

Jaarverslag 2016

Een stap verder

mei 2017

Jaarverslag 2016

Een stap verder

Dit verslag is op 17 mei 2017 vastgesteld door de raad van bestuur en goedgekeurd door de raad van toezicht op 24 mei 2017.

Inhoudsopgave

Voorwoord	7
1 IKNL in 2016: feiten in vogelvlucht	9
2 Beleid en activiteiten 2016	12
2.1 Doel en missie	12
2.2 Hoofdprocessen IKNL	12
2.3 Organisatiestructuur	13
2.4 Focus 2016	14
2.5 Activiteiten ter verbetering van de oncologische zorg	15
2.5.1 Registreren	15
2.5.2 Rapporteren	19
2.5.3 Ondersteunen	22
2.6 Activiteiten ter verbetering van de palliatieve zorg	25
2.6.1 Registreren	25
2.6.2 Rapporteren: Onderzoek	25
2.6.3 Ondersteunen	26
3 Financiën, personeel en bedrijfsvoering	29
3.1 Financiën	29
3.2 Personeel	32
3.3 Bedrijfsvoering	32
4 Jaarrekening 2016	33
4.1 Balans per 31 december 2016	33
4.2 Staat van baten en lasten	34
4.3 Kasstroomoverzicht	35
4.4 Grondslagen van waardering en resultaatbepaling	36
4.5 Toelichting op de balans	38
4.6 Toelichting op de staat van baten en lasten	42
4.7 WNT-verantwoording	44
4.8 Overige gegevens	46
Bijlagen	51
B1 Algemene gegevens en governance	52
B2 Belanghebbenden en samenwerkingspartners	58
B3 Overzicht (tumor)werkgroepen, consortia, tumorteams en projecten	59
B4 Overzicht publicaties	63
B5 Toelichting VWS	77



Voorwoord

Met genoegen presenteren wij u het jaarverslag 2016 van IKNL. Hierin laten de medewerkers van IKNL zien wat zij in dit jaar gedaan hebben om mee te helpen de kwaliteit van oncologische en palliatieve zorg te verbeteren.

Belangrijk zijn altijd de inspanningen om de meest relevante gegevens van patiënten met kanker zo efficiënt mogelijk te verzamelen, te analyseren en ‘terug te geven’ aan behandelaren en - via hen en steeds vaker via digitale kanalen als Kanker.nl en de Verwijsgids Kanker - aan patiënten, en aan andere belanghebbenden zoals ziekenhuizen en beleidsbepalers. Daartoe werd de samenwerking met de relevante multidisciplinaire beroepsgroepen verder geïntensiveerd, vooral door de tumorteams.

Met behulp van deze gegevens zijn talrijke vruchtbare wetenschappelijke artikelen en analyses verschenen; essentiële informatie die direct of indirect effect heeft op de behandeling van kanker in de dagelijkse praktijk. De informatie is er ook om besluitvorming rond zorg te verbeteren (Oncoguide, digitale beslisbomen) en om organisatie van zorg te stroomlijnen (vorming van Comprehensive Cancer Networks in Taskforce verband) en daar werd en wordt druk aan gewerkt.

Voorts werd stevig doorgewerkt aan ‘registratie aan de bron’, samen met de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en het Citrienfonds. Goed was te merken hoe belangrijk anderen de NKR data vinden, zoals te merken aan allerlei initiatieven om, op veilige wijze, data in samenhang te brengen met gegevens van bijvoorbeeld NIVEL en Pharmo.

Binnen de palliatieve wereld gebeurt er veel. Zo werd de vorming van een brede organisatie, van IKNL met Agora en Fibula, later uit te breiden met PaTz, consortia en onderzoekscentra voorbereid om in 2017 zijn beslag te krijgen.

Dat en nog veel meer! Al de inspanningen kunnen alleen komen vanuit een organisatie met veel enthousiaste mensen, geholpen door onder andere een programma voor ‘duurzame inzetbaarheid’.

Veel leesplezier!

Peter Huijgens
raad van bestuur

Een stap verder

Terugkijkend op 2016 constateert de Raad van Toezicht dat opnieuw sprake is van een goed jaar voor de organisatie waarin vruchtbare stappen zijn gezet. IKNL heeft zich in enkele jaren op organische wijze ontwikkeld tot een volwassen organisatie waarin de NKR en het onderzoek beter verbonden zijn met de wijze waarop de oncologische zorg in Nederland is georganiseerd.

De raad van toezicht is ook in 2016 goed geïnformeerd door de raad van bestuur over actuele ontwikkelingen en tijdig betrokken bij belangrijke besluiten voor de toekomst van de organisatie. Uit de recente Beleidsdoorlichting van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2016) over de jaren 2010-2015 blijkt de activiteit NKR (registratie en onderzoek) onbetwist, en blijft afbakening van overige activiteiten een aandachtspunt. Deze conclusie geeft ons het vertrouwen de afgelopen jaren de juiste veranderingen te hebben doorgemaakt. De verbeterde relatie met het veld, het houden van focus op de activiteit NKR, het verder professionaliseren van IT en de herpositionering van palliatieve zorg zijn daarin bepalende onderwerpen.

De raad van toezicht ziet de verdere stappen met vertrouwen tegemoet.

Trots zijn wij op de toekenning van de prof. dr. P. Muntendamprijs aan onze bestuurder Peter Huijgens op 4 maart 2016. De jury kende hem de prijs toe "vanwege zijn tomeloze inzet voor organisatorische en maatschappelijke veranderingen in de oncologische gezondheidszorg, in het bijzonder de hematologie".

Aan het eind van het verslagjaar gaf bestuurder Ronald Spanjers aan een nieuwe stap te gaan zetten in zijn loopbaan door per 1 maart 2017 de functie van bestuurder te aanvaarden bij Revalidatiecentrum Roessingh in Enschede. Wij zijn hem zeer erkentelijk voor zijn belangrijke bijdrage aan de opbouw van IKNL en het verder versterken van de aansluiting met de omgeving. Wij betreuren zijn vertrek, maar hebben begrip voor zijn besluit en wensen hem veel succes in zijn nieuwe functie.

Wij danken zorgprofessionals, patiëntenorganisaties en beleidsbepalers voor het nog altijd groeiende vertrouwen in IKNL. Ook danken wij bestuur en medewerkers voor hun enorme inzet. De raad van toezicht heeft het vertrouwen dat IKNL, met het gevoerde beleid en de inspanningen van alle betrokkenen, een belangrijke bijdrage blijft leveren aan de verbetering van de oncologische en palliatieve zorg in Nederland.

Emile Lohman
voorzitter raad van toezicht

1 IKNL in 2016: 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. Daarnaast wordt de Informatie gebruikt door zorginstellingen voor hun beleid en in netwerkvorming. Tot slot is deze informatie heel geschikt en onmisbaar voor de individuele patiënten om – samen met de mensen om hen heen - zelfstandig goed onderbouwde keuzes te kunnen maken.



oncologische zorg in vogelvlucht

REGISTREREN



- 2,5 miljoen ● patiëntgegevens in de NKR
- 2,9 miljoen ● tumorgegevens in de NKR
- 15.420 ● werkzaamheden voor patiënten verricht door het IKNL-trialbureau in
- 286 ● studies
 - oprichting Dutch Oncology Research Platform (DORP)
 - presentatie betaversie Oncoguide en doorontwikkeling van het systeem
 - realisatie koppeling NKR met PHARMO-datanetwerk en NIVEL(pilot)

RAPPORTEREN



- 371 ● gegevensaanvragen op basis van de NKR
- 93.000 ● bezoekers op cijfersoverkanker.nl
- 171 ● peer reviewed artikelen in
- 88 ● gerenommeerde (internationale) vaktijdschriften
 - realisatie tumorspecifieke rapportages op landelijk niveau
 - demonstratie portal NKR-online in tiental ziekenhuizen
 - publicatie rapport Kankerzorg in beeld: de oudere patiënt

ONDERSTEUNEN



- 146 ● geaccrediteerde bijeenkomsten
- 93.000 ● bezoekers op oncoline.nl en richtlijndatabase.nl
- 3.186.000 ● bezoekers op kanker.nl
- 400 ● consulenten actief betrokken bij
- 14.000 ● consulten
 - taskforce Oncologie
 - taskforce Cancer Survivorship
 - lancering Verwijsgidskanker.nl

palliatieve zorg in vogelvlucht

REGISTREREN



- gedragen kwaliteitskader maakt minimale dataset mogelijk

RAPPORTEREN



- verschillende studies op basis van gegevens uit de NKR

ONDERSTEUNEN



- 25 ● gehonoreerde projectvoorstellen vanuit boven regionale consortia
- 120 ● PaTz-groepen waarvan 90 ondersteund door IKNL
- 25.000 ● geregistreerde gebruikers van de PalliArts-app waarvan
- 2.000 ● wekelijks actief op de PalliArts-app
- 111.500 ● bezoekers op pallialine.nl
- 60 ● richtlijnen op pallialine.nl
- 33.000 ● bestellingen folder Palliatieve Sedatie
- 360 ● consulenten actief betrokken bij
- 6.600 ● consulten
- 57 ● geaccrediteerde bijeenkomsten
- intentie krachtenbundeling Agora, Fibula, IKNL
- extra aandacht voor niet-oncologische-aandoeningen en niet-oncologie-specifieke onderwerpen
- de methodiek Signalering in de palliatieve fase is aangevuld (o.a. met het onderwerp dementie)

2 Beleid en activiteiten 2016

De gezondheidszorg in Nederland kenmerkt zich door haar complexiteit en veranderingen. Als kennis- en kwaliteitsinstituut ondersteunt IKNL de oncologische en palliatieve zorg door kennis te vermeerderen en verbeterprocessen op gang te brengen.

2.1 Doel en missie

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 wil deze doelstelling behalen door:

- het in de Nederlandse Kankerregistratie (NKR, het landelijk patiëntvolgsysteem) vastleggen van diagnoses, behandelingen en resultaten daarvan van alle mensen met kanker
- het op basis van de NKR ('datagedreven') rapporteren, waarmee zorgprofessionals de kwaliteit van zorg verder kunnen verbeteren
- het ondersteunen van alle zorgverleners in de palliatieve en oncologische zorg met informatie en methodes.

Onze missie is om samen met alle betrokkenen te werken aan de verbetering van de kwaliteit van oncologische en palliatieve zorg. De woorden 'samen' en 'werken' geven uitdrukking aan de overbruggende rol van IKNL in het complexe veld van de oncologische en palliatieve zorg. IKNL is als maatschappelijke en netwerkorganisatie ondersteunend, stimulerend en initiatief nemend bij de activiteiten van beroepsbeoefenaars, instellingen en instituties in het oncologische en palliatieve zorgdomein.

Uit onderzoek van VWS¹ in 2016 kwam naar voren dat er over het algemeen in het veld waardering is voor de wijze waarop IKNL zijn (kern)taken vervult; zo werd de NKR beschreven als 'ruggengraat' voor de oncologische zorg. Mede op grond hiervan oordeelde ook de minister positief over IKNL: de aanjaagfunctie in zorg en onderzoek en de positieve effecten van het werk in de afgelopen jaren werden onderstreept. De uitdaging voor de komende jaren zal zijn om samen met onze stakeholders activiteiten nog beter af te bakenen. Een uitgebreid overzicht wie deze belanghebbenden en samenwerkingspartners zo al zijn, is te vinden in bijlage 2.

2.2 Hoofdprocessen IKNL

Verbetering van zorg begint met informatie; een onafhankelijk informatiesysteem als de NKR is het ideale middel om gegevens te genereren. Om in de continu groeiende informatiebehoefte te voorzien werkt IKNL voortdurend aan het doorontwikkelen en effectiever gebruiken van de kankerregistratie. Dit gebeurt door een wisselwerking tussen de hoofdprocessen van IKNL: registreren, rapporteren en ondersteunen.



Registreren: Van elke patiënt met kanker verzamelt IKNL basisgegevens in de NKR, gebaseerd op de minimale itemset van de World Health Organisation (WHO). IKNL verzamelt daarnaast steeds meer tumorspecifieke gegevens, alsmede over het beloop van de ziekte. Daarmee is de NKR een continu patiëntvolgsysteem, uniek in Europa. Naast basisgegevens en tumorspecifieke gegevens worden gegevens verzameld voor de beantwoording van specifieke onderzoeksvragen.

¹ Het stakeholderonderzoek werd in 2016 uitgevoerd in het kader van de beleidsdoorlichting van artikel 2.1 Kwaliteit en Veiligheid in de curatieve zorg door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op grond waarvan IKNL jaarlijks een instellingssubsidie ontvangt. 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.



a **Rapporteren:** Het verzamelen van gegevens in de NKR is het noodzakelijke middel om informatie te verkrijgen zodat deze na goede analyse richting de belanghebbenden kan worden gebracht. Dit proces is essentieel voor, onder andere, juiste en verantwoorde toepassing van (nieuwe) geneesmiddelen en behandelstrategieën en voor het verrichten van epidemiologisch (patiëntgebonden) onderzoek. Daarnaast is de informatie essentieel voor zorginstellingen in hun beleids- en netwerkvorming. IKNL rapporteert in drie domeinen: het publieke domein (wetenschap), het politieke domein (onder andere VWS, Zorginstituut Nederland) en het zorgdomein (zorginstellingen, zorgprofessionals en patiënten).



b **Ondersteunen (voorheen 'Verbeteren' en 'Regelen'):** In het proces van zowel 'registreren' als 'rapporteren' bespreekt IKNL met de betrokken zorgprofessionals hoe de praktijk van de geleverde zorg het best zichtbaar te maken en hoe deze te verbeteren. Zo ondersteunt IKNL op verschillende wijzen de totstandkoming van (tumorspecifieke) samenwerkingsverbanden en het optimaal functioneren van Comprehensive Cancer Networks (CCN's). IKNL helpt veranderingen vorm te geven en op de werkvloer duurzaam in te voeren. Patiënten worden, via hun patiëntenorganisaties, ondersteund om - samen met de mensen om hen heen - zelfstandig goed onderbouwde keuzes te kunnen maken over de behandeling van hun ziekte.

IKNL biedt informatie proactief aan via een breed scala aan kanalen zoals gespecialiseerde nieuwsbrieven, de [website](#) van IKNL, social media en vele invloedrijke publicaties zoals in 2016 'Kankerzorg in Beeld, de oudere patiënt'. Patiënten en naasten vinden informatie steeds vaker digitaal bijvoorbeeld via de [Verwijsgids Kanker](#), www.kanker.nl/kankeronderzoek, bijwerkingenbijkanker.nl, sibopmaat.nl en Kanker.nl. Daarnaast communiceert IKNL via een actief persbeleid nieuws over onderzoek en promoties, vele congressen, een webshop met vele (redactionele) producten, specifieke artikelen in vakbladen en productintroducties zoals in 2016 Oncoguide (beslisondersteuning) en NKR Online.

2.3 Organisatiestructuur

IKNL is georganiseerd in een matrixstructuur, 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.

Figuur 2.1

Organisatiestructuur IKNL



Diagnostiek en behandeling van kanker zijn de afgelopen decennia in hoge mate tumorspecifiek geworden en deze trend zal door de mogelijkheden van doelgerichte therapieën, die zich richten tegen bepaalde eigenschappen van een tumor, alleen verder toenemen. Hierdoor is de noodzaak om gegevens vanuit de NKR tumorspecifiek aan te leveren en uit te dragen groter geworden. Gegevens van kleiner wordende groepen van patiënten met steeds specifiekere kenmerken moeten keuzes in behandeling maar ook in netwerkvorming gaan beïnvloeden.

IKNL heeft in lijn met deze ontwikkelingen twaalf tumorteams geformeerd, met epidemiologen, netwerkers en dataverzamelaars die specifieke kennis hebben van bepaalde vormen van kanker, van de specifieke groepen van behandelaars en van patiëntenorganisaties. Het netwerkteam ondersteunt de regionale netwerkvorming vanuit een landelijke scope en visie. In het projectenteam worden inhoudelijk samenhangende activiteiten gebundeld, waarbij zoveel mogelijk verankering in en ondersteuning aan de tumorteams en/of het netwerkteam wordt gerealiseerd. De indeling van de tumorteams en een overzicht van de clusters van activiteiten is te vinden in bijlage 3. Voor algemene informatie over IKNL en de governance wordt verwezen naar bijlage 1.

2.4 Focus 2016

Het jaar 2016 was een vruchtbaar jaar. Een kleine greep.

In 2016 zijn wederom diverse itemsets in overleg met experts herzien en afspraken over de aanlevering van gegevens voor aanvullende registraties gemaakt. Hiermee ontwikkelt de kankerregistratie zich tot een patiëntvolgsysteem waarbij IKNL gegevens verzamelt van het hele zorgtraject van een patiënt en wordt de NKR relevanter voor zowel zorgprofessionals, -instellingen, als onderzoekers, hetgeen uiteindelijk zal bijdragen aan het verhogen van de overlevingskansen van patiënten met kanker. Meer informatie over de registratieactiviteiten in 2016 is te vinden in paragraaf 2.5.1.

Ook op het gebied van gegevensontsluiting zijn grote stappen gezet. Eind 2015 startte IKNL met de ontwikkeling van NKR-Online, een portal waarmee gegevens op ieder gewenst moment, op ieder gewenst niveau teruggekoppeld kunnen worden. Eind 2016 kon NKR-Online 1.0 gepresenteerd worden in een tiental pilotziekenhuizen.

