

VISIE EXPERTZORG SLOKDARM- EN MAAGKANKER

OPGESTELD DOOR SPKS LEVEN MET MAAG- OF SLOKDARMKANKER

AANLEIDING

Door de kankerpatiëntenorganisaties is een gedeelde visie op expertzorg opgesteld (NFK, 2019). De kern van deze boodschap is dat de ontwikkelingen binnen de kankerzorg zo snel gaan, dat alleen specialisten met brede expertise voor een specifieke kankersoort volgens de laatste inzichten en op de best mogelijke manier zorg kunnen bieden. Dit noemen wij expertzorg. Wanneer er expertzorg wordt geleverd kan de patiënt rekenen op de beste kans op overleving, levensverlenging en een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven.

Deze gedeelde visie van de kankerpatiëntenorganisaties is gebouwd op de in 2015 verschenen visie van SPKS leven met maag- of slokdarmkanker (SPKS): Visie op Centers of Excellence voor maag- en slokdarmkanker (SPKS, 2015). Nu de gezamenlijke visie op expertzorg in de oncologie is opgesteld door alle kankerpatiëntenorganisaties, omhelst dat document al veel overeenkomsten met de visie die er is voor expertzorg voor slokdarm- en maagkanker. Echter, missen er een aantal zaken die voor deze groep patiënten van groot belang is. SPKS is van mening dat de urgentie voor ontwikkelen richting expertzorg voor mensen met slokdarm- en maagkanker hoog is. Zowel op het gebied van diagnostiek, behandeling en nazorg.

In dit stuk, wat dient als een aanvulling op de gezamenlijke visie op expertzorg, wordt duidelijk waarom expertzorg voor mensen met slokdarm- en maagkanker zo belangrijk is en dat het zetten van stappen in de richting van expertzorg op korte termijn nodig is.

ACHTERGROND URGENTIE

Zoals in de aanleiding beschreven is ook voor mensen met slokdarm- en maagkanker expertzorg van levensbelang. Dit blijkt onder andere uit artikelen over de grote praktijkvariatie in de behandeling van slokdarm- en maagkanker, zowel voor mensen die curatief als palliatief behandeld worden. Verder loopt de incidentie van maagkanker terug, waardoor dit een zeldzame kanker lijkt te worden. Hierdoor wordt de concentratie voor expertzorg voor maagkankerpatiënten nog belangrijker.

VERANDERING IN DE INCIDENTIE

Er is een toename van het aantal mensen met slokdarmkanker (van ongeveer 1800 mensen waarbij slokdarmkanker werd vastgesteld in het jaar 2000 naar ongeveer 3000 in het jaar 2020) en een afname van het aantal mensen met maagkanker, mede door betere diagnostiek en behandeling van besmetting met de helicobacter pylori bacterie (incidentie van maagkanker ging van ongeveer 1500 in het jaar 2000 naar ongeveer 1000 in het jaar 2020) (IKNL, 2021).

Dit betekent dat met de huidige incidentie van maagkanker, deze ziekte onder de noemer van zeldzame kankersoort kan worden gerekend. Een kankersoort is zeldzaam wanneer minder dan 6 op de 100.000 mensen per jaar deze diagnose krijgt. Wanneer dat vertaald wordt naar de Nederlandse bevolking, komt dat neer op een incidentie van +/- 1048 per jaar.

Van de mensen die te horen krijgen dat zij slokdarm- of maagkanker hebben, is het percentage dat bij diagnose te horen krijgt dat de ziekte is uitgezaaid erg hoog (tabel 1). Dit percentage is hoger dan bij andere kankersoorten. Daar ligt het gemiddelde op 20% (IKNL, 2021).

Stadium bij diagnose	Duiding stadium IKNL rapport (deze wordt ook in deze visie gehanteerd)	Slokdarmkanker	Maagkanker
Vroegcarcinoom	Alle patiënten met een cT1 cN0/X cM0 slokdarm- of maagcarcinoom. De ziekte is goed behandelbaar.	3%	2%
Potentieel curabel	Voor patiënten met een cT1-4A of cTX en cM0 slokdarm- of maagcarcinoom wordt op basis van het klinische stadium aangenomen dat deze patiënten in aanmerking komen voor een in opzet curatieve therapie. De fitheid en wens van de patiënt spelen uiteraard ook een rol in de beslissing voor het wel of niet ondergaan van de behandeling. Daarom wordt deze groep in dit rapport 'potentieel curabel' genoemd. De hierboven beschreven groep 'vroegcarcinoom' is niet meegenomen binnen de groep 'potentieel curabel'.	59%	50%
Palliatief	Patiënten met lokaal vergevorderde ziekte (cT4B) of met uitzaaiingen op afstand (cM1) komen in het algemeen niet meer in aanmerking voor een in opzet curatieve therapie.	38%	48%

