderland</li> <li>9. Noordelijke Maasvallei</li> <li>10. 's-Hertogenbosch – Bommelerwaard</li> <li>11. Oss-Uden-Veghel</li> </ol>	IKNL Onderwijsinstellingen Patiënten vertegenwoordiging
Septiet	UMCU	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Utrecht Stad</li> <li>2. Utrecht Zuid- Oost</li> <li>3. Noord West Veluwe</li> <li>4. Noord West Utrecht</li> <li>5. Utrecht Zuid</li> <li>6. Eemland</li> <li>7. Rivierengebied</li> </ol>	IKNL Palliatieteam Midden Nederland Huisartsgeneeskunde UMCU Hoge School Utrecht UvH van Praag Instituut / Louis Bolk ROC MN kaderopgeleide huisartsen MN Patiënten vertegenwoordiging
Noord Holland/ Flevoland	AMC, VUmc	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kop van Noord Holland</li> <li>2. Zaanstreek en Waterland</li> <li>3. Amstelland en Meerlanden &amp; Midden en Zuid-K</li> <li>4. Noord Kennemerland</li> <li>5. Gooi en Vechtstreek</li> <li>6. Amsterdam/Diemen</li> <li>7. West- Friesland</li> <li>8. Almere</li> <li>9. Noord- en Oost-Flevoland</li> </ol>	IKNL Hogeschool van Amsterdam Hogeschool INHolland Patiënten/naastenpanel
Propalla Holland	LUMC	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Haaglanden,</li> <li>3. Midden Holland</li> <li>4. Zuid-Holland Noord</li> </ol>	IKNL Zorgbelang Zuid-Holland
CPZ Zuidwest Nederland	Erasmus MC	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rotterdam &amp; omstreken</li> <li>2. Nieuwe Waterweg Noord</li> <li>3. Zuid-Hollandse Eilanden (formeel 3 NPZ)</li> <li>4. Zeeland (formeel 2 NPZ)</li> <li>5. Waardenland</li> <li>6. Roosendaal – Bergen op Zoom – Tholen</li> <li>7. Stadsgewest Breda</li> <li>8. Midden-Brabant</li> </ol>	IKNL Huisartsgeneeskunde Erasmus MC de Zorgacademie Erasmus MC Hogescholen van Breda en Rotterdam Patiëntenraad
CPZ Limburg en Zuidoost Brabant	MUMC+	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Heuveland</li> <li>2. Oostelijk Zuid – Limburg</li> <li>3. Westelijke Mijnstreek</li> <li>4. Roermond</li> <li>5. Weert</li> <li>6. Venlo (=Noord Limburg)</li> <li>7. Zuidoost Brabant</li> </ol>	IKNL Hogeschool Zuyd Fontys Hogeschool Huis voor de Zorg

---

IKNL kent twaalf tumorteams waarin samen met experts uit het veld, zorgprofessionals en patiëntenorganisaties beleid wordt opgesteld en activiteiten worden ontplooid per tumorsoort:

- 1 Huid
- 2 Maagdarmkanaal (slokdarm/maag/lever/pancreas/galwegen)
- 3 Maagdarmkanaal (colon, rectum)
- 4 Urogenitaal stelsel
- 5 Borst
- 6 Longen
- 7 Bloed en lymfeklieren
- 8 Gynaecologische organen
- 9 Hoofd-halsgebied
- 10 Centraal zenuwstelsel
- 11 Endocriene en neuro-endocriene organen
- 12 Bot en weke delen

De regioteams van IKNL ondersteunen en werken samen met zorgprofessionals en instellingen in een regio om de oncologische en palliatieve zorg aldaar te verbeteren. IKNL kent vier regioteams:

- 1 Regioteam noordwest
- 2 Regioteam noordoost
- 3 Regioteam zuidwest
- 4 Regioteam zuidoost



## B2 Overzicht publicaties

*Alle titels zijn hyperlinks naar de desbetreffende artikelen, de namen in blauw betreffen medewerkers van IKNL*

*Vanwege het grote aantal auteurs wordt bij een aantal artikelen (m.n. bij artikelen over vrouwelijke geslachtsorganen) niet elke auteur bij naam genoemd. Voor een volledig overzicht inclusief alle auteurs wordt verwezen naar het [Jaaroverzicht publicaties IKNL 2015](#).*

### ALGEMEEN

Aaldriks AA, Maartense E, Nortier HJ, [van der Geest LG](#), le Cessie S, Tanis BC, Portielje JE, Ypma P, Giltay EJ. Prognostic factors for the feasibility of chemotherapy and the Geriatric Prognostic Index (GPI) as risk profile for mortality before chemotherapy in the elderly. *Acta Oncol.* 2015 Aug 25:1-9.

Baili P, Di Salvo F, Marcos-Gragera R, [Siesling S](#), Mallone S, Santaquilani M, Micheli A, Lillini R, Francisci S; EURO CARE-5 Working Group. Age and case mix-standardised survival for all cancer patients in Europe 1999-2007: Results of EURO CARE-5, a population-based study. *Eur J Cancer.* 2015 Sep 6. pii: S0959-8049(15)00705-4.

[Beekers N](#), [Husson O](#), [Mols F](#), [van Eenbergen M](#), [van de Poll-Franse LV](#). Symptoms of Anxiety and Depression Are Associated With Satisfaction With Information Provision and Internet Use Among 3080 Cancer Survivors: Results of the PROFILES Registry. *Cancer Nurs.* 2015 Sep-Oct;38(5):335-42.

[Beijer S](#), van Binsbergen J. Voeding bij oncologiepatiënten: aard van voedingsinterventie hangt af van conditie patiënt. *Praktische Huisartsgeneeskunde.* 2015 (3):20-21.

Beijers AJ, [Mols F](#), [van den Hurk CJ](#), Vreugdenhil A. Are chemotherapy-associated symptoms underestimated? A view beyond common toxicity criteria. *Acta Oncol.* 2015 Sep 11:1-3.

Borras JM, Barton M, Grau C, Corral J, [Verhoeven R](#), [Lemmens V](#), van Eycken L, Henau K, Primic-Zakelj M, Strojanc P, Trojanowski M, Dyzmann-Sroka A, Kubiak A, Gasparotto C, Defourny N, Malicki J, Dunscombe P, Coffey M, Lievens Y. The impact of cancer incidence and stage on optimal utilization of radiotherapy: Methodology of a population based analysis by the ESTRO-HERO project. *Radiother Oncol.* 2015 Jul;116(1):45-50.

Borras JM, Lievens Y, Dunscombe P, Coffey M, Malicki J, Corral J, Gasparotto C, Defourny N, Barton M, [Verhoeven R](#), van Eycken L, Primic-Zakelj M, Trojanowski M, Strojanc P, Grau C. The optimal utilization proportion of external beam radiotherapy in European countries: An ESTRO-HERO analysis. *Radiother Oncol.* 2015 Jul;116(1):38-44.

[Buiting H](#), [Brom, L](#), [Douma J](#). Wens en weerstand: ondersteuning bij behandelbeslissingen als genezing niet meer mogelijk is. *Pallium.* 2015 Sept;17(4):22-25.

[Coebergh JW](#), [van den Hurk C](#), Rosso S, Comber H, Storm H, Zanetti R, Sacchetto L, [Janssen-Heijnen M](#), [Thong M](#), [Siesling S](#), [van den Eijnden-van Raaij J](#). EURO COURSE lessons learned from and for population-based cancer registries in Europe and their programme owners: Improving performance by research programming for public health and clinical evaluation. *Eur J Cancer.* 2015 Jun;51(9):997-1017.

[Coebergh JW](#), [van den Hurk C](#), [Louwman M](#), Comber H, Rosso S, Zanetti R, Sacchetto L, Storm H, van Veen EB, [Siesling S](#), [van den Eijnden-van Raaij J](#). EURO COURSE recipe for cancer surveillance by visible population-based cancer RegisTrees® in Europe: From roots to fruits. *Eur J Cancer.* 2015 Jun;51(9):1050-63.

Daanen HA, [Peerbooms M](#), [van den Hurk CJ](#), van Os B, Levels K, Teunissen LP, [Breed WP](#). Core temperature affects scalp skin temperature during scalp cooling. *Int J Dermatol.* 2015 Aug;54(8):916-21.

[Dekkers A](#), van Zuylen L, van der Heide A. Commotie in Engeland over 'death pathway': betekenis voor het zorgpad stervensfase. *Pallium.* 2015 Feb;17(1):22-24.

Dirven L, [van de Poll-Franse LV](#), Aaronson NK, Reijneveld JC. Controversies in defining cancer survivorship. *Lancet Oncol.* 2015 Jun;16(6):610-2.

Hoek P, **Grandjean I**, Verhagen CA, **Jansen-Landheer ML**, Schers HJ, **Galesloot C**, Vissers KC, Engels Y, Hasselaar JG. Addressing Palliative Sedation during Expert Consultation: A Descriptive Analysis of the Practice of Dutch Palliative Care Consultation Teams. *PLoS One*. 2015 Aug 24;10(8):e0136309.

Husson O, **Mols F, van de Poll-Franse L**, de Vries J, Schep G, **Thong MS**. Variation in fatigue among 6011 (long-term) cancer survivors and a normative population: a study from the population-based PROFILES registry. *Support Care Cancer*. 2015 Jul;23(7):2165-74.