Ook in 2016 is weer in nauwe en vruchtbare samenwerking met medische professionals en onderzoekers van andere instellingen, duiding en toegevoegde waarde gegeven aan de gegevens uit de NKR en zijn weer vele hoogstaande publicaties verschenen, zoals terug te lezen in paragraaf 2.5.2.

Hieruit blijkt al wel dat de ontwikkelingen in de oncologie razendsnel gaan. De hoeveelheid beschikbare informatie is dusdanig groot, dat het haast onmogelijk is om van alle ontwikkelingen op de hoogte te zijn. Om artsen op dit gebied te ondersteunen, is in 2016 hard gewerkt aan Oncoguide, de digitale beslissingsondersteuningstool op basis van richtlijnen. Meer informatie over deze en andere IT-gerelateerde ontwikkelingen is te vinden onder het kopje 'Interoperabiliteit' (2.5.1) en in paragraaf 2.6.3.

Op het gebied van palliatieve zorg is op initiatief van beroepsvereniging Palliactief en IKNL in 2016 hard gewerkt aan een landelijk gedragen kwaliteitskader met passende financiering. Dit kader, dat naar verwachting medio 2017 gereed zal zijn, zal de komende jaren een stevige basis bieden voor verdere samenwerking en professionalisering op het gebied van palliatieve zorg.

Bij alle activiteiten en diensten is kwaliteit cruciaal. In 2016 is in dit kader aandacht besteed aan procesmatig werken en aan de inbedding van het kwaliteitssysteem in de lijn.

Al met al zijn vele zaken actief opgepakt en belangrijke stappen gezet. Hiervan zullen we de komende jaren de vruchten kunnen plukken.

2.5 Activiteiten ter verbetering van de oncologische zorg

Kanker heeft steeds meer impact op de Nederlandse bevolking. Sinds 2008 is kanker doodsoorzaak nummer één. Niet alleen groeit nog ieder jaar het aantal mensen dat de diagnose kanker krijgt, ook het aantal mensen dat nog in leven is en kanker heeft of heeft gehad, neemt toe. Vooral door de zogenaamde dubbele vergrijzing (het aantal ouderen neemt toe en ouderen leven langer) wordt de impact van kanker de komende decennia alleen maar groter. Kanker treft namelijk vooral oudere mensen. Met de toename van de kennis over kanker zijn ook de behandelmogelijkheden toegenomen en dat vraagt weer om meer en nieuwe of andere informatie. Ook willen patiënten met kanker vaker meebeslissen over de zorg en vragen zij om meer informatie.



2.5.1 Registreren

Algemene- en tumorspecifieke gegevens

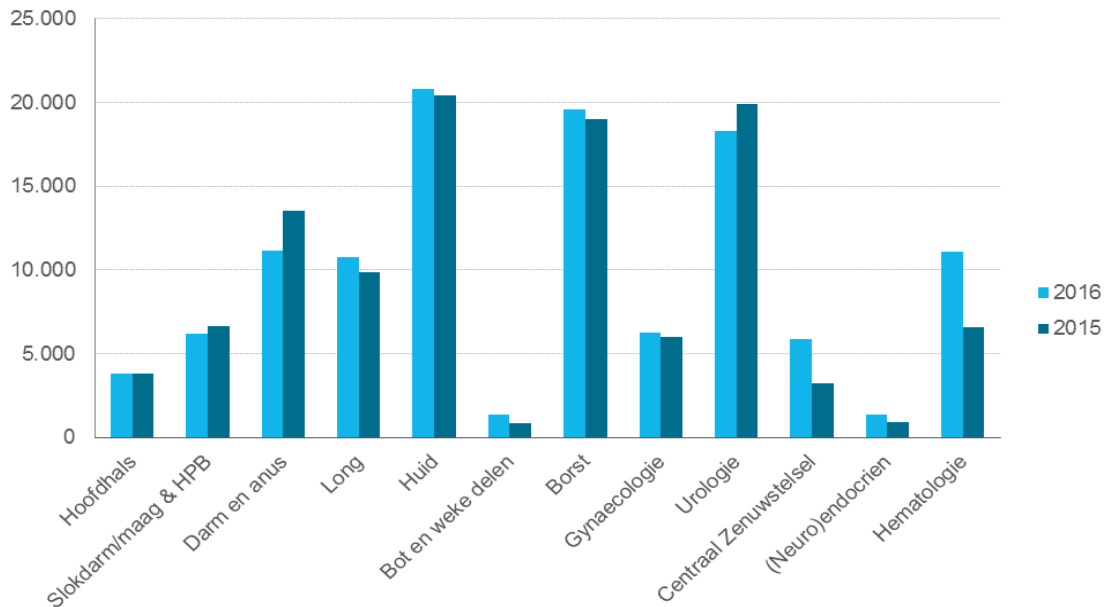
Al deze ontwikkelingen hebben zijn weerslag op IKNL. Immers, de datamanagers van IKNL verzamelen van elke patiënt gegevens over diagnose, staging, behandeling en resultaten in de NKR. De NKR bevatte eind 2016 gegevens van 2,5 miljoen patiënten (2015: 2,3 miljoen patiënten) met in totaal 2,9 miljoen tumoren (2015: 2,7 miljoen).

Afgeronde registraties

Het aantal afgeronde registraties bedroeg in 2016 116.531 tumoren, ruim vijfduizend meer dan in 2015 (111.022 tumoren), waarvan 36.303 registraties (31%) voor herziene itemsets (2015: 13.591 registraties, 12%). Het aantal in 2016 geregistreerde nieuwe tumoren lag daarmee iets onder de incidentie, waardoor het gemiddelde interval tussen eerste diagnose en afronden van de registratie ongeveer 1 maand is gestegen. Een grotere complexiteit van de herziene itemsets en een toenemend aantal vervolgregistraties in geval een patiënt meerdere behandellijnen onderging (5.018 in 2016 tegen 1.326 in 2015) waren hier debet aan. Als rekening wordt gehouden met de toenemende complexiteit van de registraties met een herziene itemset was de productie in 2016 ongeveer 20% hoger dan in 2015.

Grafiek 2.1

Aantal afgeronde registraties 2016 -2015 per tumorsoort



Herziene itemsets

Eind 2014 is in overleg met inhoudelijke externe experts gestart met de herziening van itemsets per kankersoort. Na actualisatie en uitgebreide scholing van de datamanagers is in 2015 gestart met de geüpdatete registratie van hersentumoren (gliomen), zeven subgroepen van hematologische maligniteiten, darmkanker, hoofd-halskanker en gynaecologische kanker. In 2016 zijn daar maag-slokdarmkanker en alveesklierkanker aan toegevoegd, is een pilot gestart voor gastro-intestinale stromatumoren (GIST) en zijn itemsets vastgesteld voor schildklierkanker en neuro-endocriene tumoren. Tevens zijn in 2016 gegevens verzameld om op gecontroleerde wijze een relevante itemset vast te stellen voor prostaatkanker. Dit gebeurt middels de kwaliteitsregistratie ProZIB (ProstaatkankerZorg In Beeld).

Medisch specialisten kunnen met de tumorspecifieke datasets uit de NKR aan de eisen van transparantie van zorg voldoen. Ook krijgen ze meer inzicht in de (deel)resultaten van het medisch handelen gedurende het hele behandeltraject. Dit draagt bij aan een goede kwaliteit van zorg en leven en aan het verhogen van de overlevingskansen van patiënten met kanker.

Aanvullende itemsets NKR

In 2016 hebben de Dutch Upper GI Cancer Group (DUCG), de Dutch Pancreatic Cancer Group (DPCG) en IKNL twee samenwerkingsovereenkomsten getekend waarin werkafspraken zijn vastgelegd om met elkaar de zorg voor patiënten met slokdarm-, maag- en alveesklierkanker verder te verbeteren. In het Slokdarm- en maagkankerregister en het Alveesklierkankerregister combineren partijen hun gegevens. Aanvullend zijn afspraken gemaakt over het gebruik van de gegevens.

Ook is 2016 het Prospectief Landelijk CRC cohort opgezet door de Dutch Colorectal Cancer Group (DCCG) voor het verrichten van wetenschappelijk onderzoek om de zorg voor patiënten met dikkedarmkanker te verbeteren. Het PLCRC-cohort verschilt van alle andere registraties door zijn dynamische design, onbeperkte uitbreidingsmogelijkheden en opname van patiënten met alle stadia van dikkedarmkanker, onafhankelijk van de klinische behandeling. Het is een veelomvattend model dat kan dienen als voorbeeld voor andere tumorsoorten. In de drie cohorten worden zowel klinische gegevens over lange termijn geregistreerd, als patiëntgerapporteerde resultaten.

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 in hoge mate gebruik 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.

Ondersteuning klinisch onderzoek

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

Tabel 2.1

Trialondersteuning 2016 – 2015

Jaar	2016		2015	
Nieuwe aanmeldingen	Studies	Patiënten	Studies	Patiënten
KWF-ondersteunde studies	58	1.322	53	1.201
Contractstudies	53	907	56	749
Totaal	111	2.229	109	1.950
Totalen lokaal datamanagement	286	15.420	292	15.890
Investigator driven	25		19	
Pharma driven	18		11	
Centraal datamanagement	43		30	
Monitoring	19		14	

Na een periode (2013 – 2015) waarin het aantal nieuwe aanmeldingen vrijwel stabiel rond de 2.000 lag, is in 2016 voor het eerst weer een duidelijke stijging zichtbaar van 14%. Het aantal aanmeldingen kan nauwelijks door IKNL worden beïnvloed; het aantal hangt vooral af van de geschiktheid van trials die op een bepaald moment open zijn. In totaal zijn in 2016 werkzaamheden verricht voor 15.420 patiënten in 286 studies (2015: 15.890 patiënten in 292 studies), inclusief follow-upwerkzaamheden voor studies waarvan de aanmelding gesloten is.

Samenwerking ter ondersteuning van klinisch wetenschappelijk onderzoek

Klinisch wetenschappelijk onderzoek, de evaluatie van nieuwe behandelmethoden en medicijnen bij kankerpatiënten, geïnitieerd door onderzoekers, levert een belangrijke bijdrage aan de verbetering van de prognose en de kwaliteit van de behandeling van kankerpatiënten. Echter, dit onderzoek staat in toenemende mate onder druk, met name vanwege de teruglopende mogelijkheden van financiering in verhouding tot de toenemende kosten en de toename van complexe wet- en regelgeving waardoor infrastructurele beperkingen de vooruitgang in het kankeronderzoek substantieel dreigen te belemmeren.

Drie Nederlandse onderzoeksgroepen, Dutch Colorectal Cancer Group (DCCG), Borstkanker Onderzoek Groep (BOOG) en Stichting Hemato-Oncologie voor Volwassenen Nederland (HOVON), het datacenter van het Nederlands Kanker Instituut – Antoni van Leeuwenhoek (NKI-AVL) en IKNL hebben daarom in 2016 het initiatief genomen om het Dutch Oncology Research Platform (DORP) op te richten.

DORP beoogt de toegang tot de benodigde capaciteit voor onderzoek uit te breiden, studie-overstijgende problemen op te lossen, individuele onderzoeksgroepen te versterken en de samenwerking tussen de onderzoeksgroepen te stimuleren. De afgelopen maanden is er met input van alle oncologische onderzoeksgroepen, participerende ziekenhuizen en datacentra hard gewerkt om de ideeën uit te werken tot een gedetailleerd plan.

Transparantie voor patiënten

Op 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 2016 408 (2015: 384), waarvan 143 open en 265 gesloten trials (2015: 193 om 191). Door zwangerschapsverlof en wisseling van functie kon er in 2016 minder tijd besteed worden aan dit onderdeel.

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 is eenmalige vastlegging voor meervoudig gebruik, waardoor de registratielast voor artsen en datamanagers vermindert, 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 dit te kunnen realiseren ontwikkelt IKNL samen met beroepsverenigingen en Nictiz een informatiestandaard voor de oncologie. In het project OncolinQ heeft IKNL de in 2015 ontwikkelde informatiestandaard in vier 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. In november 2016 is een eerste mijlpaal bereikt in dit proces, met de operationele lancering van de MDO-module in het Amphia ziekenhuis. Daarnaast zijn er in het UMCU stappen gezet om een MDO-module te lanceren.

In juni 2016 is door ministers van Volksgezondheid en Economische Zaken samen met een groot aantal partijen waaronder IKNL een 'Health Deal' voor beslissingsondersteuning in de oncologie getekend. Deze moet bijdragen aan optimale beschikbaarheid van medische informatie. IKNL geeft onder meer invulling aan de Health Deal door de ontwikkeling van Oncoguide, een beslissingsondersteunings-systeem op basis van richtlijnen. Door de richtlijnen opnieuw op te bouwen in de vorm van beslisbomen, gebruik makend van de informatiestandaard oncologie, wordt het mogelijk om de richtlijnen in het EPD te integreren. Eén van de prioriteiten voor 2016 was om Oncoguide naar de praktijk te brengen. In 2016 is de betaversie van het Oncoguide-systeem gepresenteerd en doorontwikkeld.

Automatisering NKR

Met PALGA werkt IKNL aan verdere automatisering van de NKR. Vanaf eind 2016 ontvangt IKNL de PALGA-berichten vanaf eind 2016 niet meer op papier, maar via een webapplicatie. Datamanagers verwerken de berichten vervolgens in de Registratie Applicatie Nederlandse Kankerregistratie (RANK) voor opname in de NKR. Ondertussen is gewerkt aan automatische gegevensuitwisseling.

Koppelingen NKR

In 2016 hebben PALGA en IKNL een koppeling gerealiseerd tussen de NKR en het PALGA-systeem voor alle colorectale tumoren vanaf 1989. De feitelijke koppeling bestaat uit een 'sleuteltabel' waarin van individuele patiënten alleen een anonieme sleutel van PALGA en een anonieme sleutel van IKNL zijn opgenomen. Via deze sleutels kunnen onderzoekers die gebruik willen maken van gecombineerde data snel hun data krijgen. PALGA en IKNL gaan dit soort koppelingen ook realiseren voor andere tumoren. Ook is in het najaar van 2016 de koppeling gerealiseerd van het PHARMO Datanetwerk - de Openbare Apotheek Databank- aan de NKR en een pilotkoppeling met NIVEL Zorgregistraties eerste lijn. Hierdoor wordt het mogelijk om belangrijke vraagstukken rondom de rol van de huisarts in de oncologische zorgketen en rondom geneesmiddelen en kanker te beantwoorden.

Een belangrijk onderwerp bij het koppelen van gegevens is het waarborgen van de privacy van patiënten en databescherming. Dit heeft bij IKNL continu de aandacht. Zo is in 2016 met succes de accreditatie voor informatiebeveiliging in de zorg afgelegd. Dit houdt in dat IKNL als gehele organisatie NEN 7510 en ISO 27001 gecertificeerd is. Dit geeft aan dat de gegevens bij IKNL in goede handen zijn en heeft een belangrijke basis gelegd voor verdere verbetering van de beveiliging van persoonsgegevens en privacy in de Nederlandse Kankerregistratie. Daarnaast wordt voortdurend gewerkt aan procesbeheersing en –optimalisatie, én aan bewustzijn. Hiervan getuigen ook de activiteiten in het kader van de ontwikkeling van een kwaliteitsmanagementsysteem. Zo zijn in 2016 meer dan de helft van onze processen systematisch vastgelegd, geanalyseerd, en verbeterd. Dit levert direct resultaten op als verbeterde eindproducten, uniformiteit in werken, bewijs van onze governance en aantoonbare compliance, met meer of minder impact voor onze stakeholders, medewerkers en de organisatie zelf.



2.5.2 Rapporteren

Samen met de partijen in het oncologische en palliatieve netwerk rapporteert IKNL op lokaal, regionaal, nationaal en internationaal niveau gegevens uit de NKR in het zorg-, het publieke en het politieke domein.

Rapportages

Sinds het najaar van 2015 stelt IKNL tumorspecifieke regiorapportages beschikbaar. Vanaf 2016 worden ook enkele tumorspecifieke rapportages op landelijk niveau gegenereerd. In deze rapportages worden de uitkomsten van zorg van ziekenhuizen onderling met elkaar vergeleken en worden tumorspecifieke details in kaart gebracht. De inhoud van de tumorspecifieke (regio)rapportages ontwikkelt IKNL in samenwerking met medische professionals, zodat deze goed aansluiten op specifieke vragen binnen ziekenhuizen, in de regio en in het land.

Door informatie uit de NKR op landelijk en op regioniveau beschikbaar te stellen, worden onderlinge verschillen in uitkomsten van zorg zichtbaar en bespreekbaar. Ook worden regio's met deze rapportages gefaciliteerd bij netwerkvorming en het aangaan van samenwerkingsafspraken. Dit geeft impulsen tot kwaliteitsverbetering van de oncologische zorg. Naast deze tumorspecifieke (regio)rapportages levert IKNL op verzoek ook ziekenhuisrapportages; een jaarlijkse rapportage op basis van de geregistreerde gegevens van het individuele ziekenhuis.