Tabel 1: Stadium bij diagnose en definitie van het stadium naar het IKNL rapport slokdarm- en maagkanker in Nederland, 2021

Wel is het belangrijk te beseffen dat SPKS merkt dat de grenzen tussen curabel en palliatief aan het vervagen zijn. Ook palliatieve trajecten kunnen nu lang duren en er zijn meer behandelmogelijkheden voor mensen met uitgezaaide slokdarm- of maagkanker. Dit betekent dat ook mensen met beperkte uitzaaiingen (op afstand) in sommige gevallen in aanmerking komen voor een potentieel curabele behandeling.

OVERLEVING

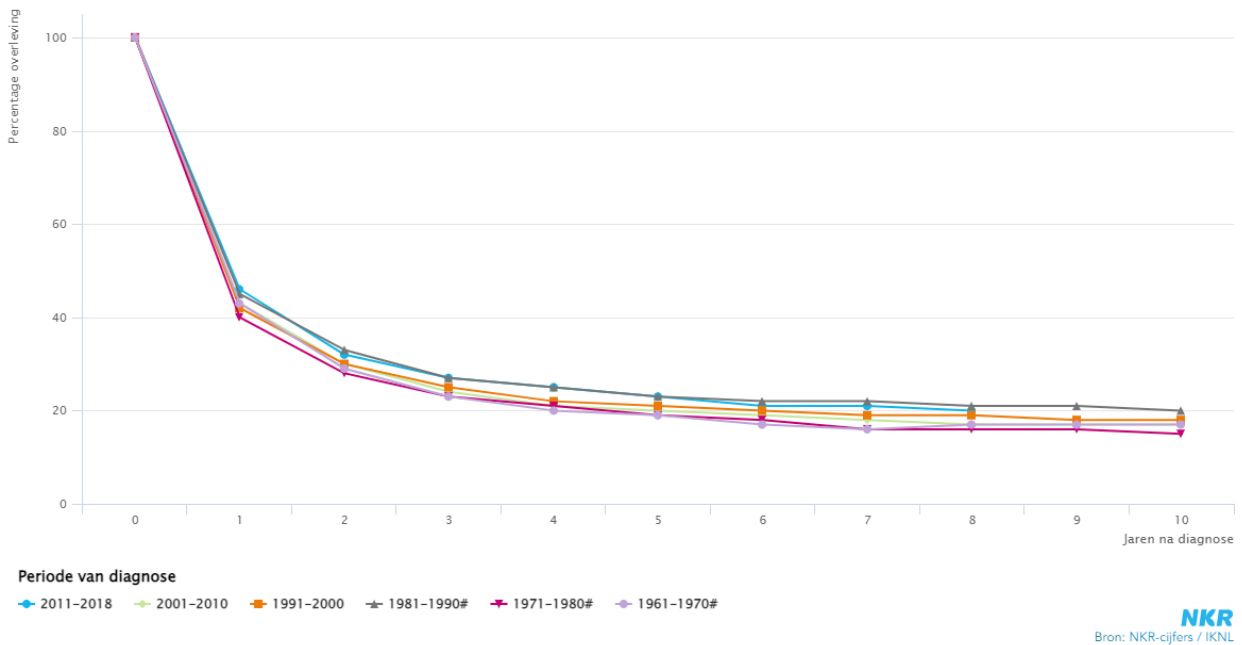
In het IKNL rapport Slokdarm- en Maagkanker in Nederland (2021) wordt naast incidentie ook uitgebreid ingegaan op de overleving. In deze paragraaf een kleine samenvatting. De overleving van mensen met slokdarm- of maagkanker is in de afgelopen jaren nauwelijks toegenomen. Dit komt mede doordat de ziektes pas in een later stadium worden ontdekt.

De 5-jaarsoverleving voor mensen met een bij diagnose curabel stadium van slokdarmkanker is 30% (2011-2020). Voor mensen met een bij diagnose curabel stadium van maagkanker is de 5-jaarsoverleving 33% (2011-2020). Bij slokdarmkanker werd in dit stadium bij diagnose sinds 1990 een toename in overleving gezien van 20%, voor maagkanker was dit slechts 7% (IKNL, 2021).

De overleving bij mensen die bij diagnose een palliatief stadium hadden is iets toegenomen. Bij mensen met een palliatief stadium slokdarmkanker is de 1-jaarsoverleving nu 23% (was in de periode van 1990-1999 13%) en bij mensen met een palliatief stadium van maagkanker is dat 18% (was in de periode van 1990-1999 10%).