**Huijgens PC**, Uyl-de Groot C. Niet mensenleven maar geneesmiddel waarderen. *Medisch Contact*. 2015 Mrt;(12):568-570.

**Jansen-Segers M, Kwast A**, Schoonheim-Lunenborg H. Visitatie in de palliatieve zorg: pilot biedt een eerste verkenning. *Pallium*. 2015 Sept;17(4):20-21.

**Kilsdonk M, Siesling S, Otter R**, Harten Wv. Evaluating the impact of accreditation and external peer review. *Int J Health Care Qual Assur*. 2015 Oct 12;28(8):757-77.

**Kilsdonk MJ, Siesling S, Otter R**, van Harten WH. Two decades of external peer review of cancer care in general hospitals; the Dutch experience. *Cancer Med*. 2015 Dec 29.

Kok SJ, van Laarhoven, HW, **Lemmens, VE, Schroten, C**. International variation in diagnostic and treatment guidelines for carcinoma unknown primary. *Int J Cancer Res*. 2015 Sept.

**Nicolaije KA, Ezendam NP**, Vos MC, Pijnenborg JM, Boll D, Boss EA, Hermans RH, Engelhart KC, Haartsen JE, Pijlman BM, van Loon-Baelemans IE, Mertens HJ, Nolting WE, van Beek JJ, Roukema JA, Zijlstra WP, Kruitwagen RF, **van de Poll-Franse LV**. Impact of an Automatically Generated Cancer Survivorship Care Plan on Patient-Reported Outcomes in Routine Clinical Practice: Longitudinal Outcomes of a Pragmatic, Cluster Randomized Trial. *J Clin Oncol*. 2015 Nov 1;33(31):3550-9.

Oosten AW, Oldenmenger WH, Mathijssen RH, **van der Rijt CC**. A Systematic Review of Prospective Studies Reporting Adverse Events of Commonly Used Opioids for Cancer-Related Pain: A Call for the Use of Standardized Outcome Measures. *J Pain*. 2015 Oct;16(10):935-46. Review.

Rajan A, Wind A, Saghatchian M, Thonon F, **Boomsma F**, van Harten WH. Staff perceptions of change resulting from participation in a European cancer accreditation programme: a snapshot from eight cancer centres. *Ecancermedalscience*. 2015 Jun 23;9:547.

Sant M, Minicozzi P, Primic-Žakelj M, **Otter R**, Francisci S, Gatta G, Berrino F, De Angelis R. Cancer survival in Europe, 2000-2007: Doing better, feeling worse? *Eur J Cancer*. 2015 Sep 4. pii: S0959-8049(15)00809-6.

Steins Bisschop CN, Courneya KS, **Velthuis MJ**, Monninkhof EM, Jones LW, Friedenreich C, van der Wall E, Peeters PH, May AM. Control group design, contamination and drop-out in exercise oncology trials: a systematic review. *PLoS One*. 2015 Mar 27;10(3):e0120996.

Tonino M, Bouwens T, Wester M, **van Aalst B**. Scholingsprogramma IKNL: verbetering palliatieve zorg voor verstandelijk beperkten. *Pallium*. 2015 Nov;17(5):18-19.

van de Wal M, **van de Poll-Franse L**, Prins J, Gielissen M. Does fear of cancer recurrence differ between cancer types? A study from the population-based PROFILES registry. *Psychooncology*. 2015 Oct 14.

**van den Hurk CJ**, Winstanley J, Young A, Boyle F. Measurement of chemotherapy-induced alopecia-time to change. *Support Care Cancer*. 2015 May;23(5):1197-9.

**van den Hurk C**, de Beer F, Dries W, van de Sande I, Hermsen N, Breed W, van der Sangen M. No prevention of radiotherapy-induced alopecia by scalp cooling. *Radiother Oncol*. 2015 Oct;117(1):193-4.

**van den Hurk C**, Breed W, Dercksen W. Nonpegylated liposomal doxorubicin: reduction in cardiotoxicity, although still severe alopecia. *Anticancer Drugs*. 2015 Jul;26(6):687.

**van der Zwan JM, van Dijk BA, Visser O**, van Krieken HJ, Capocaccia R, **Siesling S**. Rare cancers in The Netherlands: a population-based study. *Eur J Cancer Prev*. 2015 May 8.

**van Meggelen M**. Afstemmen op de patiënt: besluitvorming in de palliatieve fase. *Tijdschrift M&G*. 2015 Dec;15(4):7-10.

**van Meggelen M, Dekkers, A, Middelburg M**. Ontwikkeling generiek zorgpad palliatieve zorg: pilot zorgpad eigen ziekenhuis. *Pallium*. 2015 Apr;17(2):18-19.

**Van Trigt I, Zuidema J**. Leerlandschap Palliatieve Zorg: leermodel van opleidings-en zorginstellingen. *Pallium*. 2015 Feb;17(10):16-17.

**van Veen MR, Beijer S, Adriaans AM**, Vogel-Boezeman J, Kampman E. Development of a Website Providing Evidence-Based Information About Nutrition and Cancer: Fighting Fiction and Supporting Facts Online. *JMIR Res Protoc*. 2015 Sep 8;4(3):e110.

**Vissers PA**, Falzon L, **van de Poll-Franse LV**, Pouwer F, **Thong MS**. The impact of having both cancer and diabetes on patient-reported outcomes: a systematic review and directions for future research. *J Cancer Surviv*. 2015 Oct 1.

Vogel J, **Beijer S**. Voeding bij kanker: de kracht en beperking van een ondersteunende therapie. *Oedeminus* 2015 Maart; 18: 20-23.

**Wijnhoven MN**, Terpstra WE, van Rossem R, Haazer C, Gunnink-Boonstra N, **Sonke GS, Buiting HM**. Bereaved relatives' experiences during the incurable phase of cancer: a qualitative interview study. *BMJ Open*. 2015 Nov 25;5(11):e009009.

**Zanders MM**, Haak HR, van Herk-Sukel MP, **van de Poll-Franse LV**, Johnson JA. Impact of cancer on adherence to glucose-lowering drug treatment in individuals with diabetes. *Diabetologia*. 2015 May;58(5):951-60.

**Zanders MM**, Haak HR, van Herk-Sukel MP, **van de Poll-Franse LV**, Johnson JA. Impact of cancer on use of glucose-lowering drug treatment in individuals with diabetes: potential mechanisms. Reply to Pouwer F [letter]. *Diabetologia*. 2015 Jun;58(6):1380-1.

## **BLOED, BEENMERG & LYMFEEKLIJEREN**

Aaldriks AA, Giltay EJ, Nortier JW, **van der Geest LG**, Tanis BC, Ypma P, le Cessie S, Maartense E. Prognostic significance of geriatric assessment in combination with laboratory parameters in elderly patients with aggressive non-Hodgkin lymphoma. *Leuk Lymphoma*. 2015 Apr;56(4):927-35.

**Beijers AJ**, Vreugdenhil G, **Oerlemans S**, Eurelings M, Minnema MC, Eeltink CM, **van de Poll-Franse LV, Mols F**. Chemotherapy-induced neuropathy in multiple myeloma: influence on quality of life and development of a questionnaire to compose common toxicity criteria grading for use in daily clinical practice. *Support Care Cancer*. 2015 Dec 3.

**Blommestein HM**, Verelst SG, de Groot S, **Huijgens PC**, Sonneveld P, **Uyl-de Groot CA**. A cost-effectiveness analysis of real-world treatment for elderly patients with multiple myeloma using a full disease model. *Eur J Haematol*. 2016 Feb;96(2):198-208.

**Coebergh JW, Aarts MJ**. *Klinische epidemiologie van bloed- en lymfeklierkanker in Nederland*. In: *Leerboek Hematologie (hoofdstuk 22)*. Lochem : De tijdstroom, 2015. 2<sup>e</sup> geh. herz. dr.

De Angelis R, Minicozzi P, Sant M, Dal Maso L, Brewster DH, Osca-Gelis G, **Visser O**, Maynadié M, Marcos-Gragera R, Troussard X, Agius D, Roazzi P, Meneghini E, Monnereau A; EURO CARE-5 Working Group. Survival variations by country and age for lymphoid and myeloid malignancies in Europe 2000-2007: Results of EURO CARE-5 population-based study. *Eur J Cancer*. 2015 Sep 6. pii: S0959-8049(15)00778-9.

de Waal EG, **de Munck L**, Hoogendoorn M, Woolthuis G, van der Velden A, Tromp Y, Vellenga E, Hovenga S. Combination therapy with bortezomib, continuous low-dose cyclophosphamide and dexamethasone followed by one year of maintenance treatment for relapsed multiple myeloma patients. *Br J Haematol*. 2015 Sep 11.

Dinmohamed AG, van Norden Y, **Visser O**, Posthuma EF, **Huijgens PC**, Sonneveld P, van de Loosdrecht AA, Jongen-Lavrencic M. Effectiveness of azacitidine for the treatment of higher-risk myelodysplastic syndromes in daily practice: results from the Dutch population-based PHAROS MDS registry. *Leukemia*. 2015 Sep 15.