NKR-Online

Het oncologisch veld heeft behoefte aan een veilige en adequate(re) ontsluiting van de gegevens die IKNL verzamelt, en aan informatie of specialisten en ziekenhuizen voldoen aan gestelde normeringen. Daarom is eind 2015 begonnen met de ontwikkeling van een portal (NKR-Online) waarmee gegevens op ieder gewenst moment en op ieder gewenst niveau webbased aan zorgprofessionals teruggekoppeld kunnen worden. Een moderne datawarehouse -omgeving is de bron van NKR-Online. Na de presentatie van het eerste concept tijdens het symposium 'NKR in beeld' is gestart met de ontwikkeling van versie 1.0.

Eind 2016 is NKR-Online gedemonstreerd in een tiental pilotziekenhuizen. Naar verwachting zal toegang tot deze informatie leiden tot een lagere drempel, grotere bekendheid en een effectievere inzet van NKR-data en tot meer integraal samenwerken tussen en met zorgprofessionals.

Levering en analyse van gegevens

Naast de terugkoppelingen naar zorgverleners en 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 2016 kreeg IKNL 371 aanvragen (2015: 317) voor gegevens uit de NKR. 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. Het aantal raadplegingen groeide in 2016 met ongeveer 10%.

Tabel 2.2

Informatie over website cijfersoverkanker.nl

	2016	2015	groei
Aantal bezoekerssessies	93.000	85.000	10%
Aantal bezoekers	69.000	63.000	11%
Aantal paginaweergaven	398.000	364.000	9%
Aantal pagina's per sessie	4,3	4,3	-

Wetenschappelijke publicaties

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 en publiceert hierover in (inter-)nationale vakbladen. 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.

Door gebieden te identificeren 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.

Meerdere in 2016 gepubliceerde IKNL-studies hebben geleid tot aanpassing van behandeling van kanker in de praktijk. Zo bleek uit een in 2016 gepubliceerde studie naar de adjuvante setting bij oudere darmkankerpatiënten een combinatiebehandeling niet effectiever dan monotherapie, terwijl de combinatiebehandeling wel leidde tot meer bijwerkingen. Bij oudere dikkedarmkankerpatiënten met uitgezaaide ziekte bleek een groot deel van de ouderen niet volgens de richtlijn behandeld te worden, terwijl zij wel baat lijken te hebben bij behandeling met 'targeted agents' in combinatie met chemotherapie. Een in Lancet Oncology gepubliceerde studie liet zien dat bij vroeg-stadium borstkanker een borstsparende behandeling gevolgd door radiotherapie op de lange termijn minstens even goede resultaten gaf als borstamputatie. Essentiële informatie welke wordt gebruikt bij de besluitvorming in de dagelijkse praktijk. Daarnaast hebben ook in 2016 verschillende studies het effect van nieuwe behandelingen en centralisatie op de dagelijkse klinische praktijk en de ziekte-uitkomst geëvalueerd. Zo bleek onder andere bij vrouwen met eierstokkanker dat de veranderingen in behandeling en centralisatie-afspraken hebben geleid tot een

forse daling van de sterfte aan eierstokkanker: 3% daling per jaar in de periode 2004-2013. Ook bij alveesklierkanker had centralisatie van zorg, met name bij ouderen, een grote positieve impact op het aandeel patiënten dat behandeld werd, en op de korte- en langetermijuitkomsten. Echter, bij gemetastaseerde alveesklierkanker en maagkanker leidde een toename in het gebruik van systemische therapie niet tot verbeterde overleving. Dat terwijl op basis van NKR-data bij alveesklierkanker in 2016 een volume-uitkomstrelatie beschreven werd tussen systemische therapie en uitkomst. Verschillende studies lieten daarnaast zien dat variatie in behandeling tussen ziekenhuizen voor veel kankervormen nog steeds aan de orde van de dag is, onder andere voor lymfeklierdissecties bij blaaskanker, en systemische therapie voor maag-, alveesklier- en darmkanker.

Dankzij de NKR is het niet alleen mogelijk trends in behandeling en uitkomsten te monitoren, maar ook trends in incidentie, waarmee de noodzaak tot (veranderingen in) preventiebeleid duidelijk gemaakt worden. Een voorbeeld zijn de in 2016 gepubliceerde data omtrent mondholtekanker, welke de afgelopen decennia toenam in Nederland, en ondanks een verbeterde overleving toch een stijging vertoonde in het aantal mensen dat in Nederland overlijdt aan deze vorm van kanker.

De NKR biedt de unieke mogelijkheid om ook voor zeldzame ziektebeelden trends in voorkomen, behandeling en uitkomst te monitoren. In 2016 verschenen onder andere over verschillende hematologische ziektebeelden publicaties welke, juist vanwege het frequent ontbreken van klinische trials, het belang van observationeel onderzoek naar deze ziektebeelden nogmaals onderstreepten.

Dankzij gebruikmaking van de NKR als sampling frame konden via de PROFIEL-infrastructuur ook in 2016 weer meerdere studies gepubliceerd worden waarbij de invloed van behandelingskeuzes maar ook informatievoorziening op kwaliteit van leven van kankerpatiënten werd beschreven, onder andere bij prostaat- en darmkanker en lymfomen.

Publicaties en abstracts

Medewerkers van IKNL leverden in 2016 een bijdrage aan 184 publicaties, waaronder 171 peer-reviewed artikelen in 88 gerenommeerde, voornamelijk internationale vaktijdschriften (bijlage 4). Zowel aantal, publicatieproductiviteit, als gemiddelde citatie-impactscore van de peer-reviewed artikelen is onverminderd hoog. Ook publiceerde IKNL in het verslagjaar weer een groot aantal abstracts (presentaties en posters). Een volledig overzicht en meer informatie over alle publicaties in 2016 is te vinden op IKNL.nl.

Tabel 2.3 Aantallen publicaties en abstracts 2016 - 2015

	2016	2015
<i>Publicaties</i>		
Algemeen	34	40
Borst	40	36
Bot en weke delen	1	1
Gynaecologische tumoren	14	20
Hemato-oncologie	6	19
Hoofdhals	3	5
Huid	7	2
Long	8	7
Neuro-oncologie	1	3
Spijsverteringsorganen	57	49
Urogenitaal	13	10
	184	192
<i>Abstracts</i>		
	117	132
Totaal	301	324

Effectiviteit en kwaliteit van zorg

Een van de tien trends in 'Kankerzorg in beeld' (IKNL, 2014) leidde tot het signaal dat de zorg voor de oudere patiënt met kanker op een aantal gebieden wezenlijk anders is. Dit vormde de aanleiding voor een uitgebreid onderzoek met gegevens uit de NKR, hetgeen in 2016 resulteerde in het rapport 'Kankerzorg in beeld, de oudere patiënt'. Hierin geeft IKNL samen met medisch specialisten een beeld van de variatie en trends in incidentie, diagnostiek, behandeling en uitkomsten van zorg voor oudere patiënten met kanker. Dit biedt aanknopingspunten voor verdere verbeteringen in de zorg voor de 14 meest voorkomende vormen van kanker op hogere leeftijd. Naast verschillen in diagnostiek en behandelingen tussen oudere en jongere patiënten zijn er ook grote verschillen tussen ziekenhuizen, bij praktisch alle soorten kanker. De wankel balans tussen de klinische bevindingen, zwaarte van een behandeling, vitaliteit, sociale omgeving en de wensen van de patiënt vraagt om maatwerk in diagnostiek en behandeling. Aanvullende registratie van gegevens moet dit maatwerk gaan onderbouwen.

Monitoren van screening

Het datawarehouse voor bevolkingsonderzoek dat is gebouwd in samenwerking met het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de vijf regionale screeningsorganisaties en PALGA, is in 2016 doorontwikkeld, met onder meer de vaststelling van de indicatoren rond borstkanker en de start van de monitor bevolkingsonderzoek borstkanker door IKNL. Dit heeft geresulteerd in de geautomatiseerde berekening van de landelijke indicatoren. Deze zullen in 2017 worden uitgebreid met de indicatoren voor baarmoederhalskanker en darmkanker. Daarnaast verzorgt IKNL vanaf 2017 de monitoring van de borstkankerscreening.



2.5.3 Ondersteunen

Naar aanleiding van vragen uit het veld en informatie uit registratie en onderzoek, initieert IKNL verbeteracties en helpt het veld verbeteringen duurzaam in te voeren. Zo ondersteunt IKNL de vorming en het functioneren van (tumorspecifieke) samenwerkingsverbanden en netwerken met gebruikmaking van NKR-data en informatie uit richtlijnen. Samenwerking en kennisdeling tussen professionals wordt gestimuleerd middels regionale en landelijke werkgroepen en consultdiensten.

Regionale en landelijke samenwerking in tumorspecifieke netwerken

Samen met andere partijen biedt IKNL landelijk en regionaal ondersteuning bij het optimaliseren van ketenzorg en het vormen van (tumorspecifieke) netwerken, Comprehensive Cancer Networks (CCN's). CCN's zijn samenwerkingsverbanden tussen zorgaanbieders in de eerste, tweede en derde lijn, gericht op het verlenen van hoogwaardige oncologische zorg in een regio. Deze netwerken zijn cruciaal met het oog op realisatie van toekomstbestendige zorg in Nederland. Ze waarborgen namelijk dat patiënten - ongeacht hun entreepunt in de zorg - optimale oncologische zorg ontvangen.

Taskforce Oncologie en CCN's

Vanuit deze visie bracht de Taskforce Oncologie, het initiatief van patiëntenbeweging Levenmetkanker (LMK), het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Stichting Oncologische Samenwerking (SONCOS), de Federatie Medisch Specialisten (FMS) en IKNL, het Koersboek oncologische netwerkvorming 2015- 2020 uit met randvoorwaarden en criteria voor CCN's. In vervolg hierop zette de Taskforce in 2016 in op een aantal specifieke thema's als verbetering van de transmurale informatievoorziening, reductie van ongewenste variatie in uitkomsten, afstemming met landelijke partijen en invulling van toekomstperspectief en monitoring. In het kader van de Taskforce worden de relevante activiteiten van IKNL en Citrienfonds op elkaar afgestemd zodat zij elkaar versterken.

IKNL biedt landelijk en regionaal met behulp van spiegelinformatie uit de NKR ondersteuning bij het totstand komen van en optimaliseren van ketenzorg en het vormen van CCN's. Zo ondersteunde IKNL in 2016 specifiek netwerkvorming in regio Zuidwest (Embraze), regio Zuid (OncoZON) en regio Noordoost.

Samenwerking en kennisdeling tussen professionals

In 2016 heeft IKNL op verzoek de evaluatie van het diagnostisch proces van het Prostaatcentrum zuidwest Nederland - een samenwerking tussen het topklinische Franciscus Gasthuis & Vlietland en het Erasmus Medisch Centrum (EMC)- verzorgd. De evaluatie resulteerde in een verslag met sterke punten en verbeterpunten om het zorgproces nog beter te verankeren tussen de samenwerkingspartners. De IKNL-visitiemethodiek is geëvalueerd; het is de bedoeling deze in 2017 aan te passen naar tumorspecifieke evaluatie binnen oncologische netwerken.

Tumorspecifieke, transmurale zorgpaden dragen bij aan het optimaliseren van een continu zorgproces, waarbij overdrachtsmomenten naadloos op elkaar aansluiten. Om de afstemming tussen verwijzende en centrumziekenhuizen rond diagnostiek en behandeling van perihilaire cholangiocarcinoom, een vorm van galwegkanker, te verbeteren hebben AMC, EMC, VUmc en OLVG in 2016 met ondersteuning van IKNL een ziekenhuisoverstijgend zorgpad ontwikkeld. In Zuidwest-Nederland is in 2016 binnen het oncologisch samenwerkingsnetwerk EMBRAZE een organisatie-overstijgend zorgpad voor patiënten met slokdarm- of maagkanker ontwikkeld.

Professionals werken samen via landelijke en regionale werkgroepen die IKNL ondersteunt. Daar wordt de kwaliteit van de zorg besproken, expertise en ervaring gedeeld en verbeterpotentieel geagendeerd. In 2016 zijn in totaal 146 bijeenkomsten georganiseerd en geaccrediteerd door een of meer (wetenschappelijke) beroepsverenigingen. Hiervan waren 21 symposia, 42 (multidisciplinaire) werkgroepen en 17 verpleegkundige werkgroepen.

Richtlijnen oncologische zorg: beslissingsondersteuning

Gezien de snelle ontwikkelingen in de oncologie en de grote hoeveelheid beschikbare informatie, is het haast onmogelijk om richtlijnen actueel te houden. Ook willen arts en patiënt samen kunnen beslissen over een behandeling. IT-gebaseerde beslissingsondersteuning kan hierbij helpen. Daarom is IKNL in 2014 gestart met de ontwikkeling van Oncoguide, digitale beslissingsondersteuning op basis van richtlijnen. Door digitaal beslisbomen te doorlopen aan de hand van de patiënt- en ziekte-gegevens, kunnen zorgprofessionals (samen met de patiënt) de meest optimale behandelmethodiek kiezen. In 2016 is de methodiek voor beslisboomontwikkeling breed uitgerold en zijn acht trajecten voor beslisboomontwikkeling op basis van de richtlijnen gestart. De reguliere richtlijnen die in ontwikkeling waren, worden afgerond, waardoor in 2016 zes (modulaire) revisies van richtlijnen zijn gepubliceerd (2015: 13).

De oncologische richtlijnen zijn onder andere te raadplegen via [OncoLine](#) en [Richtlijnen database](#) (FMS). In 2016 bekeken 696.832 bezoekers (2015: 673.523) samen ruim 5 miljoen pagina's in 1,1 miljoen sessies. Voor informatie over palliatieve richtlijnen, wordt verwezen naar paragraaf 2.6.3.

Tabel 2.4

OncoLine 2016 – 2015

Jaar	Richtlijnen		Gebruikers		Pageviews		Sessies	
	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015
OncoLine	66	65	697.000	674.000	5.146.000	5.216.000	1.108.000	1.080.000

Kennisdeling

IKNL zet ook in op de verspreiding en het op peil brengen en houden van kennis.

Consultdiensten oncologische zorg

Oncologische consultdiensten zijn adviesdiensten van (super)specialisten aan algemene ziekenhuizen in de vorm van deelname aan multidisciplinaire overleggen (MDO's). IKNL zorgt voor een bijdrage in de financiering, beschikbaarheid en logistieke uitvoering. In 2016 waren er ruim 400 consultants actief, die aan ruim 14.000 besprekingen deelnamen. 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 2.5 Consultdiensten oncologische zorg 2016 – 2015

	2016	2015
Aantal consulten	14.000	14.000
Aantal consultants	>400	> 400
Uitgaven (x € 1.000)	2.924	2.852

In het kader van innovatieve consultering ondersteunt IKNL in toenemende mate expertpanels. Daarnaast is een innovatiebudget vrijgemaakt voor project Pathology Image Exchange (PIE). Doel van dit project is te komen tot een landelijke infrastructuur voor het uitwisselen van beelden en, hier aan gekoppeld, verslagen.

Cancer survivorship

Steeds meer Nederlanders staan voor de opgave om kanker en de gevolgen daarvan een plek in hun leven te geven. Middels regionale bijeenkomsten heeft IKNL in 2016 de samenwerking tussen verwijzers en aanbieders van nazorg en revalidatie voor deze zogenaamde survivors ondersteund. De richtlijnen oncologische revalidatie en detecteren behoefte psychosociale zorg die zorgprofessionals handvaten geven voor adequate nazorg aan mensen met kanker worden geactualiseerd. Eind 2016 is vanuit het veld het initiatief tot een Taskforce Cancer Survivorship ontstaan. IKNL faciliteert deze taskforce.

Informatie voor patiënten

Op Kanker.nl zorgt IKNL met KWF Kankerbestrijding en Levenmetkanker voor een combinatie van betrouwbare medische informatie én een sociaal netwerk voor patiënten en hun naasten. 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. Sinds januari 2016 is Kanker.nl een zelfstandige stichting.

Tabel 2.6 Informatie over website kanker.nl

	2016	2015	2016	2015
	Totaal		Overleving *	
Unieke bezoekers	3.186.000	2.837.000	425.000	258.400
Aantal bezoeken	5.316.000	4.109.000	512.000	300.210
Pageviews	15.967.000	12.763.000	672.000	377.500
Pageviews per bezoek	3,0	3,1	1,3	1,2

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

In 2016 werd de website [Verwijsgids Kanker](#) gelanceerd, bedoeld om mensen met kanker, hun naasten en verwijzers te helpen bij het vinden van deskundige en betrouwbare professionals. Het gaat om zorgmogelijkheden op zowel landelijk als regionaal niveau, zoals fysiotherapie, psychosociale zorg,

huidtherapeuten, en dergelijke. Er wordt samengewerkt met diverse beroeps- en koepelorganisaties om de betrouwbaarheid te garanderen. Deze organisaties bepalen de kwaliteitscriteria waaraan de individuele zorgverleners moeten voldoen voor opname. Daarnaast zorgen zij voor het aanleveren en actualiseren van de adresgegevens. De website is ontwikkeld in samenwerking met Kanker.nl, Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK), KWF, VU/VUmc, Stichting OOK en de Nederlandse Vereniging voor Psychosociale Oncologie (NVPO).

2.6 Activiteiten ter verbetering van de palliatieve zorg

Goede palliatieve zorg verbetert de kwaliteit van leven van patiënten in hun laatste levensfase en van hun naasten. Samen met andere partijen werkt IKNL aan voortdurende verbetering van de kwaliteit van de palliatieve zorg. Landelijk is de samenwerking vormgegeven in het in 2014 gestarte Nationaal Programma Palliatieve Zorg (NPPZ). Doel van het programma is dat in 2020 iedere burger, als het aan de orde is, verzekerd is van goede palliatieve zorg op de juiste plaats, op het juiste moment en met de juiste zorg en ondersteuning. Het NPPZ bestaat uit het ZonMw-programma 'Palliantie. Meer dan zorg', activiteiten in de consortia palliatieve zorg en landelijk beleid.