Overleving, Maagkanker (excl. cardiaanker), Periode van diagnose (10 jaar)

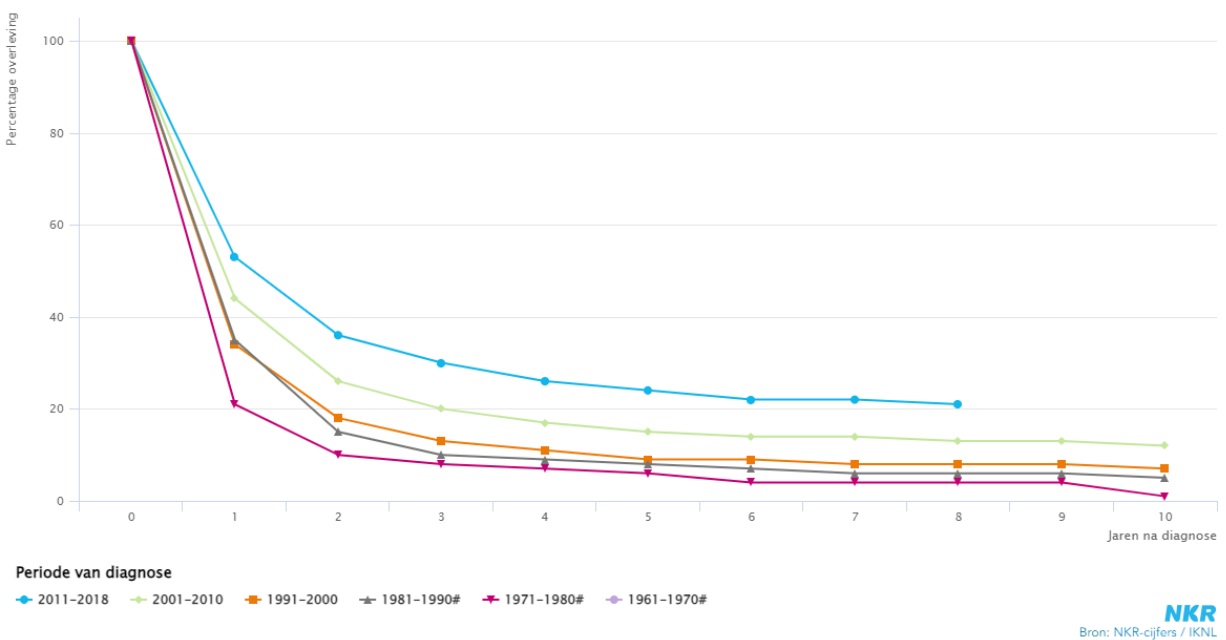
</> XLS PNG PPT



Figuur 1: Overleving Maagkanker (Bron: NKR)

Overleving, Slokdarmkanker, Periode van diagnose (10 jaar)