Dinmohamed AG, Szabó A, **van der Mark M**, **Visser O**, Sonneveld P, Cornelissen JJ, Jongen-Lavrencic M, Rijnneveld AW. Improved survival in adult patients with acute lymphoblastic leukemia in the Netherlands: a population-based study on treatment, trial participation and survival. *Leukemia*. 2016 Feb;30(2):310-7.

Dinmohamed AG, **Visser O**, van Norden Y, Blijlevens NM, Cornelissen JJ, Huls GA, **Huijgens PC**, Sonneveld P, van de Loosdrecht AA, Ossenkoppele GJ, Löwenberg B, Jongen-Lavrencic M. Treatment, trial participation and survival in adult acute myeloid leukemia: a population-based study in the Netherlands, 1989-2012. *Leukemia*. 2016 Jan;30(1):24-31.

Dinmohamed AG, **Brink M**, **Visser O**, Sonneveld P, van de Loosdrecht AA, Jongen-Lavrencic M, de Greef GE. Trends in incidence, primary treatment and survival in chronic myelomonocytic leukaemia: a population-based study of 1359 patients diagnosed in the Netherlands from 1989 to 2012. *Br J Haematol*. 2015 Nov;171(3):436-9.

Husson O, **Oerlemans S**, **Mols F**, Schep G, **van De Poll-Franse LV**. High levels of physical activity are associated with lower levels of fatigue among lymphoma patients: Results from the longitudinal PROFILES registry. *Acta Oncol*. 2015 Mar 9:1-7.

**Oerlemans S**, Nijziel MR, **van de Poll-Franse LV**. Age-related differences in quality of life among patients with diffuse large B-cell lymphoma. *Cancer*. 2015 Apr 29.

**Schaapveld M**, Aleman BM, van Eggermond AM, Janus CP, Krol AD, van der Maazen RW, Roesink J, Raemaekers JM, de Boer JP, Zijlstra JM, van Imhoff GW, Petersen EJ, Poortmans PM, Beijert M, Lybeert ML, Mulder I, **Visser O**, Louwman MW, Krul IM, Lugtenburg PJ, van Leeuwen FE. Second Cancer Risk Up to 40 Years after Treatment for Hodgkin's Lymphoma. *N Engl J Med*. 2015 Dec 24;373(26):2499-511.

Schouten H, Zweegman S, **Visser O**, Kersten MJ. Oudere patiënten hebben baat bij nieuwe middelen: vorderingen in de behandeling van twee hematologische maligniteiten. *Medisch Contact*. 2015 Nov;(49):11-13.

Stienen JJ, Hermens RP, Wennekes L, **van de Schans SA**, van der Maazen RW, Dekker HM, Liefers J, van Krieken JH, Blijlevens NM, Ottevanger PB; PEARL study group. Variation in guideline adherence in non-Hodgkin's lymphoma care: impact of patient and hospital characteristics. *BMC Cancer*. 2015 Aug 8;15:578.

Taal W, Nijboer C, **van der Togt-van Leeuwen AC**. Nieuwe richtlijn wervelmetastasen. *Oncologica*. 2015 32(4):34-36.

Taal W, **van der Togt-van Leeuwen AC**. Nieuwe richtlijn wervelmetastasen: bij solide tumoren en bij wervellokalisaties van hematologische tumoren. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2015;159(0):A9101

Thielen N, **Visser O**, Ossenkuppele G, Janssen J. Chronic Myeloid Leukaemia in The Netherlands: a Population-Based Study on Incidence, Treatment and Survival in 3,585 Patients from 1989-2012. *Eur J Haematol*. 2015 Oct 31.

van Nimwegen FA, **Schaapveld M**, Cutter DJ, Janus CP, Krol AD, Hauptmann M, Kooijman K, Roesink J, van der Maazen R, Darby SC, Aleman BM, van Leeuwen FE. Radiation Dose-Response Relationship for Risk of Coronary Heart Disease in Survivors of Hodgkin Lymphoma. *J Clin Oncol*. 2016 Jan 20;34(3):235-43.

## **BORST**

Beek MA, te Slaa A, van der Laan L, Mulder PG, Rutten HJ, **Voogd AC**, Luiten EJ, Gobardhan PD. Reliability of the Inverse Water Volumetry Method to Measure the Volume of the Upper Limb. *Lymphat Res Biol*. 2015 Jun;13(2):126-30.

Beek MA, Verheuvcl NC, Luiten EJ, Klompenhouwer EG, Rutten HJ, Roumen RM, Gobardhan PD, **Voogd AC**. Two decades of axillary management in breast cancer. *Br J Surg*. 2015 Dec;102(13):1658-64.

de Glas NA, Engels CC, Bastiaannet E, van de Water W, **Siesling S**, de Craen AJ, van de Velde CJ, Liefers GJ, Merkus JW. Contralateral breast cancer risk in relation to tumor morphology and age-in which patients is preoperative MRI justified? *Breast Cancer Res Treat*. 2015 Feb;150(1):191-8.

de Glas NA, Bastiaannet E, de Craen AJ, van de Velde CJ, **Siesling S**, Liefers GJ, Portielje JE. Survival of older patients with metastasised breast cancer lags behind despite evolving treatment strategies - A population-based study. *Eur J Cancer*. 2015 Feb;51(3):310-6.

**Ho VK**, Gijtenbeek JM, Brandsma D, Beerepoot LV, Sonke GS, **van der Heiden-van der Loo M**. Survival of breast cancer patients with synchronous or metachronous central nervous system metastases. *Eur J Cancer*. 2015 Nov;51(17):2508-16.

Katik S, **Gort M**, Jobsen JJ, Maduro JH, Struikmans H, **Siesling S**. Factors influencing time between surgery and radiotherapy: A population based study of breast cancer patients. *Breast*. 2015 Aug;24(4):468-75.

Klompenhouwer EG, Weber RJ, **Voogd AC**, den Heeten GJ, Strobbe LJ, Broeders MJ, Tjan-Heijnen VC, Duijm LE. Arbitration of discrepant BI-RADS 0 recalls by a third reader at screening mammography lowers recall rate but not the cancer detection rate and sensitivity at blinded and non-blinded double reading. *Breast*. 2015 Oct;24(5):601-7.

Klompenhouwer EG, **Voogd AC**, den Heeten GJ, Strobbe LJ, de Haan AF, Wauters CA, Broeders MJ, Duijm LE. Blinded double reading yields a higher programme sensitivity than non-blinded double reading at digital screening mammography: a prospected population based study in the south of The Netherlands. *Eur J Cancer*. 2015 Feb;51(3):391-9.

Klompenhouwer EG, **Voogd AC**, den Heeten GJ, Strobbe LJ, Tjan-Heijnen VC, Broeders MJ, Duijm LE. Discrepant screening mammography assessments at blinded and non-blinded double reading: impact of arbitration by a third reader on screening outcome. *Eur Radiol*. 2015 Oct;25(10):2821-9.

Kuijjer A, van Bommel AC, Drukker CA, **van der Heiden-van der Loo M**, Smorenburg CH, Westenend PJ, Linn SC, Rutgers EJ, Elias SG, van Dalen T. Using a gene expression signature when controversy exists regarding the indication for adjuvant systemic treatment reduces the proportion of patients receiving adjuvant chemotherapy: a nationwide study. *Genet Med*. 2015 Nov 19.

Lobbezoo DJ, van Kampen RJ, **Voogd AC**, Dercksen MW, van den Berkmortel F, Smilde TJ, van de Wouw AJ, Peters FP, van Riel JM, Peters NA, de Boer M, Peer PG, Tjan-Heijnen VC. In real life, one-quarter of patients with hormone receptor-positive metastatic breast cancer receive chemotherapy as initial palliative therapy: a study of the Southeast Netherlands Breast Cancer Consortium. *Ann Oncol*. 2016 Feb;27(2):256-62.



Lobbezoo DJ, van Kampen RJ, **Voogd AC**, Dercksen MW, van den Berkmortel F, Smilde TJ, van de Wouw AJ, Peters FP, van Riel JM, Peters NA, de Boer M, Peer PG, Tjan-Heijnen VC. Prognosis of metastatic breast cancer: are there differences between patients with de novo and recurrent metastatic breast cancer? *Br J Cancer*. 2015 Apr 28;112(9):1445-1451.

Luiten JD, Beek MA, **Voogd AC**, Gobardhan PD, Luiten EJ. Iodine seed- versus wire-guided localization in breast-conserving surgery for non-palpable ductal carcinoma in situ. *Br J Surg*. 2015 Dec;102(13):1665-9.

Mauguen A, Rchet B, Mathoulin-Pélissier S, Lawrence GM, **Siesling S**, MacGrogan G, Laurent A, Rondeau V. Validation of death prediction after breast cancer relapses using joint models. *BMC Med Res Methodol*. 2015 Apr 1;15(1):27.

Moosdorff M, Vugts G, Maaskant-Braat AJ, Strobbe LJ, **Voogd AC**, Smidt ML, Nieuwenhuijzen GA. Contralateral lymph node recurrence in breast cancer: Regional event rather than distant metastatic disease. A systematic review of the literature. *Eur J Surg Oncol*. 2015 Sep;41(9):1128-36.