Om voor publiek en zorgprofessionals te verhelderen wat goede palliatieve zorg inhoudt, is in 2016 onder regie van de landelijke multidisciplinaire beroepsvereniging Palliactief en IKNL gewerkt aan een landelijk gedragen kwaliteitskader met passende financiering. Wensen en zorgvragen van patiënten en naasten op fysiek, psychologisch, sociaal en spiritueel gebied vormen daarbij het uitgangspunt. De focus is vooral gericht op de vraag aan welke kwaliteitseisen palliatieve zorg (minimaal) moet voldoen. Naar verwachting is de eerste versie medio 2017 gereed.



2.6.1 Registreren

Minimale dataset palliatieve zorg

De beschikbaarheid van een gedragen kwaliteitskader is ook essentieel om uiteindelijk tot een handzame minimale dataset palliatieve zorg (MDS PZ) te kunnen komen. Dit bleek uit de in 2016 afgeronde pilot naar de haalbaarheid en kosten die samen met NIVEL en de Expertisecentra Palliatieve Zorg (EPZ's) is uitgevoerd bij de Universitair Medische Centra (UMC's). Zowel het uitgebreide aantal items als de niet eenduidige en onderling verschillende wijze van vastlegging zorgde ervoor dat registratie erg tijdsintensief (kostbaar) bleek. Inperking van items vraagt om heldere definities en normen.

Andere aanbevelingen betreffen het aansluiten bij en stimuleren van ontwikkelingen richting integrale patiëntendossiers waarin gegevens eenmalig, eenduidig en volledig geregistreerd worden, zoals 'Registratie aan de bron' en het onderzoeken van mogelijke koppelingen met bestaande landelijke registratiebestanden, zoals de huisartsendata uit NIVEL zorgregistraties eerste lijn.



2.6.2 Rapporteren: Onderzoek

Onderzoek op het gebied van palliatieve zorg wordt met name uitgevoerd door de EPZ's van de UMC's, vaak op basis van data afkomstig uit de NKR en/of met medewerking van medewerkers van IKNL. Er is een landelijk onderzoeksprogramma, meest in het kader van "Palliantie. Meer dan zorg", onderdeel van het NPPZ. Er lopen diverse onderzoeken waarbij IKNL betrokken is.

Daarnaast voeren onderzoekers van IKNL regelmatig onderzoeken uit in het kader van het programma 'Zinnige Zorg' van het Zorginstituut Nederland (ZIN). Binnen dit programma wordt systematisch onderzocht of diagnostiek en (therapeutische) interventies op een patiëntgerichte, effectieve en doelmatige manier worden ingezet en wat nodig is om de zorg voor de patiënt verder te verbeteren en onnodige kosten te vermijden. Zo hebben onderzoekers van Radboudumc, VUmc en IKNL in 2016 samengewerkt aan een onderzoek naar zorg in de laatste levensfase bij mensen met long- of darmkanker.



2.6.3 Ondersteunen

Palliatieve zorg is vaak complex, omdat het alle domeinen van de zorg raakt, multidisciplinaire inzet vraagt van zowel generalistische als specialistische zorgverleners en ook over welzijn en welbevinden gaat. IKNL adviseurs helpen veranderingen vorm te geven en regionaal of lokaal duurzaam in te voeren door het stimuleren van samenwerking, het ondersteunen bij de revisie en implementatie van richtlijnen en door te helpen kennis beschikbaar te stellen en op peil te houden.

Regionale en landelijke samenwerking

Om meer samenhang en verbinding tot stand te brengen wordt sinds 2015 samengewerkt in zeven bovenregionale consortia palliatieve zorg (zie bijlage 3). Hierbinnen ondersteunt IKNL bij het leggen van verbindingen tussen zorgverleners en instellingen, het samenbrengen van netwerken, het stimuleren van nieuwe initiatieven en kennisdeling. Bij elk consortium is een adviseur van IKNL betrokken.



Consortia palliatieve zorg

De consortia komen inmiddels goed op stoom: in de tweede ronde van het programma Palliantie zijn 42 projectvoorstellen ingediend, waarvan er eind 2016 25 waren gehonoreerd. Bij de helft van alle 44 gehonoreerde palliantieprojecten is IKNL medeaanvrager; de mate van betrokkenheid varieert. Meestal gaat het om een bijdrage in onderzoek, aan implementatie en advies aan de projectgroep. Eind 2016 werden de prioriteiten voor de komende twee jaar vastgesteld op basis van de projectresultaten uit de eerste twee rondes en een uitgebreide bevraging van het werkveld. Alle consortia hebben de ambitie om ook na afloop van het NPPZ in 2020 de bovenregionale samenwerking te behouden.

Palliatieve Thuiszorg (PaTz)-groepen en de PaTz-portal

In een PaTz-groep werken huisartsen en (wijk)verpleegkundigen lokaal samen, bijgestaan door een consulent palliatieve zorg. Eind 2016 waren er circa 120 van deze groepen, waarvan IKNL er 90 ondersteunde (2015: 62). Doelen zijn verbetering van de samenwerking en deskundigheidsverhoging. PaTz is een initiatief van de stichting PaTz, waarin EMGO VUmc, Fibula, het ROS directorennetwerk, de Huisartsen Advies Groep Palliatieve Zorg (PalHAG), de beroepsvereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) en IKNL zijn verenigd. Om de samenwerking in de PaTz-groepen beter en efficiënter te laten verlopen, werkt IKNL samen met Netwerk Palliatieve Zorg Rotterdam & omstreken (NPZR&o) om het digitaal registratiesysteem, de PaTz-portal in te voeren. In 2016 is een pilot met twaalf PaTz-groepen gestart om de werking te testen.

Verdere samenwerking in de ondersteuning

De positieve resultaten van de in 2015 gestarte intensievere samenwerking van de ondersteuningsorganisaties Agora, Fibula en IKNL, hebben in 2016 tot de intentie geleid om de krachten te bundelen. Door de krachten te bundelen, wordt naar verwachting meer samenhang en verbinding aangebracht in de ondersteuning van patiënten en naasten, mantelzorgers en zorgverleners. De expertises van de drie organisaties vullen elkaar hierin aan. De samenwerkingsplannen zijn in september met VWS besproken. Het ministerie reageerde positief en toonde zich bereid om invulling te geven aan de noodzakelijke randvoorwaarden, zodat in 2017 stappen gezet kunnen worden.

Revisie en implementatie van richtlijnen palliatieve zorg

Het platform Palliatieve Zorg Richtlijnen (PAZORI), waarin wetenschappelijke, beroeps- en patiëntenverenigingen zijn vertegenwoordigd, adviseert IKNL bij (de prioritering van) richtlijnontwikkeling, -revisie, -implementatie en -evaluatie. In 2016 (en verder) is er extra aandacht voor niet-oncologische aandoeningen en niet-oncologie-specifieke onderwerpen in de palliatieve zorg. Zo zijn op initiatief van PAZORI in 2016 zes richtlijnen in ontwikkeling, waaronder bijvoorbeeld 'Spirituele zorg in de palliatieve fase' en 'Palliatieve zorg bij hartfalen'. Daarnaast is de revisie van 'Algemene principes van palliatieve zorg' afgerond en werden naar aanleiding van de richtlijn 'Pijn bij kanker' de richtlijn en samenvattingskaart van 'Pijn in de palliatieve fase' geüpdatet. Ook is de richtlijnmodule 'Palliatieve zorg voor oncologische richtlijnen' geïntegreerd in de richtlijnen 'Wervelmetastasen' en 'Mamma'. IKNL stelt de richtlijnen beschikbaar via diverse kanalen, zoals [Pallialine](#), via het zakboekje 'Palliatieve zorg', via samenvattingskaarten en folders, de Richtlijndatabase (FMS) en het Register (ZIN). De informatie werd zeer veel gebruikt; zo werd alleen al de folder 'Palliatieve sedatie' bijna 33.000 keer besteld.

Tabel 2.4

Pallialine 2016 – 2015

Jaar	Richtlijnen		Gebruikers		Pageviews		Sessies	
	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015
Pallialine	60	53	111.500	126.000	1.090.000	1.087.000	178.000	191.000

Ook zijn in 2016, mede op initiatief en met medewerking van IKNL, (nagenoeg) alle richtlijnen palliatieve zorg in begrijpelijke taal vertaald en voor patiënten en naasten beschikbaar gekomen op Kanker.nl.

Sinds maart 2016 zijn richtlijnen ook via een app beschikbaar, PalliArts. De app, een initiatief van het Netwerk Palliatieve Zorg Zuidoost Brabant, is ontwikkeld samen met IKNL en gefinancierd door VGZ. Via de app is regionale en landelijke informatie over palliatieve zorg te raadplegen. Participerende Netwerken Palliatieve Zorg, ondersteund door Fibula, verzorgen de regionale informatie, zoals transmurale afspraken en actuele informatie over beschikbare bedden in hospices en palliatieve units. IKNL verzorgt de landelijke informatie zoals samenvattingen van richtlijnen en informatie over [consultatieteams](#). De app voorziet zichtbaar in een behoefte; de app is sinds de lancering al circa 25.000 keer door zorgprofessionals gedownload en kent ruim 2.000 actieve gebruikers per week.



Kennisdeling

Consultatieteams palliatieve zorg

Een door IKNL beheerd landelijk dekkend netwerk van regionale consultatieteams levert telefonische consulddiensten. De teams bestaan uit gespecialiseerde artsen en verpleegkundigen werkzaam in hospices, ziekenhuizen, verpleeghuizen, thuiszorgorganisaties en huisartspraktijken. Zij geven telefonische adviezen aan zorgprofessionals over een breed scala aan onderwerpen, van farmacologische onderwerpen, tot vragen over mantelzorg en steun voor beleid.

Tabel 2.10

Consulddiensten palliatieve zorg 2016 – 2015

	2016	2015
Aantal consulten	6.600	6.300
Aantal consulenten	360	300
Uitgaven (x € 1.000)	1.818	1.729

Consultatie is in beweging: telefonische consultatie vormt nog altijd de hoofdmoot (circa 6.000 van 6.600 consulten), maar andere vormen als multidisciplinaire zorgplanbespreking in een MDO en consultatie aan PaTz- groepen nemen toe. Het aantal lokale transmurale teams voor palliatieve zorg is toegenomen. De ingezette lijn van IKNL om van centrale telefonische consultatie te gaan naar meer expertise in lokale teams voor palliatieve zorg vertaalt zich in de cijfers. Voor uitgebreide informatie over consultatie, ontwikkelingen en trends wordt verwezen naar de jaarlijks verschijnende [jaarverslagen consultatie](#).

Scholing en verbetertrajecten

Aan de hand van in-companytrajecten, opleidingen met open inschrijving en bij- en nascholing voert IKNL samen met professionals verbeteringen ook daadwerkelijk door. Bij de bijeenkomsten met een open inschrijving zijn scholingen voor consulenten populair. Bij de incompany-trainingen vooral de bijeenkomsten over Signalering in de palliatieve fase. In 2016 waren 57 bijeenkomsten geaccrediteerd, waaronder symposia, landelijke en regionale scholingen en trainingen en 2 e-learning modules.

Het Zorgpad Stervensfase, de Signaleringsset voor verzorgenden, Besluitvorming in de palliatieve fase en Mantelzorgondersteuning waren als 'Goed Voorbeeld' opgenomen in het Verbeterprogramma palliatieve zorg van ZonMw, dat liep tot 1 juni 2016. Ook in 2016 hebben weer diverse instellingen met subsidie van ZonMw deze verbetermethoden van IKNL ingevoerd.

In 2015 was IKNL samen met experts op het gebied van dementie gestart met de ontwikkeling van een aanvulling van de methodiek Signalering in de palliatieve fase. In 2016 zijn deze aanvullingen getoetst in pilotinstellingen en een klankbordgroep. Naar aanleiding hiervan zijn drie kernproblemen uitgewerkt en toegevoegd aan de methodiek en is een handreiking voor implementatie geschreven.

3 Financiën, personeel en bedrijfsvoering

3.1 Financiën

Cijfers en kengetallen

Onderstaand de financiële weerslag van het in 2016 gevoerde beleid en de uitgevoerde activiteiten:

Tabel 3.1 Balans per 31 december 2016 (na resultaatbestemming, bedragen x € 1.000)

Activa	2016	2015
Vaste activa	1.982	1.590
Vlottende activa	22.204	21.067
TOTAAL ACTIVA	24.186	22.657
Passiva	2016	2015
Eigen vermogen	8.056	8.342
Voorzieningen	3.148	2.428
Vlottende passiva	12.982	11.887
TOTAAL PASSIVA	24.186	22.657

Tabel 3.2 Staat van baten en lasten over 2016 (bedragen x € 1.000)

	Begroting 2017	Begroting 2016	Werkelijk 2016	Werkelijk 2015
Totaal baten	40.718	40.419	40.900	38.976
Totaal lasten	41.048	41.128	41.221	40.136
Bedrijfsresultaat	-331	-709	-321	-1.160
Financiële baten en lasten	130	100	35	76
TOTAAL RESULTAAT	-201	-609	-286	-1.084
Niet-collectief gefinancierd vrij vermogen	-201	-609	-580	-1.007
Collectief gefinancierd gebonden vermogen			294	-77
TOTAAL BESTEMMING	-201	-609	-286	-1.084

Tabel 3.3 Financiële kengetallen 2016 - 2015

Kengetallen	2016	2015	Δ %
Subsidiebatens	35.259.067	34.333.966	2,69
Overige baten	5.641.792	4.863.757	16,00
Totaal kosten	41.221.391	40.357.907	2,14
Rendement (Netto resultaat/totale opbrengsten)	-1,18	-4,78	3,6
Rentabiliteit (Bedrijfsresultaat/Balanstotaal)	-1,33	-5,12	3,79
Gemiddelde salariskosten per FTE	47.546	47.025	1,11
Werkkapitaal (Vlottende activa – vlottende passiva)	9.221.834	9.179.509	0,46
Current ratio (Vlottende activa/vlottende passiva)	1,71	1,77	-3,39
Solvabiliteit (Eigen vermogen/Balanstotaal)	33,31%	36,82%	-3,51
Weerstandsvermogen	7.231.318	7.810.817	-7,42
Percentage weerstandsvermogen	20,51%	22,75%	-2,24

Tabel 3.4

Verklaring van de kengetallen

Kengetallen	Categorie	Interpretatie
<i>Current ratio</i>	<i>Liquiditeit</i>	<i>De mate waarin de verschaffers van het kort vreemd vermogen uit de vlottende activa kunnen worden betaald</i>
<i>Solvabiliteit</i>	<i>Solvabiliteit</i>	<i>De mate waarin de organisatie over een buffer beschikt om eventuele verliezen op te vangen.</i>
<i>Rendement</i>	<i>Resultaat</i>	<i>Dit kengetal geeft de relatieve resultaatmarge van een organisatie weer.</i>
<i>Rentabiliteit</i>	<i>Resultaat</i>	<i>Dit kengetal geeft weer wat de verhouding is tussen het resultaat en het totale vermogen</i>

Toelichting

De financiële gezondheid van IKNL is in vergelijking tot het gemiddelde ziekenhuis goed te noemen; IKNL scoort in vrijwel alle gevallen overeenkomstig de top 10 van best presterende ziekenhuizen². Zo is de liquiditeit met een score van 1,71 prima, ondanks een lichte afname ten opzichte van vorig jaar. In vergelijking, de current ratio van de 10 beste ziekenhuizen varieert tussen de 1,58 en 2,12.

Een zelfde beeld zien we bij de solvabiliteit; IKNL komt ook hier licht lager uit ten opzichte van 2015 op een score van 33,31%, maar bevindt zich desondanks in de top. De solvabiliteit van de 10 ziekenhuizen met de beste solvabiliteit beweegt zich namelijk tussen 32% en 45%.

Voor de rendementskengetallen gaat de vergelijking niet op, deze komen beide negatief uit ten opzichte van positieve getallen bij de meeste ziekenhuizen. Dit is echter geen teken dat IKNL niet goed presteert, maar een weerslag van hoe IKNL wordt gefinancierd. IKNL heeft geen winstoogmerk en wordt grotendeels gefinancierd met een instellingsubsidie. De negatieve resultaten/rendementskengetallen zijn een reflectie van het besluit om de ontwikkeling van Oncoguide en OncolinQ uit eigen middelen te financieren. De verbetering van deze (ken)getallen laat zien dat Oncoguide ultimo 2016 bijna gereed was voor 'livegang'.

Weerstandsvermogen en risicobeheersing

Het weerstandsvermogen geeft de mate aan waarin IKNL in staat is om op langere termijn aan zijn verplichtingen te voldoen en wat de vrije vermogensbuffer is voor het opvangen van eventuele calamiteiten (of financiële consequenties hiervan). Van belang daarbij is de risicobereidheid, de mate waarin IKNL risico's wil nemen. Als grotendeels publiek gefinancierde organisatie die het algemeen belang blijvend wil dienen door het bevorderen van oncologische en palliatieve zorg en daarbij kwaliteit hoog in het vaandel heeft staan, is de risicobereidheid gering. Het tijdig signaleren en beheersen van risico's is derhalve essentieel.