</> XLS PNG PPT

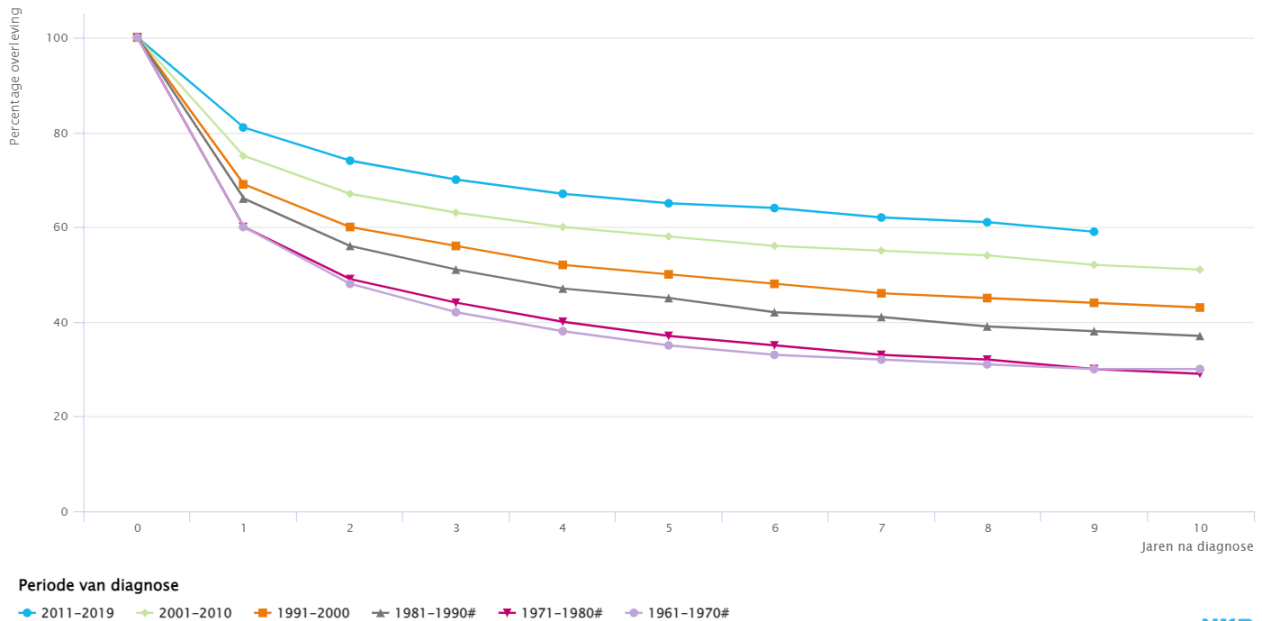


Figuur 2: Overleving Slokdarmkanker (Bron: NKR)

Wanneer de stadia bij elkaar worden genomen is in bovenstaande grafieken duidelijk te zien dat voor maagkanker de overleving in de afgelopen decennia nauwelijks is toegenomen. Voor slokdarmkanker is zijn de vooruitzichten iets verbeterd.

Echter, in vergelijking met *alle* kankersoorten (figuur 3) blijven slokdarm- en maagkanker nog ver achter als het gaat om de overlevingscijfers. Zowel in het daadwerkelijke percentage van overleving, als in de vooruitgang die geboekt is in de afgelopen decennia. Voor maagkanker is deze stagnering het meest zichtbaar (zie figuur 1).

Overleving, Periode van diagnose (10 jaar)



Figuur 3: Overleving alle kankersoorten (Bron: NKR)

ORGANISATIE VAN ZORG

Van oudsher zijn de beroepsverenigingen en wetenschappelijke verenigingen zo ingedeeld dat de bovenste spijsverteringsorganen als groep samen worden onderzocht en de zorg voor kanker van deze organen in gezamenlijkheid wordt geëvalueerd. Ook in de klinische audits, zoals die van de DUCA (Dutch Upper GI Cancer Audit), richten zich op de “upper GI”: slokdarm- en maagkanker.

Door deze “Upper GI” indeling is er een nauwe samenwerking tussen experts die onderzoek doen naar slokdarm- én maagkanker en die mensen met slokdarm- én maagkanker behandelen. Daarom heeft het de sterke voorkeur van SPKS dat mensen slokdarm- en maagkanker in hetzelfde ziekenhuis worden behandeld of in nauwe samenwerking met een collega-ziekenhuis indien zij slechts één van deze kankersoorten behandelen.

DIAGNOSTIEK

Expertise rondom de diagnostiek van slokdarm- en maagkanker wordt steeds belangrijker. Zo verschillen de behandelingen per type cel waar de kanker in is ontstaan. Een adenocarcinoom van de slokdarm wordt bijvoorbeeld anders behandeld dan een plaveiscelcarcinoom van de slokdarm. En bij maagkanker zie je een verschil tussen het diffuse type en het intestinale type.

Ook is met de opkomst van moleculaire diagnostiek steeds meer bekend over genmutaties bij slokdarm- en maagkanker. De Her2Neu-test bij slokdarmkanker is hiervan een voorbeeld. Voor maagkanker spelen genmarkers die microsatelliet instabiele tumoren aantonen een rol. Zowel de uitkomsten van moleculair onderzoek bij slokdarm- als bij maagkanker kunnen invloed hebben op de uiteindelijke behandeling en kan voor een deel voorspellen hoe de tumor van iemand gaat reageren op een behandeling.

Ook erfelijkheid kan een rol spelen, dit wordt vooral gezien bij maagkanker. Zo is bekend dat mensen die het CTNNA1-gen of CDH11-gen dragen een hogere kans hebben op het ontwikkelen van maagkanker. Wanneer dit bekend is, kan er door een klinisch geneticus ook familiair onderzoek gedaan worden bij naasten. Wanneer blijkt dat een van hen ook drager is van zo'n gen, dan kan met regelmatig onderzoek of preventieve resectie de kans op maagkanker zo klein mogelijk of uitgesloten worden.

De ervaring van SPKS is, dat expertziekenhuizen alle zorgprofessionals, apparatuur en kennis (een expertteam) in huis hebben om de bovengenoemde onderzoeken uit te voeren. Ook zijn er aanwijzingen dat in expertziekenhuizen het aandeel patiënten waarbij deze diagnostische onderzoeken worden uitgevoerd, groter is.