**Peerbooms M, van den Hurk CJ**, Breed WP. Familiarity, opinions, experiences and knowledge about scalp cooling: a Dutch survey among breast cancer patients and oncological professionals. *Asia Pac J Oncol Nurs* 2015;2:35-41

Pleijhuis RG, **Kwast AB**, Jansen L, de Vries J, Wiggers T, **Siesling S**, van Dam GM. Validity of the BreastConservation! nomogram evaluated. *Breast*. 2015 Oct;24(5):540-2.

Ruiz A, Wicherts D, Adam R, **Siesling S**, Linn S, Hillegersberg R. Resectie van levermetastasen bij borstkanker. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2015;159:A8453.

Saadatmand S, **Bretveld R, Siesling S**, Tilanus-Linthorst MM. Influence of tumour stage at breast cancer detection on survival in modern times: population based study in 173 797 patients. *BMJ*. 2015 Oct 6;351:h4901.

Travier N, **Velthuis MJ**, Steins Bisschop CN, van den Buijs B, Monnikhof EM, Backx F, Los M, Erdkamp F, Bloemendal HJ, Rodenhuis C, de Roos MA, Verhaar M, Ten Bokkel Huinink D, van der Wall E, Peeters PH, May AM. Effects of an 18-week exercise programme started early during breast cancer treatment: a randomised controlled trial. *BMC Med*. 2015 Jun 8;13:121.

Truin W, **Vugts G**, Roumen RM, Maaskant-Braat AJ, Nieuwenhuijzen GA, **van der Heiden-van der Loo M**, Tjan-Heijnen VC, **Voogd AC**. Differences in Response and Surgical Management with Neoadjuvant Chemotherapy in Invasive Lobular Versus Ductal Breast Cancer. *Ann Surg Oncol*. 2016 Jan;23(1):51-7.

van den Broek AJ, van 't Veer LJ, Hooning MJ, Cornelissen S, Broeks A, Rutgers EJ, Smit VT, Cornelisse CJ, van Beek M, **Janssen-Heijnen ML**, Seynaeve C, Westenend PJ, Jobsen JJ, **Siesling S**, Tollenaar RA, van Leeuwen FE, Schmidt MK. Impact of Age at Primary Breast Cancer on Contralateral Breast Cancer Risk in BRCA1/2 Mutation Carriers. *J Clin Oncol*. 2016 Feb 10;34(5):409-18.

van den Hoven I, van Klaveren D, **Voogd AC**, Vergouwe Y, Tjan-Heijnen V, Roumen RM. A Dutch Prediction Tool to Assess the Risk of Additional Axillary Non-Sentinel Lymph Node Involvement in Sentinel Node-Positive Breast Cancer Patients. *Clin Breast Cancer*. 2015 Sep 21. pii: S1526-8209(15)00214-1.

van den Hoven I, Kuijt G, Roumen R, **Voogd A**, Steyerberg EW, Vergouwe Y. A head to head comparison of nine tools predicting non-sentinel lymph node status in sentinel node positive breast cancer women. *J Surg Oncol*. 2015 Aug;112(2):133-8.

van den Hoven I, **Voogd AC**, Roumen RM. A Paradigm Shift in Axillary Breast Cancer Treatment; From 'Treat All-Except,' Toward 'Treat None-Unless'. *Clin Breast Cancer*. 2015 Dec;15(6):399-402.

**van der Heiden-van der Loo M, de Munck L**, Sonke GS, van Dalen T, van Diest PJ, van den Bongard HJ, Peeters PH, Rutgers EJ. Population based study on sentinel node biopsy before or after neoadjuvant chemotherapy in clinically node negative breast cancer patients: Identification rate and influence on axillary treatment. *Eur J Cancer*. 2015 May;51(8):915-21.

**van der Heiden-van der Loo M, Siesling S**, Wouters MW, van Dalen T, Rutgers EJ, Peeters PH. The Value of Ipsilateral Breast Tumor Recurrence as a Quality Indicator: Hospital Variation in the Netherlands. *Ann Surg Oncol*. 2015 Dec;22 Suppl 3:522-8.

van Vulpen JK, Peeters PH, **Velthuis MJ**, van der Wall E, May AM. Effects of physical exercise during adjuvant breast cancer treatment on physical and psychosocial dimensions of cancer-related fatigue: A meta-analysis. *Maturitas*. 2016 Mar;85:104-11. Review.

van Waart H, Stuiver MM, van Harten WH, Geleijn E, Kieffer JM, Buffart LM, de Maaker-Berkhof M, Boven E, Schrama J, Geenen MM, Meerum Terwogt JM, van Bochove A, Lustig V, van den Heiligenberg SM, Smorenburg CH, **Hellendoorn-van Vreeswijk JA**, Sonke GS, Aaronson NK. Effect of Low-Intensity Physical Activity and Moderate- to High-Intensity Physical Exercise During Adjuvant Chemotherapy on Physical Fitness, Fatigue, and Chemotherapy Completion Rates: Results of the PACES Randomized Clinical Trial. *J Clin Oncol*. 2015 Jun 10;33(17):1918-27.

**Vissers PA**, Cardwell CR, **van de Poll-Franse LV**, Young IS, Pouwer F, Murray LJ. The association between glucose-lowering drug use and mortality among breast cancer patients with type 2 diabetes. *Breast Cancer Res Treat*. 2015 Apr;150(2):427-37.

Vos EL, **Voogd AC**, Verhoef C, **Siesling S**, Obdeijn IM, Koppert LB. Benefits of preoperative MRI in breast cancer surgery studied in a large population-based cancer registry. *Br J Surg*. 2015 Dec;102(13):1649-57.

Vugts G, Maaskant-Braat AJ, **Voogd AC**, van Riet YE, Roumen RM, Luiten EJ, Rutgers EJ, Wyndaele D, Rutten HJ, Nieuwenhuijzen GA. Improving the Success Rate of Repeat Sentinel Node Biopsy in Recurrent Breast Cancer. *Ann Surg Oncol*. 2015 Aug 11.

Vugts G, Maaskant-Braat AJ, **Voogd AC**, van Riet YE, Luiten EJ, Rutgers EJ, Rutten HJ, Roumen RM, Nieuwenhuijzen GA. Repeat sentinel node biopsy should be considered in patients with locally recurrent breast cancer. *Breast Cancer Res Treat*. 2015 Oct;153(3):549-56.

Weber RJ, Klompenhouwer EG, **Voogd AC**, Strobbe LJ, Broeders MJ, Duijm LE. Comparison of the diagnostic workup of women referred at non-blinded or blinded double reading in a population-based screening mammography programme in the south of the Netherlands. *Br J Cancer*. 2015 Sep 29;113(7):1094-8.

Witteveen A, Vliegen IM, Sonke GS, Klaase JM, IJzerman MJ, **Siesling S**. Personalisation of breast cancer follow-up: a time-dependent prognostic nomogram for the estimation of annual risk of locoregional recurrence in early breast cancer patients. *Breast Cancer Res Treat*. 2015 Aug;152(3):627-36.

Witteveen A, **Kwast AB**, Sonke GS, IJzerman MJ, **Siesling S**. Survival after locoregional recurrence or second primary breast cancer: impact of the disease-free interval. *PLoS One*. 2015 Apr 10;10(4):e0120832.

## **BOT & WEKE DELEN**

Vlenterie M, **Ho VK**, Kaal SE, Vlenterie R, Haas R, van der Graaf WT. Age as an independent prognostic factor for survival of localised synovial sarcoma patients. *Br J Cancer*. 2015 Dec 1;113(11):1602-6.

## CENTRAAL ZENUWSTELSEL

Bossmann S, Gortmaker E, **Schrier JG**, Seute T. Aanbevelingen voor verpleegkundige zorg Gliomen: nieuwe richtlijn. *Oncologica*. 2015 32(2):18-20.

Gijtenbeek A, Hanse M, Hoenderdaal P, **Ho VK**. Optimale zorg bij hersentumoren: patiëntwensen vertaald naar kwaliteitscriteria. *Oncologica*. 2015 32(4):38-41.

**Visser O**, Ardanaz E, Botta L, Sant M, Tavilla A, Minicozzi P; EUROCARE-5 Working Group. Survival of adults with primary malignant brain tumours in Europe; Results of the EUROCARE-5 study. *Eur J Cancer*. 2015 Sep 5. pii: S0959-8049(15)00712-1.

## ENDOCRIENE KLIEREN

Tamminga SJ, Bültmann U, **Husson O**, Kuijpers JL, Frings-Dresen MH, de Boer AG. Employment and insurance outcomes and factors associated with employment among long-term thyroid cancer survivors: a population-based study from the PROFILES registry. *Qual Life Res*. 2015 Sep 22.

## HOOFD & HALS

Lacko M, **Voogd AC**, van de Goor RC, Roelofs HM, Te Morsche RH, Bouvy ND, Peters WH, Manni JJ. Genetic polymorphisms in UDP-glucuronosyltransferase 1A6 and 1A7 and the risk for benign Warthin's tumors of the parotid gland. *Head Neck*. 2015 Apr 20.

Melchers LJ, Mastik MF, Samaniego Cameron B, **van Dijk BA**, de Bock GH, van der Laan BF, van der Vegt B, Speel EJ, Roodenburg JL, Witjes MJ, Schuurin E. Detection of HPV-associated oropharyngeal tumours in a 16-year cohort: more than meets the eye. *Br J Cancer*. 2015 Apr 14;112(8):1349-57.