Weerstandsvermogen

Voor de berekening van het weerstandsvermogen wordt grotendeels aangesloten bij hetgeen gebruikelijk is in de sector ziekenhuizen, te weten de definitie van het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WfZ). Daarbij wordt onder het weerstandsvermogen verstaan het eigen vermogen conform de Regeling Jaarverslaggeving Zorginstellingen. Gezien de verplichting om een egaliseringsreserve (gebonden niet vrij inzetbaar vermogen) te vormen, wordt het eigen vermogen hiervoor gecorrigeerd. Het percentage weerstandsvermogen, het weerstandsvermogen als percentage van het risicobudget, wordt berekend door het aldus bepaalde weerstandsvermogen te delen op de subsidiebaten. De formule maakt gebruik van de instellingssubsidie omdat deze circa 85 - 90% van de inkomsten bedraagt en bij het (deels) wegvallen hiervan buffers aangesproken moeten worden.

² Er is vergeleken met de informatie uit de BDO - benchmark ziekenhuizen 2016 (10/2016 – PS1624). NB: Dit betreft informatie over 2015, de benchmark 2017 met gegevens over 2016 was ten tijde van opstelling van dit rapport nog niet beschikbaar.

Risicoanalyse en -beheersing

In de bijgestelde begroting 2016 was zo goed als mogelijk rekening gehouden met alle op dat moment bekende ontwikkelingen. Daarnaast waren er nog een aantal onzekerheden welke van invloed konden zijn op het te realiseren resultaat over 2016. Bij het opstellen van het jaarplan 2016 waren de belangrijkste risico's financieel gekwantificeerd volgens de expected monetary value-techniek:

Tabel 3.5

Financiële risico-kwantificatie 2016

Omschrijving onzekerheid	Effect (€)	Kans	Monetary value (€)
1. Uitkomst EU aanbesteding KA onzeker	0,3 mln.	10%	30.000
2. Dekking DMTR inkomsten omhoog	0,3.mln.	25%	75.000
3. OVA, indexering instellingssubsidie	0,2 mln.	10%	20.000
4. Besteding ICT projecten sterk volatiel	0,2 mln.	25%	50.000
5. Transitie afdeling OZ te bepalen	PM	80%	PM
6. NKR+ registraties opstarten	0,1.mln.	10%	10.000
Totaal onzekerheidsbedrag / benodigd weerstandsvermogen	1,1 mln.		0,2 mln.

Naast genoemde onzekerheden met beperkte invloed op het resultaat worden bedrijfsvoeringsrisico's onderscheiden. Daarmee wordt bedoeld op onvoorziene risico's waarop geen invloed kan worden uitgeoefend. Hierbij worden twee typen onderscheiden:

1. risico's zoals calamiteiten, aansprakelijkheidsclaims etc., waarvoor geen verzekering bestaat of de verzekeringsdekking ontoereikend blijkt en
2. risico's als verlagingen van subsidiegelden en gevolgen van loon- en prijsstijgingen.

IKNL zet er op in om ook deze risico's zo veel mogelijk te mitigeren. De grootste bedrijfsvoeringsrisico's die worden onderscheiden, bevinden zich op het gebied van ICT en Cyber Crime. IKNL werkt met de Nederlandse Kankerregistratie immers op grote schaal met privacygevoelige gegevens. Om problemen op dit vlak te voorkomen, wordt voortdurend gewerkt aan procesbeheersing en –optimalisatie, maar tevens aan bewustzijn. Zo getuigen de activiteiten in het kader van de ontwikkeling van een kwaliteitsmanagementsysteem en de in 2016 behaalde NEN 7510 en ISO 27001 certificatie. Daarnaast heeft IKNL een verzekering Cyber Crime afgesloten.

Conclusie

Het percentage weerstandsvermogen is met 20,51% ongeveer gelijk aan het percentage weerstandsvermogen van de ziekenhuizen gezamenlijk in 2015 (20,7%). Bij de ziekenhuizen was echter sprake van een vertekenend effect van de integrale tarieven per 1 januari 2015. Indien vergeleken wordt met het gecorrigeerde percentage (23,5%), dan scoort IKNL lager. Het WfZ³ acht, gelet op de ontwikkelingen in de zorgsector, 20-25% wenselijk voor een zorginstelling. Dit is echter een globale richtlijn; een vermogenspositie moet gezien worden in het licht van de activiteiten en de markt(en) waarop men actief is. Aangezien IKNL geen reguliere zorginstelling is en slechts in zeer beperkte mate op een markt opereert, en tevens de subsidiegever vrij vermogen beperkt wenselijk acht, wordt een percentage weerstandsvermogen van 20,51% als (ruim) voldoende beschouwd.

Voor een nadere cijfermatige toelichting wordt verwezen naar hoofdstuk 4, de jaarrekening 2016.

³ Dutch Hospital Data, Kengetallen Nederlandse Ziekenhuizen 2014, mei 2016

3.2 Personeel

Voor IKNL maken de mensen die er werken het verschil. Het zijn de mensen die de gestelde doelen behalen en de 'kwaliteit' van IKNL zijn. IKNL wil dat medewerkers hun rol – duurzaam -, nu en in de toekomst, gezond, gemotiveerd en productief kunnen vervullen.

Duurzame inzetbaarheid en kwaliteit

Vanuit het streven naar duurzame inzetbaarheid en kwaliteitsverbetering van medewerkers is ingezet op samenwerking, ontwikkeling en mobiliteit. In dit kader konden medewerkers individuele talentscans invullen en zijn daarnaast teamscans ingezet. Ook is een opleidingshuis gevuld met IKNL breed inzetbare opleidingen zoals timemanagement, projectmanagement en feedbacktraining. Tot slot zijn de organisatieovergangen benut ter ondersteuning van mobiliteitsbevordering.

Om nieuwe medewerkers welkom te heten en direct kennis te laten maken met IKNL, de sfeer, de cultuur, en om hen praktisch de weg te wijzen is in 2016 een introductiedag voor nieuwe medewerkers opgezet. Tot slot zijn er in 2016 inspiratiedagen voor leidinggevendenden vormgegeven; het thema duurzame inzetbaarheid was ook daar een thema.

Algemene ontwikkelingen

Het aantal medewerkers is toegenomen van 521 ultimo 2015 tot 538 ultimo 2016, een toename van iets meer dan 3%. Deze, deels tijdelijke, toename betreft vooral registratiemedewerkers.

Ondanks voortdurende aandacht en inzet op dit thema is het verzuim toegenomen ten opzichte van vorig jaar. Dit betreft zowel het verzuimpercentage als de meldingsfrequentie. De toename is deels het gevolg van de werkbelasting, die vooral bij de afdeling registratie voortdurend hoog is. De extra inzet van medewerkers zal hier naar verwachting verlichting brengen. Aangezien het merendeel van de extra medewerkers laat in het jaar is gestart, waren de effecten hiervan in 2016 nog niet zichtbaar. Daarnaast heeft ook de reorganisatie oncologische zorg voor een toename in het ziekteverzuim gezorgd en zijn de cijfers tevens beïnvloed door enkele langdurig zieken.

Tabel 3.6

IKNL-medewerkers* 2016 – 2015 (verzuim exclusief zwangerschap)

Ultimo	vrouwen	mannen	totaal	fulltimers	parttimers	frequentie	verzuimcijfer
2016	464	74	538	169	369	1,0	4,6%
2015	460	61	521	162	359	0,8	3,8%

* Voor het gemiddeld aantal medewerkers (fte) en de formatie-omvang per 31 december (fte) zie paragraaf 4.6.

3.3 Bedrijfsvoering

Het streven van IKNL is om de bedrijfsvoering zo in te richten dat de toegevoegde waarde voor het primair proces optimaal is en de overhead zo laag mogelijk. Daarom streven we naar een compacte en efficiënte ondersteuningsorganisatie die dienstverlening en kwaliteit hoog in het vaandel heeft staan. Waar mogelijk worden kosten bespaard, zodat de beschikbare middelen optimaal worden ingezet voor de verbetering van de kwaliteit van oncologische en palliatieve zorg.

Zo heeft IKNL in 2016 aanvullende efficiëntie maatregelen genomen waardoor middelen vrijkwamen voor de uitbreiding van het aantal (registratie)medewerkers. Zo werden nieuwe modules van het ERP-systeem ingericht en in gebruik genomen, waardoor efficiënter wordt gewerkt en een ander systeem kon worden afgestoten. Tevens is IKNL-breed gewerkt aan procesbeschrijving, -analyse en verbetering uit hoofde van het kwaliteitsproject en hebben teambuildingstrajecten plaatsgevonden.

4 Jaarrekening 2016

4.1 Balans per 31 december 2016

(na resultaatbestemming)

Activa

	2016	2015
Vaste activa		
Immateriële vaste activa	(1) 1.968.744	1.091.820
Materiële vaste activa	(2) -	484.879
Financiële vaste activa	(3) <u>12.972</u>	<u>12.942</u>
	1.981.716	1.589.641
Vorderingen en overlopende activa		
Debiteuren	(4) 539.738	979.349
Overige vorderingen	(5) 1.000.088	1.297.581
Overlopende activa	(6) <u>1.469.796</u>	<u>792.769</u>
	3.009.622	3.069.699
Liquide middelen	(7) 19.194.657	17.997.653
Totaal activa	<u><u>24.185.994</u></u>	<u><u>22.656.993</u></u>

Passiva

	2016	2015
Eigen vermogen		
Collectief gefinancierd gebonden vermogen		
Egalisatiereserve VWS	(8) 824.718	530.724
Niet collectief gefinancierd vrij vermogen		
Algemene reserve	6.911.844	7.810.817
Jan Willem Coebergh Fonds	(9) <u>319.475</u>	<u>-</u>
	7.231.318	7.810.817
Voorzieningen		
Voorzieningen	(10) 3.147.513	2.427.609
Kortlopende schulden en overlopende passiva		
Crediteuren	(11) 2.001.515	1.295.135
Belastingen en sociale lasten	(12) 2.157.037	2.450.735
Overige schulden	(13) 3.354.760	2.663.423
Overlopende passiva	(14) <u>5.469.133</u>	<u>5.478.551</u>
	12.982.445	11.887.843
Totaal passiva	<u><u>24.185.994</u></u>	<u><u>22.656.993</u></u>

4.2 Staat van baten en lasten

		Begroting 2017	Begroting 2016	Werkelijk 2016	Werkelijk 2015
Baten					
Instellingsubsidie VWS	(15)	35.620.883	35.037.132	35.259.067	34.333.966
Overige opbrengsten	(16)	<u>5.096.642</u>	<u>5.381.763</u>	<u>5.641.792</u>	<u>4.863.757</u>
Totaal baten		40.717.525	40.418.895	40.900.859	39.197.724
Lasten					
Personeelskosten	(17)	28.766.382	27.588.233	27.389.039	26.838.246
Consulenten	(18)	4.637.000	4.841.000	4.742.346	4.581.330
Huisvestingskosten	(19)	1.918.427	2.137.000	2.033.287	2.078.587
Afschrijvingen	(20)	814.175	1.063.165	897.778	1.112.842
Voorzieningen	(21)	545.404	511.830	769.281	453.142
Overige bedrijfslasten	(22)	4.366.866	4.986.455	5.389.659	5.293.758
Totaal lasten		41.048.254	41.127.683	41.221.391	40.357.907
BEDRIJFSRESULTAAT		-330.729	-708.788	-320.532	-1.160.183
Financiële baten en lasten	(23)	<u>130.000</u>	<u>100.000</u>	<u>35.027</u>	<u>75.900</u>
TOTAAL RESULTAAT		-200.729	-608.788	-285.505	-1.084.283
Bestemmingsreserves		0	0	19.475	0
Niet-collectief gefinancierd vrij vermogen		-200.729	-608.788	-598.974	-1.007.235
Egalisatiereserve VWS		<u>0</u>	<u>0</u>	<u>293.994</u>	<u>-77.048</u>
Totaal bestemming		-200.729	-608.788	-285.505	-1.084.283

4.3 Kasstroomoverzicht

	<u>2016</u>	<u>2015</u>
Kasstroom uit operationele activiteiten		
Exploitatieresultaat	-320.532	-1.160.183
<i>Aanpassingen voor:</i>		
Afschrijvingen	897.778	1.112.842
Dotaties voorzieningen	769.281	453.142
Uitgaven ten laste van voorzieningen	-49.377	-276.672
<i>Mutaties werk kapitaal</i>		
Afname vorderingen	60.077	255.803
Toename kortlopende schulden	1.094.602	101.750
Afname voorraden	<u>0</u>	<u>46.366</u>
	<u>1.154.679</u>	<u>403.920</u>
Kasstroom uit bedrijfsoperaties	2.451.829	533.050
Ontvangen interest	35.027	75.900
Kasstroom uit operationele activiteiten	<u>2.486.856</u>	<u>608.950</u>
Kasstroom uit investeringsactiviteiten		
Investerings (im-)materiële vaste activa	-1.296.227	-933.252
Desinvesterings (im-)materiële vaste activa	6.405	
Uitgaven financiële vaste activa	-30	-4.280
Ontvangsten financiële vaste activa	<u>115.858</u>	<u>115.858</u>
Kasstroom uit investeringsactiviteiten	-1.289.852	-821.674
Kasstroom uit financieringsactiviteiten		
Kasstroom uit investeringsactiviteiten	-	-
Netto kasstroom (mutatie liquide middelen)	<u><u>1.197.004</u></u>	<u><u>-212.724</u></u>
Beginsaldo geldmiddelen		
Beginsaldo geldmiddelen	17.997.653	18.210.377
Eindsaldo geldmiddelen	<u>19.194.657</u>	<u>17.997.653</u>
Mutatie geldmiddelen	<u><u>1.197.004</u></u>	<u><u>-212.724</u></u>

Toelichting

Het kasstroomoverzicht is opgesteld volgens de indirecte methode. De geldmiddelen in het kasstroomoverzicht bestaan uit de liquide middelen en staan ter vrije beschikking van IKNL, afgezien van een bedrag van € 348.953, betreffende bankgaranties inzake gehuurde locaties. Ontvangsten en uitgaven uit hoofde van interest zijn opgenomen onder de kasstroom uit operationele activiteiten. Voor een nadere inhoudelijke toelichting wordt verwezen naar de toelichtingen op de balans en de staat van baten en lasten.

4.4 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.

Deze jaarrekening is opgesteld in euro's en 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.

Wijzigingen in de grondslagen

In 2016 zijn de volgende wijzigingen in de grondslagen doorgevoerd.

- Immateriële en materiële vaste activa

In 2016 is door het bestuur besloten (met expliciete goedkeuring van de raad van toezicht en van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) de niet representatieve en traceerbare restanten materiële vaste activa te desinvesteren. Zodoende is per ultimo 2016 de waarde nihil. Daarmee samenhangend is besloten in de toekomst alleen nog representatieve activa te activeren. Dat houdt in dat de activeringsnorm voor (im-)materiële vaste activa is opgehoogd naar € 100.000 op projectniveau.

- Voorzieningen

Met ingang van boekjaar 2016 is een wijziging doorgevoerd met betrekking tot de verdiscontering van de voorzieningen die tegen contante waarde worden gewaardeerd. De marktrente per balansdatum van hoogwaardige ondernemingsobligaties is de meest geëigende invulling van de actuele marktrente. Bij het ontbreken van een liquide markt voor ondernemingsobligaties geldt het rendement op staatsleningen als de meeste geëigende invulling. Bij de stelselwijziging in 2015 is voor dat laatste gekozen. Op basis van voortschrijdend inzicht is dit een onvoldoende toekomstgerichte verdisconteringsvoet gebleken. Derhalve worden de voorzieningen met ingang van 2016 verdisconteerd tegen de marktrente voor hoogwaardige ondernemingsobligaties. Deze wordt bepaald door uit te gaan van de door De Nederlandsche Bank (DNB) gepubliceerde 'zero-couponrente' per balansdatum, verhoogd met 1 procent.

Grondslagen voor waardering van activa en passiva

Activa en passiva zijn in het algemeen gewaardeerd tegen geamortiseerde kostprijs. 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.

Vergelijkende cijfers van het voorgaande boekjaar zijn, waar nodig, slechts qua rubricering voor vergelijkingsdoeleinden aangepast.

De materiële vaste activa worden gewaardeerd tegen verkrijgingsprijs verminderd met de cumulatieve afschrijvingen en indien van toepassing met bijzondere waardeverminderingen. De afschrijvingen worden berekend op basis van een vast percentage van de verkrijgingsprijs. Er wordt geen rekening gehouden met een eventuele restwaarde. Er wordt afgeschreven vanaf het moment van ingebruikname. Voor alle activacategoriën wordt een afschrijvingspercentage van 20% gehanteerd, met uitzondering van verbouwingen waarvoor 10% wordt gehanteerd. Daarbij wordt in achtgenomen de bovengenoemde wijziging in de grondslagen.

De financiële vaste activa worden opgenomen voor de geamortiseerde kostprijs.

De vorderingen, geldmiddelen en schulden worden opgenomen tegen de nominale waarde, waarbij rekening wordt 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 worden gewaardeerd tegen de contante waarde van de verwachte toekomstige kosten. Wanneer benutting in het komende jaar plaatsvindt en/of de voorziening niet materieel is, wordt deze gewaardeerd tegen nominale waarde en niet contant gemaakt.