Ook blijkt uit onderzoek dat de plek waar de diagnose slokdarm- of maagkanker wordt gesteld, invloed heeft op de kans of iemand een in opzet curatieve behandeling krijgt (Luijten et al., 2021 & Koëter., 2018). Dit heeft ook invloed op de overleving. Om alle mensen met slokdarm- of maagkanker een gelijke kans op een curatieve behandeling te geven, is het dus essentieel om de vervolgdagnostiek plaats te laten vinden in een expertziekenhuis. Het is daarom voor huisartsen, als ook voor medisch specialisten in een algemeen ziekenhuis van belang dat zij tijdig de patiënt naar een expertziekenhuis verwijzen: óók voor vervolgdagnostiek.

OPERATIES

Aangezien het aantal mensen waarbij per jaar maagkanker geconstateerd wordt, sterk terugloopt, is het belangrijk dat deze zorg verder geconcentreerd wordt om optimale expertise binnen een zorginstelling te behouden.

In de openbare data van de Transparantiekalender is goed terug te zien dat het volume resecties voor zowel maag- als slokdarmkanker enorm verschilt tussen ziekenhuizen. Waar het ene ziekenhuis om en nabij de minimumnorm van 20 operaties per jaar blijft steken, is te zien dat andere deze norm in (meer dan) viervoud overschrijden (Zorginstituut, 2020).

Uit onderzoek blijkt dat vanaf een volume tussen de 40 en 60 slokdarmresecties per jaar, de positieve uitkomsten na de operatie enorm toenemen (Voeten et al., 2021). Het percentage van mensen met slokdarmkanker dat na de operatie een naadlekkage als complicatie krijgt, neemt bijvoorbeeld flink af naarmate een ziekenhuis jaarlijks meer operaties uitvoert. En de kans op een “textbook outcome¹” neemt juist toe.

Daarom vindt SPKS het voor mensen met slokdarmkanker belangrijk dat het ziekenhuis minstens 40-60 operaties per jaar uitvoert bij mensen met slokdarmkanker. Hierdoor hebben mensen minder kans op complicaties.

NIET-CHIRURGISCHE BEHANDELING

Een groot deel van de mensen met slokdarm- of maagkanker wordt pas gediagnosticeerd als de kanker al is uitgezaaid. In deze gevallen is een operatie vaak niet meer mogelijk of wenselijk. In deze gevallen kan er voor een niet-chirurgische behandeling gekozen worden. Ook hier gaan de ontwikkelingen snel, met name door de ontwikkeling van doelgerichte therapie en immunotherapie. Combinaties van doelgerichte therapie, immunotherapie en chemotherapie worden steeds vaker gegeven aan mensen met slokdarm- of maagkanker. Zowel in de curatieve als palliatieve setting. Doordat de ontwikkelingen zo snel gaan, is het belangrijk dat behandelaren deze ontwikkelingen goed bij kunnen houden en ook zelf onderzoek hiernaar doen. In de praktijk wordt nog steeds veel variatie gezien in het inzetten van systemische therapieën in de palliatieve fase. Hier wordt verder op ingegaan in de paragraaf “voorbeelden van praktijkvariatie”.

Naast systemische therapie, wordt bij slokdarmkanker ook vaak radiotherapie toegepast. Deze behandeling in combinatie met chemotherapie wordt ook voorafgaand aan de operatie curatief ingezet. Net als na een operatie kunnen er door radiotherapie ook klachten ontstaan, zoals slikklachten, pijn en darmproblemen. Ook ligt de slokdarm dicht bij het hart, belangrijke vaten en de longen. Hierdoor kan op langere termijn ook schade aan deze organen ontstaan als gevolg van de behandeling.

¹ Er zijn verschillende parameters die de uitkomst van een maag- of slokdarmoperatie kunnen beïnvloeden. Door deze parameters in een samengestelde uitkomstmaat mee te nemen, kan het beloop van maag- en slokdarmoperaties inzichtelijk gemaakt worden voor bijvoorbeeld kwaliteitsverbetering.

Tegenwoordig kan er steeds gericht worden bestraald; met minder belasting van het gezonde weefsel. De ervaring van de radiotherapeut en de bestralingsapparatuur vindt SPKS ook van belang als het gaat om expertzorg.

NAZORG

De behandelingen voor mensen met slokdarm- en maagkanker zijn zeer ingrijpend. De invloed die een operatie en/of chemoradiatie (combinatie van radiotherapie en chemotherapie) heeft is groot, zowel fysiek als mentaal. Veel mensen die een slokdarm- of maagresectie hebben gehad ervaren problemen met de spijsvertering, met vaak ook deficiënties in vitaminen en mineralen tot gevolg. Hierdoor kunnen ook andere klachten ontstaan zoals ernstige vermoeidheid, neuropathie, misselijkheid en chronische diarree. Alle klachten bij elkaar kunnen invloed hebben op de kwaliteit van leven. Een expertziekenhuis dient ook voor deze (late) gevolgen van de behandeling zorg te verlenen en doet dit samen met verpleegkundig specialisten, diëtisten, logopedisten, fysiotherapeuten en mensen die psychosociale zorg leveren. Ook deze paramedici hebben binnen een expertziekenhuis veel ervaring in behandelen van mensen die slokdarm- of maagkanker hebben of hebben gehad. Hierdoor weten zij wat het beste werkt bij allerlei klachten van de patiënt.