**Pietersma NS**, de Bock GH, de Visscher JG, Roodenburg JL, **van Dijk BA**. No evidence for a survival difference between upper and lower lip squamous cell carcinoma. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2015 May;44(5):549-54.

Timmermans AJ, **van Dijk BA**, Overbeek LI, van Velthuysen MF, van Tinteren H, Hilgers FJ, van den Brekel MW. Trends in treatment and survival for advanced laryngeal cancer: A 20-year population-based study in The Netherlands. *Head Neck*. 2015 Aug 28.

## HUID

van der Leest RJ, Zoutendijk J, Nijsten T, Mooi WJ, van der Rhee JI, de Vries E, **Hollestein LM**. Increasing time trends of thin melanomas in The Netherlands: What are the explanations of recent accelerations? *Eur J Cancer*. 2015 Dec;51(18):2833-41.

Winstanley JB, Young TE, Boyle FM, Bergenmar M, Bottomley A, Burmeister B, Campana LG, Garioch JJ, King M, Nikolic DV, **van de Poll-Franse LV**, Saw R, Thompson JF, White EG; European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC). Quality of Life Group. Cross-cultural development of a quality-of-life measure for patients with melanoma: phase 3 testing of an EORTC Melanoma Module. *Melanoma Res*. 2015 Feb;25(1):47-58.

## ONDERSTE LUCHTWEGEN

Chen LS, **Aben KK**, Bierut LJ et al. CHRNA5 Risk Variant Predicts Delayed Smoking Cessation and Earlier Lung Cancer Diagnosis-A Meta-Analysis. *J Natl Cancer Inst*. 2015 Apr 14;107(5). pii: djv100. Review.

**Damhuis RA**, Khakwani A, De Schutter H, Rich AL, Burgers JA, van Meerbeeck JP. Treatment patterns and survival analysis in 9014 patients with malignant pleural mesothelioma from Belgium, the Netherlands and England. *Lung Cancer*. 2015 Aug;89(2):212-7.



Derks JL, Hendriks LE, Buikhuisen WA, Groen HJ, Thunnissen E, van Suylen RJ, Houben R, **Damhuis RA**, Speel EJ, Dingemans AC. Clinical features of large cell neuroendocrine carcinoma: a population-based overview. *Eur Respir J*. 2016 Feb;47(2):615-24.

Hendriks LE, Derks JL, Postmus PE, **Damhuis RA**, Houben RM, Troost EG, Hochstenbag MM, Smit EF, Dingemans AC. Single organ metastatic disease and local disease status, prognostic factors for overall survival in stage IV non-small cell lung cancer: Results from a population-based study. *Eur J Cancer*. 2015 Nov;51(17):2534-44.

Janssen-Heijnen ML, **van Erning FN**, De Ruyscher DK, **Coebergh JW**, Groen HJ. Variation in causes of death in patients with non-small cell lung cancer according to stage and time since diagnosis. *Ann Oncol*. 2015 May;26(5):902-7.

Slotman BJ, van Tinteren H, Praag JO, Knegjens JL, El Sharouni SY, Hatton M, **Keijser A**, Faivre-Finn C, Senan S. Radiotherapy for extensive stage small-cell lung cancer - Authors' reply. *Lancet*. 2015 Apr 4;385(9975):1292-3.

Slotman BJ, van Tinteren H, Praag JO, Knegjens JL, El Sharouni SY, Hatton M, **Keijser A**, Faivre-Finn C, Senan S. Use of thoracic radiotherapy for extensive stage small-cell lung cancer: a phase 3 randomised controlled trial. *Lancet*. 2015 Jan 3;385(9962):36-42. Erratum in: *Lancet*. 2015 Jan 3;385(9962):28.

## **SPIJSVERTERINGSORGANEN**

Bakens MJ, **van Gestel YR**, Bongers M, Besselink MG, Dejong CH, Molenaar IQ, Busch OR, **Lemmens VE**, de Hingh IH; Dutch Pancreatic Cancer Group. Hospital of diagnosis and likelihood of surgical treatment for pancreatic cancer. *Br J Surg*. 2015 Oct 5.

**Bernards N**, Creemers GJ, Huysentruyt CJ, de Hingh IH, van der Schelling GP, de Bruïne AP, **Lemmens VE**. The relevance of pathological verification in suspected pancreatic cancer. *Cancer Epidemiol*. 2015 Apr;39(2):250-5.

**Bos AC**, **van Erning FN**, **van Gestel YR**, Creemers GJ, Punt CJ, **van Oijen MG**, **Lemmens VE**. Timing of adjuvant chemotherapy and its relation to survival among patients with stage III colon cancer. *Eur J Cancer*. 2015 Nov;51(17):2553-61.

Bours MJ, **Beijer S**, Winkels RM, van Duijnhoven FJ, **Mols F**, Breedveld-Peters JJ, Kampman E, Weijenberg MP, **van de Poll-Franse LV**. Dietary changes and dietary supplement use, and underlying motives for these habits reported by colorectal cancer survivors of the Patient Reported Outcomes Following Initial Treatment and Long-Term Evaluation of Survivorship (PROFILES) registry. *Br J Nutr*. 2015 Jul;114(2):286-96.

Homan J, Bökkerink GM, **Aarts MJ**, **Lemmens VE**, van Lijnschoten G, Rutten HJ, Wijsman JH, Nagtegaal ID, de Wilt JH. Variation in circumferential resection margin: Reporting and involvement in the South-Netherlands. *Eur J Surg Oncol*. 2015 Nov;41(11):1485-92.

**Horevoorts NJ**, **Vissers PA**, **Mols F**, Thong MS, **van de Poll-Franse LV**. Response rates for patient-reported outcomes using web-based versus paper questionnaires: comparison of two invitational methods in older colorectal cancer patients. *J Med Internet Res*. 2015 May 7;17(5):e111.

Hugen N, van de Velde CJ, Bosch SL, Fütterer JJ, **Elferink MA**, Marijnen CA, Rutten HJ, de Wilt JH, Nagtegaal ID. Modern Treatment of Rectal Cancer Closes the Gap Between Common Adenocarcinoma and Mucinous Carcinoma. *Ann Surg Oncol*. 2015 Aug;22(8):2669-76.

Huiskens J, van Gulik TM, van Lienden KP, Engelbrecht MR, Meijer GA, van Grieken NC, **Schriek J**, **Keijser A**, **Mol L**, Molenaar IQ, Verhoef C, de Jong KP, Dejong KH, Kazemier G, Ruers TM, de Wilt JH, van Tinteren H, Punt CJ. Treatment strategies in colorectal cancer patients with initially unresectable liver-only metastases, a study protocol of the randomised phase 3 CAIRO5 study of the Dutch Colorectal Cancer Group (DCCG). *BMC Cancer*. 2015 May 6;15(1):365.

Husson O, **Mols F**, **Ezendam NP**, Schep G, **van de Poll-Franse LV**. Health-related quality of life is associated with physical activity levels among colorectal cancer survivors: a longitudinal, 3-year study of the PROFILES registry. *J Cancer Surviv.* 2015 Jan 9.

**Husson O**, **Mols F**, **van de Poll-Franse LV**, Thong MS. The course of fatigue and its correlates in colorectal cancer survivors: a prospective cohort study of the PROFILES registry. *Support Care Cancer.* 2015 Nov;23(11):3361-71.

Husson O, **Vissers PA**, Denollet J, **Mols F**. The role of personality in the course of health-related quality of life and disease-specific health status among colorectal cancer survivors: A prospective population-based study from the PROFILES registry. *Acta Oncol.* 2015 May;54(5):669-77.

Koëter M, **van Steenbergen LN**, **Lemmens VE**, Rutten HJ, Roukema JA, Nieuwenhuijzen GA. Determinants in decision making for curative treatment and survival in patients with resectable oesophageal cancer in the Netherlands: a population-based study. *Cancer Epidemiol.* 2015 Dec;39(6):863-9.

Lepage C, Capocaccia R, Hackl M, **Lemmens V**, Molina E, Pierannunzio D, Sant M, Trama A, Faivre J; EURO-CARE-5 Working Group. Survival in patients with primary liver cancer, gallbladder and extrahepatic biliary tract cancer and pancreatic cancer in Europe 1999-2007: Results of EURO-CARE-5. *Eur J Cancer.* 2015 Sep 5. pii: S0959-8049(15)00714-5.

**Mol L**, Koopman M, Ottevanger PB, Punt CJ. Re: Generalizability of trial results to elderly medicare patients with advanced solid tumors. *J Natl Cancer Inst.* 2015 May 7;107(6):djv104.

**Mols F**, Beijers AJ, Vreugdenhil G, Verhulst A, Schep G, Husson O. Chemotherapy-induced peripheral neuropathy, physical activity and health-related quality of life among colorectal cancer survivors from the PROFILES registry. *J Cancer Surviv.* 2015 Sep;9(3):512-22.

Orsini RG, **Verhoeven RH**, **Lemmens VE**, **van Steenbergen LN**, de Hingh IH, Nieuwenhuijzen GA, Rutten HJ. Comparable survival for young rectal cancer patients, despite unfavourable morphology and more advanced-stage disease. *Eur J Cancer.* 2015 Sep;51(13):1675-82.