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 90,1% ultimo 2016 (2015: 97,1%). PFZW heeft in 2016 een herstelplan ingediend bij DNB, uitgaande van de financiële situatie per 1 januari 2016. Daaruit blijkt dat op basis van de reguliere sturing de financiële positie binnen 10 jaar herstelt naar het Vereist Eigen Vermogen. Jaarlijks stelt het fonds een nieuw herstelplan op zolang de beleidsdekkingsgraad lager is dan nodig op basis van het Vereist Eigen Vermogen.

Voor de uitvoering van de Wet normering bezoldiging topfunctionarissen in de (semi)publieke sector heeft IKNL zich gehouden aan de beleidsregels toepassing WNT 2016 en deze als normenkader bij het opmaken van deze jaarrekening gehanteerd.

4.5 Toelichting op de balans

	2016	2015
Immateriële vaste activa (kosten van ontwikkeling)	(1) 1.968.744	1.091.820
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. Alle immateriële vaste activa zijn gekocht.		
Materiële vaste activa		
Verbouwingen	0	229.281
Computer apparatuur	0	42.875
Inventaris en inrichting	0	41.041
Auto's	0	8.734
Overige apparatuur	0	162.948
Totaal	(2) 0	484.879
	1.968.744	1.576.699

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

Staat van Activa	Software	Verbouwingen	Computer apparatuur	Inventaris & inrichting	Auto's	Overige apparatuur	Totaal vaste activa
<i>afschrijvingspercentage</i>	<i>20%</i>	<i>10%</i>	<i>20%</i>	<i>20%</i>	<i>20%</i>	<i>20%</i>	
stand per 1-1-2016							
- 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
boekwaarde 1-1-2016	1.091.820	229.281	42.875	41.041	8.734	162.948	1.576.699
<i>Desinvesteringen 1 januari</i>							
- aanschafwaarde	545.076	922.145	1.873.109	1.312.185	40.370	481.675	5.174.560
- cum. afschrijving	-529.421	-935.598	-1.944.590	-1.325.808	-40.370	-318.727	-5.094.515
	15.655	-13.453	-71.482	-13.623	0	162.948	80.045
Gecorrigeerde stand 1 januari							
- Cumulatieve aanschafwaarde	1.328.448	897.734	671.284	332.311	12.668	0	3.242.446
- Cumulatieve afschrijvingen	-252.283	-655.001	-556.927	-277.646	-3.934	0	-1.745.791
Gecorrigeerde boekwaarde	1.076.165	242.734	114.357	54.665	8.734	0	1.496.654
mutaties in 2016							
- investeringen	1.296.227	0	0	0	0	0	1.296.227
- desinvesteringen							
- aanschafwaarde		897.734	671.284	332.311	12.668	0	1.913.997
- cum. afschrijving		-897.734	-671.284	-332.311	-12.668	0	-1.913.997
- boekverlies verkoop auto					-6.405		-6.405
- afschrijvingen 2016	-403.649	-242.734	-114.357	-54.665	-2.329	0	-817.733
totaal mutaties	892.579	-242.734	-114.357	-54.665	-8.734	0	472.089
stand per 31-12-2016							
- aanschafwaarde	2.624.675	0	0	0	0	0	2.624.675
- afschrijvingen t/m 2016	-655.932	0	0	0	0	0	-655.932
boekwaarde 31-12-2016	1.968.744	0	0	0	0	0	1.968.743

De investeringen in software van € 1.296.227 betreffen Oncoguide, Oncolinq, Datawarehouse IKNL en RANK.

De niet representatieve en traceerbare restanten materiële vaste activa zijn gedesinvesteerd. Nadere toelichting is te vinden in de grondslagen van de jaarrekening.

Financiële vaste activa: overige vorderingen

Waarborgsommen	12.972	12.942
Totaal	(3) 12.972	12.942

Het verloop van de financiële vaste activa is als volgt:

Stand 1 januari	12.942	124.520
Bij: betaalde waarborgsommen	30	4.280
Af: terugbetaling geldlening en retourontvangen waarborgsommen		-115.858
Stand 31 december	12.972	12.942

Sinds de terugbetaling van de aan AMC Medical Research B.V. verstrekte geldlening bestaan de onder de financiële vaste activa verantwoorde overige vorderingen slechts uit diverse waarborgsommen, welke als zekerheid gelden voor de nakoming van verplichtingen uit diverse (huur)overeenkomsten.

Vlottende activa

	2016	2015
Vorderingen en overlopende activa		
Debiteuren	(4) 539.738	979.349
De post debiteuren bestond per ultimo 2015 voor € 500.000 uit een factuur voor één project. Deze factuur is inmiddels voldaan en het project is in 2016 afgerond. Voor het overige deel is de post debiteuren nagenoeg gelijk gebleven.		
Overige vorderingen		
Nog te factureren	999.355	1.219.899
Overige kortlopende vorderingen	733	77.683
Totaal	(5) 1.000.088	1.297.581

In 2016 heeft de herrekening van de BTW over de jaren 2012 en 2013 uit hoofde van de in 2015 ontvangen vrijstelling 11.1.F. plaatsgevonden. De hieruit voortvloeiende creditering aan debiteuren maakt per ultimo 2016 onderdeel uit van de nog te factureren bedragen en veroorzaakt de daling van dit saldo met circa € 200.000 ten opzichte van 2015.

Overlopende activa

Vooruitbetaalde bedragen / te ontvangen creditnota's	821.645	593.128
Nog te ontvangen bedragen	347.272	195.709
Pensioenen	300.879	3.932
Totaal	(6) 1.469.796	792.769

Eind 2016 zijn facturen ontvangen over 2017 voor twee grote projecten. Dit verklaart de stijging van het saldo vooruitbetaalde bedragen. Voor een aantal projecten zijn werkzaamheden verricht, terwijl de vergoeding na afronding van het project wordt ontvangen. Dit verklaart de stijging van de nog te ontvangen bedragen.

Het bedrag pensioenen per ultimo 2016 betreft vooruitgefactureerde premies voor januari 2017.

Liquide middelen

Rabobank	6.951.799	5.772.456
ABN-AMRO bank	12.242.858	12.225.198
Totaal	(7) 19.194.657	17.997.653

De liquide middelen staan tot vrije beschikking van IKNL, afgezien van € 348.953 betreffende bankgaranties inzake gehuurde locaties

Passiva

Eigen vermogen	1-1-2016	Mutatie 2016	Resultaat 2016	31-12-2016
Collectief gefinancierd:				824.718
Egalisatiereserve VWS (8)	530.724		293.994	824.718
Niet collectief gefinancierd:				7.231.318
Algemene reserve (9)	7.810.817	-300.000	-598.974	6.911.844
Jan Willem Coebergh Fonds		300.000	19.475	319.475
	8.341.541	0	-285.505	8.056.036

In 2016 is door de raad van bestuur de bestemmingsreserve 'Jan Willem Coebergh Fonds' ingesteld om de verbinding tussen de medische en medisch-technische universiteiten en IKNL te verbeteren.

Het rekeningresultaat 2016 van € 285.505 negatief wordt gedekt door een onttrekking van € 598.974 uit de algemene reserve ten behoeve van met name de financiering van OncolinQ/Oncoguide, een storting van circa € 293.994 in de egalisatiereserve VWS en een storting van € 19.475 in de bestemmingsreserve 'Jan Willem Coebergh Fonds'.

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 2016 is de egalisatiereserve 2,3% (ultimo 2015: 1,5%).

Passiva (vervolg)

Voorzieningen	1-1-2016	Storting / Onttrekking	Dotatie / Vrijval	31-12-2016
Voorziening PLB-recht	1.974.886	-49.377	643.811	2.569.320
Voorziening jubileumverplichtingen	452.723		125.470	578.193
Totaal (10)	2.427.609	-49.377	769.281	3.147.513
Waarvan langlopend (langer dan 1 jaar)				3.061.800

Zoals toegelicht bij de grondslagen voor het opstellen van de jaarrekening heeft IKNL een wijziging doorgevoerd met betrekking tot de verdiscontering van voorzieningen. Het effect van deze schattingswijziging, een lagere dotatie van € 103.757, is overeenkomstig richtlijn 145.301 verwerkt in de staat van baten en lasten. Het effect op toekomstige perioden is qua omvang gezien de afhankelijkheid van meerdere parameters moeilijk in te schatten, maar zal eveneens een (beperkt) dempend effect kennen.

De voorziening PLB-recht bestaat uit een voorziening voor PLB-recht regulier en PLB-recht 200 uur. De voorziening regeling PLB-recht regulier is opgenomen ter dekking van de uitgaven 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 voorziening opgenomen. De voorziening is gewaardeerd tegen contante waarde.

De voorziening regeling PLB-recht 200 uur is opgenomen ter dekking van de uitgaven uit hoofde van de cao-verplichting. Een beperkt 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 is gewaardeerd tegen nominale waarde.

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.

Kortlopende schulden en overlopende passiva

	2016	2015
Crediteuren	(11) 2.001.515	1.295.135

Met de stijging van de kosten is ook de post crediteuren gestegen, daar een aanzienlijk deel van de kosten aan het einde van het boekjaar gefactureerd wordt.

Schulden betreffende belastingen, sociale lasten en pensioenen

Af te dragen loonheffing	1.429.589	1.383.551
Af te dragen omzetbelasting	727.448	1.067.184
Totaal	(12) 2.157.037	2.450.735

IKNL heeft medio 2015 van de Belastingdienst een zogenaamde 11.1.F vrijstelling voor de omzetbelasting ontvangen voor een aantal activiteiten. In 2016 heeft de herrekening van de BTW over de jaren 2012 en 2013 uit hoofde hiervan plaatsgevonden en tevens is gedurende 2016 conform afgedragen, zodat het saldo af te dragen BTW ten opzichte van 2015 met ruim € 3 ton is gedaald.

Overige schulden

Voorschotrekening KWF datamanagement	2.683.672	2.155.761
Overige kortlopende schulden	671.087	507.662
Totaal	(13) 3.354.760	2.663.422

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. De balanspositie betreft van KWF ontvangen voorschotten. De toename van de overige kortlopende schulden betreft vooruit ontvangen gelden voor aanvullende registratiesets.

Overlopende passiva

Vooruitontvangen trialgelden	1.685.425	1.868.160
Nog te ontvangen facturen	1.497.465	1.515.776
Vooruitontvangen opbrengsten	962.076	857.485
Reservering vakantiegeld (inclusief sociale lasten)	954.075	903.629
Vakantie-uren	370.091	333.501
Totaal	(14) 5.469.133	5.478.551

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 onvolgende financiering is een additionele reservering opgenomen ter hoogte van het financieringstekort. Voor niet door KWF gesubsidieerde studies is sinds 2015 bovenstaande systematiek niet langer van toepassing. Reeds gereserveerde bedragen voor dit deel van de studies valt over de periode 2016 tot en met 2019 vrij, om verrichtte werkzaamheden voor nog resterende oude studies te dekken.

De looptijd van alle kortlopende schulden is korter dan 1 jaar, behalve voor de categorieën 'Voorschotrekening KWF datamanagemen 'Vooruitontvangen trialgelden' en 'Vooruitontvangen opbrengsten'.

Niet in de balans opgenomen rechten en verplichtingen

Gebeurtenissen na balansdatum

De Europese aanbesteding van de kantoorautomatisering heeft vertraging opgelopen en het verdere verloop is ongewis. In de loop van 2017 zal duidelijkheid ontstaan over of IKNL schade heeft opgelopen en de eventuele omvang van de schade.

Huurverplichtingen

- Looptijd korter dan 1 jaar.

Locatie	Huurbedrag	Looptijd	Bankgarantie	Opmerking
Leiden	329.448	30-6-2017	75.156	

- Looptijd tussen 1 en 5 jaar.

Locatie	Huurbedrag	Looptijd	Bankgarantie	Opmerking
Enschede *)	37.334	31-7-2020	7.422	*) nieuw contract 1-3-2017
Maastricht	48.708	31-12-2018		
Eindhoven	186.888	31-3-2018	43.693	
Groningen	347.974	31-7-2018	77.364	
Nijmegen	145.312	31-12-2018		
Amsterdam	77.911	31-12-2019	19.365	
Rotterdam	74.248	29-2-2020	25.257	

- Looptijd langer dan 5 jaar.

Locatie	Huurbedrag	Looptijd	Bankgarantie	Opmerking
Utrecht	419.797	30-11-2023	100.696	incl. € 84.052 servicekosten

4.6 Toelichting op de staat van baten en lasten

Baten

	Begroting 2016	Werkelijk 2016	Werkelijk 2015
Instellingssubsidie VWS	(15) 35.037.132	35.259.067	34.333.966
De instellingssubsidie VWS betreft de subsidie van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) voor oncologische en palliatieve zorg.			
Registreren	2.738.000	2.713.621	2.897.017
Analysen en rapporteren	1.517.910	1.590.284	943.389
Verbeteren en regelen	641.733	516.028	523.845
Overige algemene opbrengsten	484.120	821.858	499.507
Totaal overige opbrengsten	(16) 5.381.763	5.641.792	4.863.757

In 2015 lagen een aantal registratieprojecten stil wegens invoering van het nieuwe registratiesysteem RANK. In 2016 was RANK het hele jaar operationeel, hetgeen leidde tot een aanzienlijke stijging in de opbrengsten in het kader van "Analysen en rapporteren", welke van de registraties afhankelijk zijn.

De stijging van de overige algemene opbrengsten in 2016 is grotendeels het gevolg van de herrekening van de af te dragen BTW over de jaren 2012 en 2013 uit hoofde van de 11.1.F vrijstelling.

Daarnaast heeft IKNL circa € 100.000 aanvullende subsidies ontvangen voor onderzoek en uitwerking van verdergaande samenwerking tussen Agora, Fibula en IKNL in het kader van de palliatieve zorg, en tussen DCCG, BOOG, HOVON, NKI/AVL en IKNL in het kader van het in 2016 gezamenlijk opgerichte Dutch Oncology Research Platform (DORP).

Lasten

	Begroting 2016	Werkelijk 2016	Werkelijk 2015
Personeelskosten			
Personeel in loondienst			
Lonen en salarissen	21.065.760	20.223.315	19.569.633
Sociale lasten	3.315.806	3.168.903	3.119.220
Pensioenen	1.863.497	1.760.001	1.693.750
Reis- en verblijfkosten personeel	1.037.500	957.268	999.585
Overige	508.500	654.252	639.508
	27.791.063	26.763.739	26.021.696
Personeel niet in loondienst			
Inhuur voor formatie	244.000	558.043	762.156
Honorarium	65.000	67.257	54.394
	309.000	625.300	816.550
Totaal personeelskosten	(17) 28.100.063	27.389.039	26.838.246

IKNL hanteert een 36-urige werkweek.

	2016	2015
Gemiddeld aantal personeelsleden (fte)	425,34	416,15
Formatieomvang per 31 december (fte)	442,02	419,27

De totale personeelskosten zijn ten opzichte van 2015 gestegen met circa 3%. Dit wordt deels veroorzaakt door een stijging van het gemiddeld aantal personeelsleden in fte (circa 2%), voornamelijk bij de afdeling registratie, en deels door salarisstijgingen uit hoofde van de cao Ziekenhuizen 2014 - 2016. Hierdoor stegen de salarissen voor het 2e jaar op rij met 1,5% (structureel).

Ook ontvingen medewerkers wederom een eenmalige uitkering in juli. Ook zijn de sociale lasten in relatie tot de brutoloonkosten net als in 2015 licht gedaald, als gevolg van een lichte daling in de geldende premiepercentages en een lichte stijging van de franchises. De pensioenlasten zijn in relatie tot de bruto kosten nagenoeg gelijk gebleven.

De personeelskosten bevatten tevens de bezoldiging van de bestuurders en commissarissen. Een toelichting op deze kosten is te vinden in hoofdstuk 6.

IKNL heeft geen werknemers werkzaam buiten Nederland.

Lasten (vervolg)

	Begroting 2016	Werkelijk 2016	Werkelijk 2015
Consulenten			
Consulenten oncologische zorg	2.941.000	2.924.003	2.852.537
Consulenten palliatieve zorg	1.900.000	1.818.344	1.728.793
(18)	<u>4.841.000</u>	<u>4.742.346</u>	<u>4.581.330</u>

De stijging van de kosten voor consulenten wordt veroorzaakt door een toename van deelname door consulenten aan Palliatieve Thuiszorg-groepen en Multidisciplinaire overleggen.

Huisvestingskosten			
Huur gebouwen	1.832.000	1.788.494	1.771.126
Facilitaire diensten	166.000	173.200	183.883
Overige huisvestingskosten	139.000	71.593	123.578
(19)	<u>2.137.000</u>	<u>2.033.287</u>	<u>2.078.587</u>

Afschrijvingen			
Software	558.165	403.649	511.913
Verbouwing	0	242.734	150.066
Inventaris en inrichting	390.000	54.665	213.055
Inhaalafschrijving		80.045	
Computer apparatuur	115.000	114.357	221.092
Overige afschrijvingen	0	2.329	16.717
(20)	<u>1.063.165</u>	<u>897.778</u>	<u>1.112.842</u>

Voor een nadere toelichting wordt verwezen naar de posten (im-)materiële vaste activa (1 en 2) in de toelichting op de balans.