Daarnaast is bij een groot deel van de mensen die te horen krijgen dat zij slokdarm- of maagkanker hebben, genezing niet meer mogelijk. Dit heeft een grote impact op deze mensen en hun naasten. Hierdoor is het belang van hoogwaardige palliatieve zorg voor deze groep mensen essentieel. Daarom zou een palliatief team altijd deel moeten uitmaken van de groep experts die mensen met slokdarm- of maagkanker behandelen. Ook is de lijn met de huisarts belangrijk, omdat deze de zorg in de laatste fase thuis overneemt.

VOORBEELDEN VAN PRAKTIJKVARIATIE

In de afgelopen twee jaar is een aantal wetenschappelijke artikelen verschenen waaruit duidelijk wordt dat het volume aantal van mensen met slokdarm- en maagkanker dat wordt gezien in een ziekenhuis (veel) invloed heeft op de manier van diagnostiek, behandeling en overleving.

PRAKTIJKVARIATIE BIJ DE DIAGNOSTIEK VAN SLOKDARM- EN MAAGKANKER

Praktijkvariatie in de diagnostiek wordt vooral gezien bij de moleculaire diagnostiek. Het aandeel van patiënten met een gemetastaseerd slokdarm- of maagcarcinoom dat getest wordt op HER2, is in expertziekenhuizen met een hoog volume patiënten hoger dan in ziekenhuizen waar relatief weinig patiënten met slokdarm- of maagkanker worden gezien (Dijksterhuis et al., 2020).

PRAKTIJKVARIATIE BIJ DE BEHANDELING VAN SLOKDARM- EN MAAGKANKER

In het proefschrift van Koëter (2018) is te lezen dat de concentratie van zorg voor mensen met slokdarm- of maagkanker, een toename van de overleving te zien is. Ook blijkt uit datzelfde proefschrift dat de het ziekenhuis van diagnose een duidelijke invloed heeft op de overleving. Dit komt met name door de kans op het krijgen van een in opzet curatieve behandeling en die kans is per ziekenhuis van diagnose verschillend.

Ook Luijten et al (2021) vonden een praktijkvariatie in de kans op een curatieve behandeling. In dit onderzoek werd gekeken naar het ziekenhuis van diagnose en of mensen met slokdarm- of maagkanker een in opzet curatieve behandeling werd aangeboden. Dit verschil (in de periode van 2015-2017) in opzet curatieve behandeling gegeven worden van 54-89% bij slokdarmkanker en van 45-100% bij maagkanker. De variatie lijkt iets te zijn afgenomen voor slokdarmkanker, maar voor maagkanker is er geen verandering in de praktijkvariatie ten opzichte van eerdere jaren (Luijten et al., 2021).

In de studie van Voeten et al (2021) werd een afname van complicaties gevonden bij een behandelvolume van 40 operaties per jaar. Tot 60 operaties per jaar werd er een verbetering gezien in de uitkomsten, daarna bleven de kansen op goede uitkomsten na een operatie gelijk. Alleen voor

naadlekkages en het aantal verwijderde lymfeklieren werden betere uitkomsten gezien bij 60 of meer operaties per ziekenhuis per jaar. In deze studie is verder niet gekeken naar de invloed die het volume van operaties had op de overleving op langere termijn. Wel blijkt uit andere studies dat de (ernst) van complicaties na een behandeling van slokdarm- of maagkanker invloed kan hebben op de overleving. Op dit moment is de minimumnorm 20 slokdarmoperaties per jaar per ziekenhuis.

Het behandelvolume blijkt ook bij mensen die uitgezaaide slokdarm- of maagkanker hebben invloed te hebben op de overleving en de behandeling die zij krijgen. Bij patiënten met gemetastaseerde ziekte blijkt ook dat ziekenhuizen waar een hoog volume aan slokdarm- en maagkankerpatiënten wordt behandeld, de overleving beter is (Mohammad et al., 2017).

Daarnaast is uit onderzoek gebleken dat ziekenhuizen met een hoog volume in de laatste maand voor overlijden *minder vaak* chemotherapie geven aan mensen met slokdarm- of maagkanker (Besseling et al., 2021). Dit suggereert dus dat zij beter weten wanneer zij moeten stoppen met een behandeling.