**Razenberg LG**, **van Gestel YR**, **Lemmens VE**, de Hingh IH, Creemers GJ. Bevacizumab in Addition to Palliative Chemotherapy for Patients With Peritoneal Carcinomatosis of Colorectal Origin: A Nationwide Population-Based Study. *Clin Colorectal Cancer.* 2015 Dec 17. pii: S1533-0028(15)00157-7.

**Razenberg LG**, **van Gestel YR**, **Lemmens VE**, de Wilt JH, Creemers GJ, de Hingh IH. The Prognostic Relevance of Histological Subtype in Patients With Peritoneal Metastases From Colorectal Cancer: A Nationwide Population-Based Study. *Clin Colorectal Cancer.* 2015 Dec;14(4):e13-9.

**Razenberg LG**, **van Gestel YR**, Creemers GJ, Verwaal VJ, **Lemmens VE**, de Hingh IH. Trends in cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy for the treatment of synchronous peritoneal carcinomatosis of colorectal origin in the Netherlands. *Eur J Surg Oncol.* 2015 Apr;41(4):466-71.

Simkens LH, van Tinteren H, May A, ten Tije AJ, Creemers GJ, Loosveld OJ, de Jongh FE, Erdkamp FL, Erjavec Z, van der Torren AM, Tol J, Braun HJ, Nieboer P, van der Hoeven JJ, Haasjes JG, Jansen RL, Wals J, Cats A, Derleyn VA, Honkoop AH, **Mol L**, Punt CJ, Koopman M. Maintenance treatment with capecitabine and bevacizumab in metastatic colorectal cancer (CAIRO3): a phase 3 randomised controlled trial of the Dutch Colorectal Cancer Group. *Lancet.* 2015 May 9;385(9980):1843-52.

**Speelman AD**, **van Gestel YR**, Rutten HJ, de Hingh IH, **Lemmens VE**. Changes in gastrointestinal cancer resection rates. *Br J Surg.* 2015 Aug;102(9):1114-22.

Stegeman I, van Doorn SC, Mundt MW, Mallant-Hent RC, Bongers E, **Elferink MA**, Fockens P, Stroobants AK, Bossuyt PM, Dekker E. Participation, yield, and interval carcinomas in three rounds of biennial FIT-based colorectal cancer screening. *Cancer Epidemiol.* 2015 Jun;39(3):388-93.

't Lam-Boer J, Al Ali C, **Verhoeven RH**, Roumen RM, **Lemmens VE**, Rijken AM, De Wilt JH. Large variation in the utilization of liver resections in stage IV colorectal cancer patients with metastases confined to the liver. *Eur J Surg Oncol*. 2015 Sep;41(9):1217-25.

Talsma AK, **Damhuis RA**, Steyerberg EW, Rosman C, van Lanschot JJ, Wijnhoven BP. Determinants of improved survival after oesophagectomy for cancer. *Br J Surg*. 2015 May;102(6):668-75.

Trip AK, Stiekema J, **Visser O**, Dikken JL, Cats A, Boot H, van Sandick JW, Jansen EP, Verheij M. Recent trends and predictors of multimodality treatment for oesophageal, oesophagogastric junction, and gastric cancer: A Dutch cohort-study. *Acta Oncol*. 2015 Nov;54(10):1754-62.

**van der Geest LG**, Lam-Boer J, Koopman M, Verhoef C, **Elferink MA**, de Wilt JH. Nationwide trends in incidence, treatment and survival of colorectal cancer patients with synchronous metastases. *Clin Exp Metastasis*. 2015 Jun;32(5):457-65.

**van der Geest LG**, Besselink MG, **van Gestel YR**, Busch OR, de Hingh IH, de Jong KP, Molenaar IQ, **Lemmens VE**. Pancreatic cancer surgery in elderly patients: Balancing between short-term harm and long-term benefit. A population-based study in the Netherlands. *Acta Oncol*. 2015 Nov 9:1-8.

**van der Geest LG**, van Meer S, Schrier JG, Ijzermans JN, Klümpen HJ, van Erpecum KJ, de Man RA. Survival in relation to hospital type after resection or sorafenib treatment for hepatocellular carcinoma in The Netherlands. *Clin Res Hepatol Gastroenterol*. 2015 Apr 3. pii: S2210-7401(15)00042-X.

**van Erning FN**, **Lemmens VE**. Adequacy of lymph node yield and staging in rectal cancer should not be determined based on a minimum number of lymph nodes evaluated. *Int J Colorectal Dis*. 2016 Jan;31(1):149.

**van Erning FN**, Janssen-Heijnen ML, Creemers GJ, Pruijt HF, Maas HA, **Lemmens VE**. Deciding on adjuvant chemotherapy for elderly stage III colon cancer patients: A qualitative insight into the perspectives of surgeons and medical oncologists. *J Geriatr Oncol*. 2015 May;6(3):219-24.

**van Erning FN**, Rutten HJ, van den Berg HA, **Lemmens VE**, van Halteren HK. Effect of adjuvant chemotherapy on recurrence-free survival varies by neo-adjuvant treatment in patients with stage III rectal cancer. *Eur J Surg Oncol*. 2015 Dec;41(12):1630-5.

**van Erning FN**, **Elferink MA**, **Bos AC**, **Lemmens VE**. RE: Primary Tumor Location as a Prognostic Factor in Metastatic Colorectal Cancer. *J Natl Cancer Inst*. 2015 Sep;107(9).

**van Hove JC**, **Elferink MA**, Klaase JM, Kouwenhoven EA, Schiphorst PP, **Siesling S**. Long-term effects of a regional care pathway for patients with rectal cancer. *Int J Colorectal Dis*. 2015 Jun;30(6):787-95.

van Oudheusden TR, Nienhuijs SW, Luyer MD, Nieuwenhuijzen GA, **Lemmens VE**, Rutten HJ, de Hingh IH. Incidence and treatment of recurrent disease after cytoreductive surgery and intraperitoneal chemotherapy for peritoneally metastasized colorectal cancer: A systematic review. *Eur J Surg Oncol*. 2015 Oct;41(10):1269-77. doi: 10.1016/j.ejso.2015.05.018. Epub 2015 Jul 3. Review.

van Oudheusden TR, **Lemmens VE**, Braam HJ, van Ramshorst B, Meijerink J, Te Velde EA, Mehta AM, Verwaal VJ, de Hingh IH. Peritoneal metastases from small bowel cancer: Results of cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy in The Netherlands. *Surgery*. 2015 Jun;157(6):1023-7.

**van Oudheusden TR, Razenberg LG, van Gestel YR**, Creemers GJ, **Lemmens VE**, de Hingh IH. Systemic treatment of patients with metachronous peritoneal carcinomatosis of colorectal origin. *Sci Rep*. 2015 Dec 21;5:18632.

**van Putten M**, Husson O, **Mols F**, Luyer MD, **van de Poll-Franse LV, Ezendam NP**. Correlates of physical activity among colorectal cancer survivors: results from the longitudinal population-based profiles registry. *Support Care Cancer*. 2016 Feb;24(2):573-83.

**van Putten M, Verhoeven RH**, van Sandick JW, Plukker JT, **Lemmens VE**, Wijnhoven BP, Nieuwenhuijzen GA. Hospital of diagnosis and probability of having surgical treatment for resectable gastric cancer. *Br J Surg*. 2016 Feb;103(3):233-41.

van Rijssen LB, **van der Geest LG**, Bollen TL, Bruno MJ, van der Gaast A, **Veerbeek L**, Ten Kate FJ, Busch OR. National compliance to an evidence-based multidisciplinary guideline on pancreatic and periampullary carcinoma. *Pancreatology*. 2015 Oct 26. pii: S1424-3903(15)00672-9.

van Vulpen JK, **Velthuis MJ**, Steins Bisschop CN, Travier N, van den Buijs BJ, Backx FJ, Los M, Erdkamp FL, Bloemendal HJ, Koopman M, de Roos MA, Verhaar MJ, Ten Bokkel-Huinink D, van der Wall E, Peeters PH, May AM. Effects of an Exercise Program in Colon Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. *Med Sci Sports Exerc*. 2015 Dec 21.

Verhaar S, **Vissers PA**, Maas H, **van de Poll-Franse LV, van Erning FN, Mols F**. Treatment-related differences in health related quality of life and disease specific symptoms among colon cancer survivors: Results from the population-based PROFILES registry. *Eur J Cancer*. 2015 Jul;51(10):1263-73.

**Vissers PA**, Thong MS, Pouwer F, Creemers GJ, Slooter GD, **van de Poll-Franse LV**. Prospectively measured lifestyle factors and BMI explain differences in health-related quality of life between colorectal cancer patients with and without comorbid diabetes. *Support Care Cancer*. 2015 Dec 30.

**Vissers PA, Mols F, Thong MS**, Pouwer F, Vreugdenhil G, **van de Poll-Franse LV**. The impact of diabetes on neuropathic symptoms and receipt of chemotherapy among colorectal cancer patients: results from the PROFILES registry. *J Cancer Surviv*. 2015 Sep;9(3):523-31.