Voorzieningen				
Mutaties	(21)	<u>0</u>	<u>769.281</u>	<u>453.142</u>

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

Materiële lasten			
Licenties ICT en hostingkosten	1.894.130	2.312.064	1.842.627
Diensten derden	1.368.296	1.586.687	1.810.432
Kantoorkosten	500.300	556.917	620.712
Telefonie en dataverbindingen	228.000	307.818	296.491
Vergaderkosten en kosten bijeenkomsten	224.500	195.639	220.510
Kosten inventaris en apparatuur	143.158	116.582	91.579
Overige algemene kosten	628.071	313.950	411.407
(22)	<u>4.986.455</u>	<u>5.389.659</u>	<u>5.293.758</u>

Voor een aantal nieuwe projecten waren licenties en hostingkosten nodig welke niet begroot waren.

De stijging van de kosten voor diensten derden ten opzichte van de begroting wordt deels veroorzaakt door de kosten van het uitwerken van de plannen voor verdergaande samenwerking tussen Agora, Fibula en IKNL. Hiervoor is een apart subsidie van VWS ontvangen. Zie daarvoor overige algemene opbrengsten (16). Daarnaast is een verschuiving zichtbaar van kosten die waren begroot onder overige algemene kosten en die bij de realisatie onder diensten derden zijn verantwoord.

Specificatie accountantshonoraria

De accountantskosten voor controlediensten en fiscaal advies worden verantwoord onder diensten derden. Het vermelde bedrag voor de controle van de jaarrekening betreft de totale honoraria voor het boekjaar, ongeacht of de werkzaamheden reeds gedurende het boekjaar zijn verricht.

Controle jaarrekening boekjaar		28.413	29.998
Overige controleopdrachten		6.141	5.651
Fiscaal advies		16.107	12.535
		<u>50.661</u>	<u>48.184</u>

Financiële baten en lasten				
Ontvangen interest		100.000	35.027	75.900
(23)		<u>100.000</u>	<u>35.027</u>	<u>75.900</u>

Bij de begroting is rekening gehouden met de toen geldende rentepercentages van 0,9 en 0,7 procent. Daar de rentepercentages variabel zijn en zijn gedaald tot respectievelijk 0,05 en 0,2 procent, zijn de ontvangen rentebaten ten opzichte van zowel begroting als de baten 2015 gedaald.

4.7 WNT-verantwoording

Per 1 januari 2013 is de Wet normering bezoldiging topfunctionarissen publieke en semipublieke sector (WNT) ingegaan. Onderstaand 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', welke met ingang van 1 januari is vervangen door de Regeling bezoldigingsmaxima topfunctionarissen zorg en jeugdhulp. Daarom is tussen haakjes ook het WNT-maximum voor de zorg, totaalscore 10 en klasse IV vermeld en zijn overschrijdingen hierop toegelicht.

Het bezoldigingsmaximum in 2016 voor IKNL is € 179.000 (maximum voor de zorg: € 165.000). Dit geldt naar rato van de duur en/of omvang van het dienstverband. Voor topfunctionarissen zonder dienstbetrekking geldt met ingang van 1 januari 2016 voor de eerste 12 kalendermaanden een afwijkende normering, zowel voor de duur van de opdracht als voor het uurtarief.

Bezoldiging topfunctionarissen

Leidinggevende topfunctionarissen en gewezen topfunctionarissen met dienstbetrekking. Tevens leidinggevende topfunctionarissen zonder dienstbetrekking vanaf de 13e maand van de functievervulling.

<i>bedragen x € 1</i>	P.C. Huijgens	R.W.L. Spanjers
Functiegegevens 2016	Bestuurder	Bestuurder
Aanvang en einde functievervulling in 2016	1/1 - 31/12	1/1 - 31/12
Omvang dienstverband (in fte)	0,6	0,8
Gewezen topfunctionaris?	nee	nee
(Fictieve) dienstbetrekking?	ja	ja
Individueel WNT-maximum 2016	107.400 (99.000)	143.200 (132.000)
Beloning	113.190	142.345
Belastbare onkostenvergoedingen	-	-
Beloningen betaalbaar op termijn	-	8.690
<i>Subtotaal</i>	<i>113.190</i>	<i>151.035</i>
<i>-/- Onverschuldigd betaald bedrag</i>	<i>-</i>	<i>-</i>
Totaal bezoldiging 2016	113.190	151.035
Verplichte motivering indien overschrijding: zie	1)	1)

Gegevens 2015	Bestuurder	Bestuurder
Aanvang en einde functievervulling in 2015	1/1 - 31/12	1/1 - 31/12
Omvang dienstverband 2015 (in fte)	0,6	0,8
Beloning	113.190	142.346
Belastbare onkostenvergoedingen	-	-
Beloningen betaalbaar op termijn	-	8.574
Totaal bezoldiging 2015	113.190	150.920

1) Het betreft bezoldigingsafspraken die zijn gemaakt voorafgaand aan de inwerkingtreding van de WNT-2 (1 januari 2015). De afspraken voldoen zowel aan het destijds geldende algemene WNT- maximum als aan het destijds geldende en vrijwillig gevolgde WNT-maximum voor de zorg. Hierop is het overgangsrecht van toepassing.

Onkostenvergoedingen bestuurders

Met ingang van 1 januari 2017 is de nieuwe Governancecode Zorg 2017 van kracht. Vooruitlopend hierop en op de daarin opgenomen bepaling inzake de vergoeding van onkosten van de raad van bestuur (sub 6.5.4), wordt, conform aanbeveling, het beleid en welke bedragen op grond hiervan zijn uitgegeven in het verslagjaar verantwoord.

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

Vergoeding van onkosten bestuurders 2016:

Binnenlandse reiskosten openbaar vervoer	0	6.114
Opleidings- en congreskosten	0	875
Totaal	0	6.989

Vergoeding van onkosten bestuurders 2015:

Binnenlandse reiskosten openbaar vervoer	0	6.420
Opleidings- en congreskosten	0	450
Totaal	0	6.870

Toezichhoudende topfunctionarissen

<i>bedragen x € 1</i>	E.A.R.J. Lohman	B. Löwenberg	J.G.M. Hendriks	W.J.L. Buijs-Glaudemans
Funcțiegegevens 2016	Voorzitter	Vicevoorzitter	Lid	Lid
Aanvang en einde functievervulling in 2016	1/1 - 31/12	1/1 - 31/12	1/1 - 31/5	1/1 - 31/5
Individueel WNT-maximum 2016	26.850 (24.750)	17.900 (16.500)	7.458 (6.875)	7.458 (6.875)
Beloning	13.663	9.275	3.864	3.864
Belastbare onkostenvergoedingen	-	-	-	-
Beloningen betaalbaar op termijn	-	-	-	-
<i>Subtotaal</i>	<i>13.663</i>	<i>9.275</i>	<i>3.864</i>	<i>3.864</i>
<i>-/- Onverschuldigd betaald bedrag</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>
Totaal bezoldiging 2016	13.663	9.275	3.864	3.864
<i>bedragen x € 1</i>	J.W. Brenninkmeijer	E.G.E. de Vries	C.A.L.M. Lennards	
Funcțiegegevens 2016	Lid	Lid	Lid	
Aanvang en einde functievervulling in 2016	1/1 - 31/12	1/1 - 31/12	1/6 - 31/12	
Individueel WNT-maximum 2016	17.900 (16.500)	17.900 (16.500)	10.442 (9.625)	
Beloning	9.275	9.275	5.410	
Belastbare onkostenvergoedingen	-	-	-	
Beloningen betaalbaar op termijn	-	-	-	
<i>Totaal bezoldiging</i>	<i>9.275</i>	<i>9.275</i>	<i>5.410</i>	
<i>-/- Onverschuldigd betaald bedrag</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	
Totaal bezoldiging 2016	9.275	9.275	5.410	

<i>bedragen x € 1</i>	E.A.R.J. Lohman	B. Löwenberg	L.J.M. Klaas- van Remortel	J.G.M. Hendriks
Gegevens 2015				
Aanvang en einde functievervulling in 2015	1/1 - 31/12	1/1 - 31/12	1/1 - 31/5	1/1 - 31/12
Beloning	10.000	7.000	2.916	7.000
Belastbare onkostenvergoedingen	-	-	-	-
Beloningen betaalbaar op termijn	-	-	-	-
Totaal bezoldiging 2015	10.000	7.000	2.916	7.000
<i>bedragen x € 1</i>	W.J.L. Buijs-Glaudemans	V.C.G. Tjan-Heijnen	J.W. Brenninkmeijer	E.G.E. de Vries
Gegevens 2015				
Aanvang en einde functievervulling in 2015	1/1 - 31/12	1/1 - 31/5	1/1 - 31/12	1/6 - 31/12
Beloning	7.000	2.916	7.000	-
Belastbare onkostenvergoedingen	-	-	-	-
Beloningen betaalbaar op termijn	-	-	-	-
Totaal bezoldiging 2015	7.000	2.916	7.000	-

In 2016 zijn geen uitkeringen wegens beëindiging dienstverband aan topfunctionarissen met of zonder dienstbetrekking betaald.

Overige rapportageverplichtingen op grond van de WNT:

Naast de hierboven vermelde topfunctionarissen zijn er geen overige functionarissen met dienstbetrekking die in 2016 een bezoldiging boven het individuele WNT-maximum hebben ontvangen, noch boven het vrijwillig gevolgde maximum voor de zorg. Er zijn in 2016 geen ontslaguitkeringen betaald aan overige 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.

RIDDERKERK

Wolvestraat 32, 2984 CD

T 0180 – 481 444

Postverwerking

Postbus 2150, 2400 CD

Alphen aan den Rijn

4.8 Overige gegevens

T 088 - LANSIGT

E info@lansigt.nlI www.lansigt.nl**CONTROLEVERKLARING VAN DE ONAFHANKELIJKE ACCOUNTANT**

Het bestuur van: IKNL (Integraal Kankercentrum Nederland)

Ons kenmerk**C0040601-804328****Verklaringnummer****CV0905****A. Verklaring over de in het jaarverslag opgenomen jaarrekening 2016****Ons oordeel**

Wij hebben de jaarrekening 2016 van IKNL (Integraal Kankercentrum Nederland) te Utrecht gecontroleerd.

Naar ons oordeel geeft de in dit jaarverslag opgenomen jaarrekening een getrouw beeld van de grootte en samenstelling van het vermogen van IKNL (Integraal Kankercentrum Nederland) per 31 december 2016 en van het resultaat over 2016 in overeenstemming met Titel 9 Boek 2 BW, de Wet normering bezoldiging topfunctionarissen publieke en semi-publieke sector (WNT) en de in Nederland geldende RJ-richtlijn 640 Organisaties zonder winststreven.

De jaarrekening bestaat uit:

- de balans per 31 december 2016;
- de winst- en verliesrekening over 2016; en
- de toelichting met een overzicht van de gehanteerde grondslagen voor financiële verslaggeving en andere toelichtingen.

De basis voor ons oordeel

Wij hebben onze controle uitgevoerd volgens het Nederlands recht, waaronder ook de Nederlandse controlestandaarden vallen. Onze verantwoordelijkheden op grond hiervan zijn beschreven in de sectie 'Onze verantwoordelijkheden voor de controle van de jaarrekening'. Wij zijn onafhankelijk van IKNL (Integraal Kankercentrum) zoals vereist in de Verordening inzake de onafhankelijkheid van accountants bij assurance-opdrachten (ViO) en andere voor de opdracht relevante onafhankelijkheidsregels in Nederland. Verder hebben wij voldaan aan de Verordening gedrags- en beroepsregels accountants (VGBA).

Wij vinden dat de door ons verkregen controle-informatie voldoende en geschikt is als basis voor ons oordeel.

Lansigt accountants en belastingadviseurs B.V. (sinds 1946) heeft vestigingen in Alphen aan den Rijn, Gouda en Ridderkerk.

Op al onze diensten zijn algemene voorwaarden van toepassing (KvK Utrecht nr. 5146). KvK Leiden nr. 28053544. IBAN NL88INGB0652410251

SRA



B. Verklaring over de in het jaarverslag opgenomen andere informatie

Naast de jaarrekening en onze controleverklaring daarbij, omvat het jaarverslag andere informatie, die bestaat uit:

- het bestuursverslag;
- de overige gegevens.

Op grond van onderstaande werkzaamheden zijn wij van mening dat de andere informatie: met de jaarrekening verenigbaar is en geen materiële afwijkingen bevat; alle informatie bevat die op grond van Titel 9 Boek 2 BW en de in Nederland geldende RJ-Richtlijn 640 Organisaties zonder winststreven vereist is.

Wij hebben de andere informatie gelezen en hebben op basis van onze kennis en ons begrip, verkregen vanuit de jaarrekeningcontrole of anderszins, overwogen of de andere informatie materiële afwijkingen bevat.

Met onze werkzaamheden hebben wij voldaan aan de vereisten in Titel 9 Boek 2 BW en de Nederlandse Standaard 720. Deze werkzaamheden hebben niet dezelfde diepgang als onze controlewerkzaamheden bij de jaarrekening.

Het bestuur is verantwoordelijk voor het opstellen van het bestuursverslag en de overige gegevens in overeenstemming met Titel 9 Boek 2 BW en de in Nederland geldende RJ-Richtlijn 640 Organisaties zonder winststreven.

C. Beschrijving van verantwoordelijkheden met betrekking tot de jaarrekening

Verantwoordelijkheden van het bestuur

Het bestuur is verantwoordelijk voor het opmaken en getrouw weergeven van de jaarrekening in overeenstemming met Titel 9 Boek 2 BW, de Wet normering bezoldiging topfunctionarissen publieke en semi-publieke sector (WNT) en de in Nederland geldende RJ-Richtlijn 640 Organisaties zonder winststreven. In dit kader is bestuur verantwoordelijk voor een zodanige interne beheersing die het bestuur noodzakelijk acht om het opmaken van de jaarrekening mogelijk te maken zonder afwijkingen van materieel belang als gevolg van fouten of fraude.

Bij het opmaken van de jaarrekening moet het bestuur afwegen of de stichting in staat is om haar werkzaamheden in continuïteit voort te zetten. Op grond van genoemd verslaggevingsstelsel moet het bestuur de jaarrekening opmaken op basis van de continuïteitsveronderstelling, tenzij het bestuur het voornemen heeft om de stichting te liquideren of de activiteiten te beëindigen of als beëindiging het enige realistische alternatief is. Het bestuur moet gebeurtenissen en omstandigheden waardoor gereede twijfel zou kunnen bestaan of de stichting haar activiteiten in continuïteit kan voortzetten, toelichten in de jaarrekening.

Onze Verantwoordelijkheden voor de controle van de jaarrekening

Onze verantwoordelijkheid is het zodanig plannen en uitvoeren van een controleopdracht dat wij daarmee voldoende en geschikte controle-informatie verkrijgen voor het door ons af te geven oordeel.

Onze controle is uitgevoerd met een hoge mate maar geen absolute mate van zekerheid waardoor het mogelijk is dat wij tijdens onze controle niet alle materiële fouten en fraude ontdekken.

Afwijkingen kunnen ontstaan als gevolg van fraude of fouten en zijn materieel indien redelijkerwijs kan worden verwacht dat deze, afzonderlijk of gezamenlijk, van invloed kunnen zijn op de economische beslissingen die gebruikers op basis van deze jaarrekening nemen. De materialiteit beïnvloedt de aard, timing en omvang van onze controlewerkzaamheden en de evaluatie van het effect van onderkende afwijkingen op ons oordeel.

Wij hebben deze accountantscontrole professioneel kritisch uitgevoerd en hebben waar relevant professionele oordeelsvorming toegepast in overeenstemming met de Nederlandse controlestandaarden, ethische voorschriften en de onafhankelijkheidseisen. Onze controle bestond onder andere uit:

- het identificeren en inschatten van de risico's dat de jaarrekening afwijkingen van materieel belang bevat als gevolg van fouten of fraude, het in reactie op deze risico's bepalen en uitvoeren van controlewerkzaamheden en het verkrijgen van controle-informatie die voldoende en geschikt is als basis voor ons oordeel. Bij fraude is het risico dat een afwijking van materieel belang niet ontdekt wordt groter dan bij fouten. Bij fraude kan sprake zijn van samenspanning, valsheid in geschrifte, het opzettelijk nalaten transacties vast te leggen, het opzettelijk verkeerd voorstellen van zaken of het doorbreken van de interne beheersing;
- het verkrijgen van inzicht in de interne beheersing die relevant is voor de controle met als doel controlewerkzaamheden te selecteren die passend zijn in de omstandigheden. Deze werkzaamheden hebben niet als doel om een oordeel uit te spreken over de effectiviteit van de interne beheersing van de entiteit;
- het evalueren van de geschiktheid van de gebruikte grondslagen voor financiële verslaggeving en het evalueren van de redelijkheid van schattingen door het bestuur en de toelichtingen die daarover in de jaarrekening staan;
- het vaststellen dat de door het bestuur gehanteerde continuïteitsveronderstelling aanvaardbaar is. Tevens het op basis van de verkregen controle-informatie vaststellen of er gebeurtenissen en omstandigheden zijn waardoor gereede twijfel zou kunnen bestaan of de stichting haar activiteiten in continuïteit kan voortzetten. Als wij concluderen dat er een onzekerheid van materieel belang bestaat, zijn wij verplicht om aandacht in onze controleverklaring te vestigen op de relevante gerelateerde toelichtingen in de jaarrekening. Als de toelichtingen inadequaat zijn, moeten wij onze verklaring aanpassen. Onze conclusies zijn gebaseerd op de controle-informatie die verkregen is tot de datum van onze controleverklaring. Toekomstige gebeurtenissen of omstandigheden kunnen er echter toe leiden dat een stichting haar continuïteit niet langer kan handhaven;

- het evalueren van de presentatie, structuur en inhoud van de jaarrekening en de daarin opgenomen toelichtingen;
- het evalueren of de jaarrekening een getrouw beeld geeft van de onderliggende transacties en gebeurtenissen.