Uit al deze onderzoeken, kan geconcludeerd worden dat in expertziekenhuizen waar een groot volume aan mensen met slokdarm- of maagkanker gezien wordt, de behandeling en overleving op vele punten beter is. Deze expertise en hoogstaande kwaliteit van zorg is iets waar alle mensen met slokdarm- of maagkanker toegang tot zouden moeten hebben. Dat mag niet afhangen van het ziekenhuis waar zij gediagnosticeerd komen. Daarom pleit patiëntenorganisatie SPKS leven met maag- of slokdarm kanker voor verdere concentratie van zorg voor mensen met slokdarm- of maagkanker in expertziekenhuizen.

TOEKOMST: WAT IS EXPERTZORG VOOR SLOKDARM- EN MAAGKANKER?

Expertzorg voor mensen met slokdarm- en maagkanker betekent dat de zorg wordt geleverd door een specialistisch multidisciplinair team van experts. Deze zorgprofessionals (verpleegkundigen, medisch specialisten, diëtisten etc.) leggen zich volledig of meer dan de helft van de tijd toe op het verlenen van zorg voor mensen met slokdarm- en maagkanker. Zij doen veel aan wetenschappelijk onderzoek naar diagnostiek, behandeling, nazorg en ook naar kwaliteit van leven voor deze patiëntengroep. In dit hoofdstuk zullen wij dieper ingaan op wat wij van deze professionals en de organisatie van de zorg voor mensen met slokdarm- of maagkanker verwachten.

De gezamenlijke visie op expertzorg (NFK, 2019) dient als uitgangspunt. Hieronder worden de extra voorwaarden voor expertzorg voor mensen met slokdarm- en maagkanker weergegeven.

VOORWAARDEN EXPERTZORG SLOKDARM- EN MAAGKANKER

HUISARTS

- Het expertziekenhuis wijst erop dat een patiënt een time-out consult met de huisarts kan aanvragen.
- De huisarts neemt een actieve rol aan ten aanzien van het behandelproces. Huisartsen hebben over het algemeen een goed beeld van de psychosociale situatie van mensen, wat invloed kan hebben op de keuze voor een behandeling. Ook in de ontwikkeling waar therapieën thuis gegeven kunnen of gaan worden, is de rol van de huisarts belangrijk. Denk bijvoorbeeld aan het begeleiden van het therapietrouw zijn als het gaat om het innemen van medicatie.
- Bij kwetsbare ouderen met slokdarm- of maagkanker neemt de geriater van het ziekenhuis contact op met de huisarts om voorafgaand aan het MDO samen een advies te geven over de behandeling. Hierbij worden de wensen van de patiënt meegenomen in de overwegingen.

ALGEMEEN (ZIEKENHUIS)

- Het ziekenhuis staat ervoor open om inzicht te geven in het zorgpad door visites van de patiëntenorganisatie SPKS.
- Aandacht voor voeding is een integraal onderdeel van het zorgpad

- Het expertziekenhuis attendeert (oud)patiënten op het buddy systeem van SPKS en wijst oud patiënten op de mogelijkheid om buddy te worden voor lotgenoten.
- Binnen het expertziekenhuis werkt het behandelteam minstens 50% van de tijd met patiënten met slokdarm- of maagkanker. Dit team bestaat minstens uit: chirurgen, MDL-arts(en), gespecialiseerd verpleegkundige, radiotherapeut, nucleair geneeskundige, patholoog, radioloog, diëtist, logopedist en fysiotherapeut. Daarnaast is er een geriater beschikbaar om de kwetsbare oudere mensen met slokdarm- of maagkanker te zien.
- Bij het MDO zijn alle betrokken disciplines aanwezig. Ook de diëtist en bij voorkeur ook een expert op het gebied van palliatieve zorg.

DIAGNOSTIEK

- Zodra de diagnose slokdarm- of maagkanker is gesteld, verwijst het algemeen ziekenhuis naar een expertziekenhuis. In het expertziekenhuis vindt de (aanvullende) diagnostiek plaats.
- Gezien de ontwikkelingen op het gebied van personalized medicine, is het wenselijk dat bij patiënten met maag- of slokdarmkanker moleculaire diagnostiek van de tumor wordt verricht.

BEHANDELING

- Per jaar minimaal 60 slokdarmoperaties en minimaal 20 maagoperaties.
- Er wordt een prehabilitatietraject aangeboden vóór operatie.