Vogelaar FJ, Abegg R, van der Linden JC, Cornelisse HG, van Dorsten FR, **Lemmens VE**, Bosscha K. Epidural analgesia associated with better survival in colon cancer. *Int J Colorectal Dis*. 2015 Aug;30(8):1103-7.

Vogelaar FJ, Lips DJ, van Dorsten FR, **Lemmens VE**, Bosscha K. Impact of anaesthetic technique on survival in colon cancer: a review of the literature. *Gastroenterol Rep (Oxf)*. 2015 Feb 16. pii: gov001. Review.

Vogelaar F, **van Erning F**, Reimers M, Van Der Linden J, Pruijt J, Van Den Brule A, Bosscha K. The prognostic value of Microsatellite Instability, KRAS, BRAF and PIK3CA mutations in stage II colon cancer patients. *Mol Med*. 2015 Dec 17:1-26.

Weren RD, Venkatachalam R, Cazier JB, Farin HF, Kets CM, de Voer RM, Vreede L, Verwiel ET, van Asseldonk M, Kamping EJ, Kiemeneij LA, Neveling K, **Aben KK**, Carvajal-Carmona L, Nagtegaal ID, Schackert HK, Clevers H, van de Wetering M, Tomlinson IP, Ligtenberg MJ, Hoogerbrugge N, Geurts van Kessel A, Kuiper RP. Germline deletions in the tumour suppressor gene FOCAD are associated with polyposis and colorectal cancer development. *J Pathol*. 2015 Jun;236(2):155-164.

**Zanders MM**, van Herk-Sukel MP, **Vissers PA**, Herings RM, Haak HR, **van de Poll-Franse LV**. Are metformin, statin and aspirin use still associated with overall mortality among colorectal cancer patients with diabetes if adjusted for one another? *Br J Cancer*. 2015 Jul 28;113(3):403-10.

Zijlstra M, **Bernards N**, de Hingh IH, van de Wouw AJ, Goey SH, Jacobs EM, **Lemmens VE**, Creemers GJ. Does long-term survival exist in pancreatic adenocarcinoma? *Acta Oncol.* 2016 Mar;55(3):259-64.

## URINEWEGEN

**Aben KK**, van der Heijden AG, Kiemeny LA. Trends in incidentie, prognose en sterfte bij spierinvasief blaascarcinoom. *Tijdschr Urol* (2015) 5:184–192.

Bruins HM, **Aben KK**, Arends TJ, van der Heijden AG, Witjes AJ. The effect of the time interval between diagnosis of muscle-invasive bladder cancer and radical cystectomy on staging and survival: A Netherlands Cancer Registry analysis. *Urol Oncol.* 2015 Dec 15. pii: S1078-1439(15)00558-X.

Creemers RG, Galesloot TE, **Aben KK**, van Oort IM, Vasen HF, Vermeulen SH, Kiemeny LA. Known susceptibility SNPs for sporadic prostate cancer show a similar association with "hereditary" prostate cancer. *Prostate.* 2015 Apr 1;75(5):474-83.

Cuypers M, Lamers RE, Kil PJ, **van de Poll-Franse LV**, de Vries M. Impact of a web-based treatment decision aid for early-stage prostate cancer on shared decision-making and health outcomes: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials.* 2015 May 27;16(1):231.

Derikx LA, Nissen LH, Drenth JP, van Herpen CM, Kievit W, **Verhoeven RH**, Mulders PF, Kaa CA, Boers-Sonderen MJ, van den Heuvel TR, Pierik M, Nagtegaal ID, Hoentjen F; Dutch Initiative on Crohn and Colitis (ICC); PALGA group; IBD/RCC group. Better survival of renal cell carcinoma in patients with inflammatory bowel disease. *Oncotarget.* 2015 Nov 10;6(35):38336-38347.

Hermans TJ, Fransen van de Putte EE, Horenblas S, **Lemmens V**, **Aben K**, van der Heijden MS, Beerepoot LV, **Verhoeven RH**, van Rhijn BW. Perioperative treatment and radical cystectomy for bladder cancer - a population based trend analysis of 10,338 patients in the Netherlands. *Eur J Cancer.* 2016 Feb;54:18-26.

Lamers RE, Cuypers M, Husson O, de Vries M, Kil PJ, Ruud Bosch JL, **van de Poll-Franse LV**. Patients are dissatisfied with information provision: perceived information provision and quality of life in prostate cancer patients. *Psychooncology.* 2015 Sep 25.

**Richters A**, **Derks J**, Fossion LM, Kil PJ, **Verhoeven RH**, **Aarts MJ**. Presence and Number of Positive Surgical Margins after Radical Prostatectomy for Prostate Cancer: Effect on Oncological Outcome in a Population-Based Cohort. *Urol Int.* 2015 Nov 3.

Valdagni R, Van Poppel H, Aitchison M, Albers P, Berthold D, Bossi A, Brausi M, Denis L, Drudge-Coates L, De Santis M, Feick G, Harrison C, Haustermans K, Hollywood D, Hoyer M, **Hummel H**, Mason M, Mirone V, Müller SC, Parker C, Saghatchian M, Sternberg CN, Tombal B, van Muilekom E, Watson M, Wesselmann S, Wiegel T, Magnani T, Costa A. Prostate Cancer Unit Initiative in Europe: A position paper by the European School of Oncology. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2015 Aug;95(2):133-43. Review.

**Voogd AC**, **Verhoeven RH**. Treatment of the Primary Tumour in the Presence of Metastases: Lessons from Breast Cancer. *Eur Urol.* 2015 Jun 29. pii: S0302-2838(15)00527-8.



## VROUWELIJKE GESLACHTSORGANEN

Amankwah EK, **Aben KK**, Phelan CM et al. Epithelial-Mesenchymal Transition (EMT) Gene Variants and Epithelial Ovarian Cancer (EOC) Risk. *Genet Epidemiol.* 2015 Sep 24.

Becker JH, **Ezendam NP**, Boll D, **van der Aa M**, Pijnenborg JM. Effects of surgical volumes on the survival of endometrial carcinoma. *Gynecol Oncol.* 2015 Sep 5. pii: S0090-8258(15)30118-9.

Bolton KL, **Aben KK**, Gayther SA et al. Corrigendum: Common variants at 19p13 are associated with susceptibility to ovarian cancer. *Nat Genet.* 2015 Dec 29;48(1):101.

Chornokur G, **Aben KK**, Phelan CM et al. Common Genetic Variation In Cellular Transport Genes and Epithelial Ovarian Cancer (EOC) Risk. *PLoS One* 2015 Jun 19;10(6):e0128106.

de Boer SM, Nout RA, Jürgenliemk-Schulz IM, Jobsen JJ, Lutgens LC, van der Steen-Banasik EM, Mens JW, Slot A, Stenfert Kroese MC, **Oerlemans S**, Putter H, **Verhoeven-Adema KW**, Nijman HW, Creutzberg CL. Long-Term Impact of Endometrial Cancer Diagnosis and Treatment on Health-Related Quality of Life and Cancer Survivorship: Results From the Randomized PORTEC-2 Trial. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2015 Nov 15;93(4):797-809.

Jim HS, **Aben KK**, Phelan CM et al. Common Genetic Variation in Circadian Rhythm Genes and Risk of Epithelial Ovarian Cancer (EOC). *J Genet Genome Res.* 2015;2(2). pii: 017.

Kar SP, **Aben KK**, Pharoah PD et al. Network-based integration of GWAS and gene expression identifies a HOX-centric network associated with serous ovarian cancer risk. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2015 Oct;24(10):1574-84.

Kelemen LE, Lawrenson K, Tyrer J, Li Q, Lee JM, Seo JH, Phelan CM, Beesley J, Chen X, Spindler TJ, **Aben KK**, Anton-Culver H, Antonenkova N; Australian Cancer Study; Australian Ovarian Cancer Study Group; Ovarian Cancer Association Consortium. Genome-wide significant risk associations for mucinous ovarian carcinoma. *Nat Genet.* 2015 Aug;47(8):888-97.

Kuchenbaecker KB, **Aben KK**, Chenevix-Trench G et al. Identification of six new susceptibility loci for invasive epithelial ovarian cancer. *Nat Genet.* 2015 Feb;47(2):164-71.

Lawrenson K, **Aben KK**, Freedman ML et al. Cis-eQTL analysis and functional validation of candidate susceptibility genes for high-grade serous ovarian cancer. *Nat Commun.* 2015 Sep 22;6:8234.

Lawrenson K, **Aben KK**, Schildkraut JM et al. Common variants at the CHEK2 gene locus and risk of epithelial ovarian cancer. *Carcinogenesis.* 2015 Nov;36(11):1341-53.

Lee AW, Templeman C, Stram DA, Beesley J, Tyrer J, Berchuck A, Pharoah PP, Chenevix-Trench G, Pearce CL; Ovarian Cancer Association Consortium (**Aben KK**). Evidence of a genetic link between endometriosis and ovarian cancer. *Fertil Steril.* 2016 Jan;105(1):35-43.e10.

Lu Y, **Aben KK**, Macgregor S et al. Shared genetics underlying epidemiological association between endometriosis and ovarian cancer. *Hum Mol Genet.* 2015 Jul 30. pii: ddv306.