NAZORG

- Functionele klachten* als gevolg van (de behandeling van) slokdarm- en maagkanker komen heel veel voor en hebben grote invloed op de kwaliteit van leven voor mensen die slokdarm- of maagkanker hebben (gehad). Daarom moet elk expertziekenhuis hier een aanpak hebben zodat mensen met klachten begeleid kunnen worden passend bij hun persoonlijke situatie.
- Indien deze functionele klachten onbegrepen blijven, zoekt het expertziekenhuis in - of buiten - het ziekenhuis advies voor de individuele patiënt.
- Patiënten krijgen na een slokdarm- of maagresectie adviezen omtrent het voorkómen en zo nodig behandelen van vitaminen- en mineralendeficiënties. De huisarts wordt hier ook van op de hoogte gesteld, zodat eventuele lab-aanvragen ook door de huisarts gedaan kunnen worden.
- Bij ieder mens met slokdarm- of maagkanker waarbij geen curatieve behandeling meer mogelijk is (dit kan bij diagnose of later in het behandelproces blijken) wordt **standaard** het palliatieve team ingeschakeld.

*=De definitie van functionele klachten die gehanteerd wordt in dit stuk wijkt mogelijk af van de definitie die in sommige ziekenhuizen wordt aangehouden. In dit geval bedoelen wij met functionele klachten:

- Verminderde motiliteit
- Dysfagie
- Reflux na oesophagusresectie
- Gallige reflux na maagresectie
- Vertraagde maagontlediging
- Misselijkheid
- Dumping
- Steatorroe
- Diarree overig
- Obstipatie
- Hoesten
- Overige postoperatieve problemen/klachten/symptomen na Upper GI Chirurgie.

GEBRUIKTE LITERATUUR

- Besseling, J., Reitsma, J., Van Erkelens, J., Schepens, M., Siroen, M., & Ziedses des Plantes, C. et al. (2021). Use of Palliative Chemotherapy and ICU Admissions in Gastric and Esophageal Cancer Patients in the Last Phase of Life: A Nationwide Observational Study. *Cancers*, 13(1), 145. doi: 10.3390/cancers13010145
- Dijksterhuis, W., Verhoeven, R., Meijer, S., Slingerland, M., Haj Mohammad, N., & de Vos-Geelen, J. et al. (2019). Increased assessment of HER2 in metastatic gastroesophageal cancer patients: A nationwide population-based cohort study. *Annals Of Oncology*, 30, v312. doi: 10.1093/annonc/mdz247.139
- NFK, namens alle kankerpatiëntenorganisaties. (2019) Expertzorg voor alle mensen met kanker. Visie van de Nederlandse kankerpatiëntenorganisaties. Retrieved 23 December 2021, from <https://nfk.nl/themas/expertzorg/missie-en-visie>
- Haj Mohammad, N., Bernards, N., van Putten, M., Lemmens, V., van Oijen, M., & van Laarhoven, H. (2017). Volume-outcome relation in palliative systemic treatment of metastatic oesophagogastric cancer. *European Journal Of Cancer*, 78, 28-36. doi: 10.1016/j.ejca.2017.03.008
- IKNL (in samenwerking met DUCG, DUCA, POCOP, & SPKS). (2021). *Rapport Slokdarm- en maagkanker in Nederland*. Utrecht: IKNL.
- Koëter, M. (2018). *The influence of treatment decisions on the outcome of esophageal cancer* (1st ed.). Proefschrift.
- Luijten, J., Vissers, P., Lingsma, H., van Leeuwen, N., Rozema, T., & Siersema, P. et al. (2021). Changes in hospital variation in the probability of receiving treatment with curative intent for esophageal and gastric cancer. *Cancer Epidemiology*, 71, 101897. doi: 10.1016/j.canep.2021.101897
- SPKS Leven met maag of slokdarmkanker. (2015). Visie op Centers of Excellence voor maag-en slokdarmkanker. Retrieved 23 December 2021, from <https://spks.nl/levenmetmaagkanker/wp-content/uploads/sites/3/2017/09/20170904-Visie-SPKS-op-Centers-of-Excellence-Maag-Slokdarmkanker-augustus-2017.pdf>
- Voeten, D., Gisbertz, S., Ruurda, J., Wilschut, J., Ferri, L., van Hillegersberg, R., & van Berge Henegouwen, M. (2021). Overall Volume Trends in Esophageal Cancer Surgery Results From the Dutch Upper Gastrointestinal Cancer Audit. *Annals Of Surgery*, 274(3), 449-458. doi: 10.1097/sla.0000000000004985
- Zorginstituut. (2010). Transparantiekalender. Retrieved 23 December 2021, from <https://www.zorginzicht.nl/openbare-data/open-data-ziekenhuizen-en-zelfstandige-behandelcentra---medisch-specialistische-zorg>