Ovarian Cancer Association Consortium, Breast Cancer Association Consortium, and Consortium of Modifiers of BRCA1 and BRCA2, Hollestelle A, **Aben KK**, Goode EL et al. No clinical utility of KRAS variant rs61764370 for ovarian or breast cancer. *Gynecol Oncol.* 2015 May 2. pii: S0090-8258(15)00863-X. Review.

Reynaers EA, **Ezendam NP**, Pijnenborg JM. Comparable outcome between endometrioid and non-endometrioid tumors in patients with early-stage high-grade endometrial cancer. *J Surg Oncol.* 2015 May;111(6):790-4.

Sant M, Chirlaque Lopez MD, Agresti R, Sánchez Pérez MJ, Holleczeck B, Bielska-Lasota M, Dimitrova N, Innos K, Katalinic A, Langseth H, Larrañaga N, Rossi S, **Siesling S**, Minicozzi P; EUROCARE-5 Working Group. Survival of women with cancers of breast and genital organs in Europe 1999-2007: results of the EUROCARE-5 study. *Eur J Cancer*. 2015 Sep 6. pii: S0959-8049(15)00702-9.

**van der Aa M, Visser O**. Eierstokkanker: silent lady killer. *Oncologica*. 2015 32(2):30-31.

van der Putten LJ, Geels YP, **Ezendam NP**, van der Putten HW, Snijders MP, **van de Poll-Franse LV**, Pijnenborg JM. Lymphovascular space invasion and the treatment of stage I endometrioid endometrial cancer. *Int J Gynecol Cancer*. 2015 Jan;25(1):75-80.

van Kruchten M, van der Marel P, **de Munck L**, Hollema H, Arts H, Timmer-Bosscha H, de Vries E, Hospers G, Reyners A. Hormone receptors as a marker of poor survival in epithelial ovarian cancer. *Gynecol Oncol*. 2015 Sep;138(3):634-9.

Visser NC, Bulten J, van der Wurff AA, Boss EA, Bronkhorst CM, Feijen HW, Haartsen JE, van Herk HA, de Kievit IM, Klinkhamer PJ, Pijlman BM, Snijders MP, Vandenput I, Vos MC, de Wit PE, **van de Poll-Franse LV**, Massuger LF, Pijnenborg JM. PIpelle Prospective ENDOmetrial carcinoma (PIPENDO) study, pre-operative recognition of high risk endometrial carcinoma: a multicentre prospective cohort study. *BMC Cancer*. 2015 Jun 30;15:487.

## B3 Toelichting staat van baten en lasten VWS

Tabel B.1

Brugstaat herziene begroting 2015

(Bedragen x € 1.000)	Herziene begroting 2015	Bijstelling opbrengsten & herrubr.	Cijfermatige toelichting herziene begroting 2015 VWS
Instellingssubsidie VWS	34.312		34.312
Ov. opbrengsten overhead <sup>1</sup>	100	472	572
Overige opbrengsten (overhead)	40		40
Overige opbrengsten*	4.541	155	4.696
	<u>38.993</u>	<u>627</u>	<u>39.620</u>
Opbrengsten overhead (financiële baten)	<u>100</u>		<u>100</u>
<b>Totaal baten</b>	<b>39.093</b>	<b>627</b>	<b>39.720</b>
Personele lasten*	22.894	171	23.065
Materiële lasten*	7.473	-16	7.457
Overhead personele lasten	4.324		4.324
Overhead materiële lasten	5.593		5.593
	<u>40.284</u>	<u>155</u>	<u>40.439</u>
<b>TOTAAL RESULTAAT</b>	<b>-1.119</b>	<b>472</b>	<b>-719</b>
Niet-collectief gefinancierd vrij vermogen	-719	-	-719
Egalisatiereserve VWS	-472	472	-
	<u>-1.119</u>	<u>472</u>	<u>-719</u>

### Toelichting

Op basis van de definitieve jaarcijfers 2014 en de voorlopige cijfers over 2015 heeft IKNL medio 2015 de verwachtingen voor 2015 bijgesteld en ter goedkeuring voorgelegd aan het ministerie van VWS, overeenkomstig de subsidievoorwaarden. De verwachting was dat het resultaat op de onder de instellingssubsidie vallende activiteiten zou verslechteren, als gevolg van tegenvallende overige opbrengsten (-/- € 472.000). Hiervoor werd geen aanvullende financiering aan VWS gevraagd, zoals goedgekeurd in de rvt-vergadering d.d. 3 juli 2015.

De met een asterisk gemarkeerde posten betreffen geen bijstellingen, maar herrubriceringen. Zo worden bijvoorbeeld externe doorbelastingen in de VWS-begroting onder de opbrengsten verantwoord, terwijl IKNL gewoon is deze in mindering op de desbetreffende kosten te brengen.

<sup>1</sup> Inclusief benodigde overheidsbijdrage in de arbeidsontwikkeling (OVA), de benodigde prijscompensatie voor de verwachte loonstijging. Deze wordt intern als onderdeel van de instellingssubsidie gepresenteerd.



Tabel B.2 Cijfermatige toelichting herziene begroting IKNL 2015 naar VWS-thema's

	Kankerregistratie	Onderzoek en onderzoeks-ondersteuning	Richtlijnen en productontwikkeling	Consulentschappen	Landelijke en regionale activiteiten	Datawarehouse MDL-screening	Subtotaal	Niet VWS-gefinancierd	TOTAAL
personeel	7.650	6.676	2.710	765	4.949	-	22.750	315	23.065
materieel	383	330	639	4.924	783	117	7.176	281	7.457
overhead	3.048	2.661	1.080	305	1.973	-	9.067	138	9.205
<b>Totaal lasten</b>	<b>11.081</b>	<b>9.667</b>	<b>4.429</b>	<b>5.994</b>	<b>7.705</b>	<b>117</b>	<b>38.993</b>	<b>734</b>	<b>39.727</b>
overige baten	668	2.907	659	-	447	-	4.681	15	4.696
subsidie	10.413	6.759	3.770	5.994	7.258	117	34.312	-	34.312
<b>Totaal baten</b>	<b>11.081</b>	<b>9.667</b>	<b>4.429</b>	<b>5.994</b>	<b>7.705</b>	<b>117</b>	<b>38.993</b>	<b>15</b>	<b>39.008</b>
<b>Resultaat</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>719</b>	<b>719</b>

Bedragen in € 1.000,-

Tabel B.2 Ingediende begroting IKNL 2015 naar VWS-thema's

	Kankerregistratie	Onderzoek en onderzoeks-ondersteuning	Richtlijnen en productontwikkeling	Consulentschappen	Landelijke en regionale activiteiten	Datawarehouse MDL-screening	Subtotaal	Niet VWS-gefinancierd	TOTAAL
personeel	7.650	6.676	2.710	765	4.949	-	22.750		22.750
materieel	383	330	639	4.924	783	117	7.176		7.176
overhead	3.048	2.661	1.080	305	1.973	-	9.067		9.067
<b>Totaal lasten</b>	<b>11.081</b>	<b>9.667</b>	<b>4.429</b>	<b>5.994</b>	<b>7.705</b>	<b>117</b>	<b>38.993</b>		<b>38.993</b>
overige baten	668	2.907	659	-	447	-	4.681		4.681
subsidie	10.413	6.759	3.770	5.994	7.258	117	34.312		34.312
<b>Totaal baten</b>	<b>11.081</b>	<b>9.667</b>	<b>4.429</b>	<b>5.994</b>	<b>7.705</b>	<b>117</b>	<b>38.993</b>		<b>38.993</b>
<b>Resultaat</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>		<b>-</b>

Bedragen in € 1.000,-

Tabel b.3 Realisatie IKNL 2015 naar VWS-thema's

	Kankerregistratie	Onderzoek en onderzoeks-ondersteuning	Richtlijnen en productontwikkeling	Consulentschappen	Landelijke en regionale activiteiten	Datawarehouse MDL-screening	Subtotaal	Niet VWS-gefinancierd	TOTAAL
personeel	7.883	6.286	1.928	811	4.703	62	21.672	637	22.309
materieel	593	646	416	4.688	713	26	7.081	370	7.451
Overhead	3.738	2.980	914	384	2.230	29	10.276	-	10.276
<b>Totaal lasten</b>	<b>12.214</b>	<b>9.912</b>	<b>3.258</b>	<b>5.883</b>	<b>7.646</b>	<b>117</b>	<b>39.029</b>	<b>1.007</b>	<b>40.036</b>
overige baten	697	3.153	561	5	201	-	4.618	-	4.618
subsidie	10.421	6.766	3.773	5.995	7.263	117	34.334	-	34.334
<b>Totaal baten</b>	<b>11.118</b>	<b>9.919</b>	<b>4.334</b>	<b>5.600</b>	<b>7.464</b>	<b>117</b>	<b>38.952</b>	<b>-</b>	<b>38.952</b>
<b>Resultaat</b>	<b>-1.096</b>	<b>7</b>	<b>1.076</b>	<b>117</b>	<b>-182</b>	<b>-</b>	<b>-77</b>	<b>-1.007</b>	<b>-1.084</b>

Bedragen in € 1.000,-

Integraal Kankercentrum  
Nederland  
info@iknl.nl  
www.iknl.nl