Wij communiceren met de raad van toezicht onder andere over de geplande reikwijdte en timing van de controle en over de significante bevindingen die uit onze controle naar voren zijn gekomen, waaronder eventuele significante tekortkomingen in de interne beheersing.

Alphen aan den Rijn, 17 maart 2017

LANSIGT ACCOUNTANTS EN BELASTINGADVISEURS B.V.

Was getekend P. Alblas RA

Paraaf voor waarmerkingsdoeleinden:

Overige gegevens (vervolg)

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. 23 maart 2017, 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

* dr. R.W.L. Spanjers is per 1 maart uitdienst getreden bij IKNL

Ondertekening door de raad van toezicht

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

Was getekend prof. dr. B. Löwenberg
vice-voorzitter 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

Was getekend drs. C.A.L.M. Lennards
lid raad van toezicht

Bijlagen

B1 Algemene gegevens en governance

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 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.

IKNL is geen zorgorganisatie in de zin van de Governancecode Zorg, maar omdat IKNL werkzaam is in het domein van en voor zorgorganisaties, volgt IKNL waar mogelijk de principes en bepalingen van deze code en geeft gemotiveerde uitleg bij onderdelen waar afwijking noodzakelijk is.

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 bestond in 2016 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, NFK
- adviseur Stichting HOVON
- lid European Hematology Association
- lid bestuur Vroman Foundation
- lid raad van advies Stichting Beleef je Smaak
- 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

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. Na evaluatie is het Reglement in maart 2016 op enkele kleine onderdelen herzien en opnieuw vastgesteld. Daarnaast stelden raad van bestuur en raad van toezicht een Informatieprotocol op met afspraken over inhoud en werkwijze ten aanzien van de informatievoorziening aan de raad van toezicht.

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>)
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>)
C.A.L.M. Lennards	2016	2020 (<i>herbenoembaar</i>)

Hoofd- en nevenfuncties

Leden raad van toezicht met hoofd- en (relevante) nevenfuncties eind 2016, 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. J.W. Brenninkmeijer

- burgemeester Waalre*
- secretaris Stichting Beheer & Toezicht i.z. seksueel misbruik in de RK kerk in Nederland
- (uittredend) voorzitter Rotary Club Vught en lid lustrumcommissie
- beschermheer Classic Car Rally Waalre
- ambassadeur Eet met je Hart

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
- lid Raad voor Medische Wetenschappen
- lid National Scientific Advisory Board, NKI-AVL
- lid Guideline Committee European Society of Medical Oncology
- lid non-executive board Center for Personalized Cancer Treatment
- voorzitter Beoordelingscommissie Exploratie KWF Kankerbestrijding

drs. C.A.L.M. Lennards

- lid raad van bestuur van het Máxima Medisch Centrum*
- lid raad van toezicht van het Lilianefonds (tot en met 31 december 2016)
- bestuurslid NVZ

De raad van toezicht maakt gebruik van twee vaste commissies: de auditcommissie en de remuneratiecommissie. De auditcommissie bestaat uit twee leden (de heer Brenninkmeijer en de heer Hendriks tot en met 31 mei 2016 en mevrouw Lennards vanaf 1 juni) en ziet toe op het financiële verslagleggingsproces en adviseert over financiële en ICT-vraagstukken. De auditcommissie kwam in het verslagjaar driemaal bijeen.

De remuneratiecommissie bestond tot en met 31 mei 2016 uit drie leden (mevrouw Buijs-Glaudemans en de heren Lohman en Hendriks) en vanaf 1 juni uit twee leden (mevrouw De Vries en de heer 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 vijf keer in aanwezigheid van de raad van bestuur. De volgende besluiten zijn genomen:

- Het jaarverslag en de jaarrekening 2015 werden goedgekeurd, evenals het jaarplan en de begroting 2017.
- De bezoldiging van de leden van de raad van toezicht wordt tweejaarlijks binnen de normen van de WNT vastgesteld. Ten gevolge van de per 1 januari 2016 ingegane Regeling bezoldigingsmaxima topfunctionarissen zorg en jeugdhulp, heeft de raad van toezicht conform artikel 2 van de Regeling de klassenindeling van IKNL opnieuw vastgesteld, en is tevens voor de leden van de raad van toezicht een nieuwe honoreringsregeling vastgesteld.

- Ter vervulling van de vacature, ontstaan door het vertrek van mevrouw Buijs-Glaudemans en de heer Hendriks, werd op basis van het vastgestelde profiel en na advisering door de ondernemingsraad, mevrouw drs. C.A.L.M. Lennards benoemd tot lid van de raad van toezicht.

Daarnaast heeft de raad van toezicht zich laten informeren over onder meer:

- ontwikkelingen in de palliatieve zorg
- juridische aspecten NKR
- subsidie-ontwikkelingen en beleidsdoorlichting ministerie VWS
- samenwerking met externe partijen
- ICT-ontwikkelingen
- communicatiestrategie
- duurzame inzetbaarheid personeel.

De raad van toezicht sprak in het verslagjaar tweemaal met de ondernemingsraad en eenmaal met het voltallige managementteam. In november kwam de raad van toezicht bijeen tijdens een strategiedag met de raad van bestuur.

Jaarlijks wordt het functioneren van de Raad van Toezicht geëvalueerd. Gezien de personele wijzigingen van de afgelopen jaren, is besloten hier in 2016 eenmalig van af te zien.

Medezeggenschap

De ondernemingsraad (OR) van IKNL vergaderde in 2016 elke maand met de bestuurder. De OR bestaat uit elf leden. Een ambtelijk secretaris ondersteunt de OR.

De OR stemde in 2016 in met:

- wijziging aanvullende regelingen secundaire arbeidsvoorwaarden
- herinrichting aansturing ICT
- implementatie toegangsbeleid
- vernieuwde invulling rol vertrouwenspersoon

De OR heeft advies gegeven over:

- Europese aanbesteding ICT dienstverlening
- inbedding kwaliteit
- benoeming lid raad van toezicht
- uitwerking matrix en omvorming afdeling oncologische zorg
- sluiting locatie Leiden
- verhuizing locatie Enschede

Tot slot informeerde de bestuurder de OR over het jaarplan en de bijbehorende activiteitenplannen 2017.

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:

- professionals die hun sporen in het oncologisch gebied hebben verdiend en bekend staan als opinion leaders met een breed netwerk
- gericht op Nederland en 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
- prof. dr. C.J. van de Velde, chirurg
- prof. dr. M. Verheij, radiotherapeut
- prof. dr. C. Verhoef, chirurg
- prof. dr. K.C.P. Vissers, anesthesioloog
- prof. dr. E. van der Wall, medisch oncoloog

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

- ontwikkelingen NKR en NKW Online
- ontwikkelingen regiorapportages en Comprehensive Cancer Networks
- ontwikkelingen in de palliatieve zorg
- jaarplan en activiteitenplan 2017.

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. In 2016 lag de focus van de Patiëntenadviesraad (PAR) vooral op het groeien in samenstelling en duidelijke taakverdeling en werkprocessen. Dit alles in samenspraak met het bestuur van IKNL. Hierdoor is een goede basis gelegd voor de inbedding in IKNL.

De leden (eind 2016):

H. Schipper, (vice-)voorzitter
H. Kayan-Kozak
J. Vesseur
W. van Keulen
M.H.E. Bronsgeest
E. de Klerk
B. Peters- van Meerswijk
M.E. de Ridder
A. Thehu
H. Willard

De patiëntenadviesraad kwam in het verslagjaar zes maal bijeen. Eén bijeenkomst was een teamdag, die in het teken stond van 'van oud naar nieuw'. Waar staat de PAR nu en waar staat de PAR over vijf jaar?

De PAR adviseerde de raad van bestuur over:

- de samenwerkingsovereenkomst Stichting Kanker.nl en IKNL
- samenwerking tussen Agora, Fibula en IKNL omtrent de palliatieve zorg

De PAR heeft daarnaast ongevraagd advies gegeven over patiënteninformatie voor keuze ziekenhuis en behandeling.

Overige onderwerpen die besproken werden:

- vaststellen werkwijze PAR:
 - gevraagd en ongevraagd advies
 - werving nieuwe leden
 - taken en taakverdeling binnen de PAR
 - (gerealiseerde) opname PAR in de beleidscyclus van IKNL
- Interne notitie: werkwijze patiëntenparticipatie binnen de tumorteams.

Focuspunten van de PAR:

- toegankelijkheid richtlijnen voor patiënten
- de beschikbaarheid van NKR- cijfers voor patiënten
- kwaliteit van leven en nazorg
- onderzoek
- palliatieve zorg

Commissie van toezicht

Elke aanvraag voor verstrekking van gegevens (gegevensaanvraag) uit de NKR wordt getoetst aan de doelstellingen die IKNL hanteert voor gebruik van gegevens uit de NKR. Zo nodig wordt de aanvraag voorgelegd aan de Commissie van toezicht. Uit de niet vooraf voorgelegde aanvragen wordt een steekproef genomen. De Commissie toetst 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.

In totaal ontving IKNL 371 gegevensaanvragen in 2016 (2015: 317). Het totaal aantal beoordeelde aanvragen in 2016 bedroeg 91 (2015: 77), waarvan 8 steekproefsgewijze beoordelingen betroffen (2015: 6 over 2014).

De leden van de commissie van toezicht zijn:

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

De commissie kwam in het verslagjaar drie maal bijeen en heeft twee maal een overleg met de raad van bestuur gehad. Naast centraal te bespreken gegevensaanvragen zijn de NKR-overeenkomsten met alle Nederlandse ziekenhuizen en de koppeling van de NKR met het Pharmo datanetwerk - de Openbare Apotheek Databank (de PHARMO-koppeling) en de koppeling met NIVEL Zorgregistraties eerste lijn besproken. De koppelingen worden per goedgekeurd project geactiveerd.

B2 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 (ZIN)
- 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).

B3 Overzicht (tumor)werkgroepen, consortia, tumorteams en projecten

(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.

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 Tumorfocusgroep Melanoom
Werkgroep Oncologische Gynaecologie (WOG)

Consortia

Om palliatieve zorg in Nederland te optimaliseren, zijn zeven consortia palliatieve zorg gevormd. Consortia zijn samenwerkingsverbanden van expertisecentra palliatieve zorg, Netwerken Palliatieve Zorg en IKNL. In iedere regio zijn de meest relevante zorgverleners en organisaties betrokken, zoals huisartsen, hospices, verpleeghuizen, thuiszorg, ziekenhuizen, vrijwilligers en patiëntenorganisaties. De consortia werken samen en stemmen af in het Landelijk Overleg Consortia (LOCo).



Van boven naar beneden, van links naar rechts:

- Consortium Ligare
- Consortium Noord-Holland en Flevoland
- Consortium Propallia
- Consortium Septet
- Consortium PalZO
- Consortium Zuidwest Nederland
- Consortium Limburg-Zuidoost Brabant

Landelijk Overleg Consortia (LOCo)

Het LOCo is opgericht om de onderlinge uitwisseling en ondersteuning tussen de consortia in het kader van het NPPZ te faciliteren. Twee vertegenwoordigers uit elk van de zeven consortia, IKNL en Fibula komen tijdens het LOCo overleg dat vier keer per jaar plaatsvindt, bijeen.

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

Tumorteams

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

Projectenteam

In het projectenteam worden activiteiten met een projectmatig karakter ondergebracht. Er wordt gewerkt vanuit een logische samenhangende clustering van activiteiten

- 1) waarbinnen gerichte coördinatie en afstemming plaatsvindt,
- 2) van waaruit ondersteuning aan en verankering in tumorteams en regio's gerealiseerd wordt en
- 3) die met regelmaat wordt geëvalueerd op toegevoegde waarde voor het oncologisch werkveld en voor IKNL.

In 2016 zijn vanuit de huidige situatie en activiteiten, met een horizon van twee á drie jaar de volgende clusters van activiteiten gevormd:

- Re-integratie
- Zelfevaluatie/activiteiten in het kader van het accreditatieprogramma van de Organisation of European Cancer Institutes (OECI)
- Ontsluiting voor/communicatie aan patiënten
- Overige activiteiten (bijvoorbeeld zorgpaden)

B4 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 niet elke auteur bij naam genoemd. Voor een volledig overzicht inclusief alle auteurs wordt verwezen naar het Jaaroverzicht publicaties IKNL 2016.

ALGEMEEN

Admiraal JM, [van Nuenen FM](#), Burgerhof JG, Reyners AK, [Hoekstra-Weebers JE](#). Cancer patients' referral wish: effects of distress, problems, socio-demographic and illness-related variables and social support sufficiency. *Psycho-oncology*. 2016 Nov;25(11):1363-1370. doi: 10.1002/pon.4067.

Bors A, van Zuylen L, [Vernooij G](#), [Jansen Segers M](#). Kwaliteit in de laatste levensfase: zorgpad stervensfase. *TVZ* 2016 (3):39-41.

[Bors A](#). Multidisciplinaire training: 3-daagse basistraining kinderpalliatieve zorg. *Pallium* 2016 juli; 18(3):14-15.

[Bors A](#). Samen verantwoordelijk: modernisering richtlijnen palliatieve zorg. *Pallium* 2016 feb; 18(1):8-10.

[Bors A](#). Suzanne als vertrekpunt: verbeteren palliatieve zorg vanuit regionale insteek. *Pallium* 2016 april; 18(2):14-15.

Brinkman-Stoppenburg A, [Boddaert M](#), [Douma J](#), van der Heide A. Palliative care in Dutch hospitals: a rapid increase in the number of expert teams, a limited number of referrals. *BMC Health Serv Res*. 2016 Sep 23;16(1):518.

Buffart LM, Kalter J, Sweegers MG, [Velthuis MJ](#) et al. Effects and moderators of exercise on quality of life and physical function in patients with cancer: An individual patient data meta-analysis of 34 RCTs. *Cancer Treat Rev*. 2017 Jan;52:91-104. doi: 10.1016/j.ctrv.2016.11.010. Review.

[Buiting HM](#), [Brink M](#), [Wijnhoven MN](#), [Lokker ME](#), [van der Geest LG](#), Terpstra WE, [Sonke GS](#). Doctors' reports about palliative systemic treatment: A medical record study. *Palliat Med*. 2016 Aug 4. pii: 0269216316661685.

de van der Schueren MA, Beeker A, van Berlo CL, [Beijer S](#), Kampman E, Olde Damink S, Schippers C, de Wit JH, van Zanetn AR. Voeding bij kanker: de stand van zaken. *TVZ* 2016 (5):48-52.

Heins MJ, de Jong JD, Spronk I, [Ho VK](#), [Brink M](#), Korevaar JC. Adherence to cancer treatment guidelines: influence of general and cancer-specific guideline characteristics. *Eur J Public Health*. 2016 Dec 24. pii: ckw234. doi: 10.1093/eurpub/ckw234.

Komen MM, Smorenburg CH, Nortier JW, van der Ploeg T, [van den Hurk CJ](#), van der Hoeven JJ. Results of scalp cooling during anthracycline containing chemotherapy depend on scalp skin temperature. *Breast*. 2016 Dec;30:105-110. doi: 10.1016/j.breast.2016.09.007.

Komen MM, Breed WP, Smorenburg CH, van der Ploeg T, Goey SH, van der Hoeven JJ, Nortier JW, [van den Hurk CJ](#). Results of 20- versus 45-min post-infusion scalp cooling time in the prevention of docetaxel-induced alopecia. *Support Care Cancer*. 2016 Jun;24(6):2735-41. doi: 10.1007/s00520-016-3084-7.

Kruizenga H, van Keeken S, Weijs P, Bastiaanse L, [Beijer S](#), Huisman-de Waal G, Jager-Wittenaar H, Jonkers-Schuitema C, Klos M, Remijnse-Meester W, Witteman B, Thijs A. Undernutrition screening survey in 564,063 patients: patients with a positive undernutrition screening score stay in hospital 1.4 d longer. *Am J Clin Nutr*. 2016 Apr;103(4):1026-32.

Kuip EJ, Zandvliet ML, Koolen SL, Mathijssen RH, [van der Rijt CC](#). A review of factors explaining variability in fentanyl pharmacokinetics; focus on implications for cancer patients. *Br J Clin Pharmacol*. 2017 Feb;83(2):294-313. doi: 10.1111/bcp.13129. Review.

[Lunter S](#), van Doorn L, Codrington H, Steup WH. Kankerzorg kan beter blijkt uit analyse casussen. *Medisch Contact* 2016 mei;71(21):18-19.

Mols F, van de Poll-Franse LV, Vreugdenhil G, Beijers AJ, Kieffer JM, Aaronson NK, Husson O. Reference data of the European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) QLQ-CIPN20 Questionnaire in the general Dutch population. *Eur J Cancer*. 2016 Dec;69:28-38. doi: 10.1016/j.ejca.2016.09.020.

Oberst S, **Boomsma F**, Lombardo C, Docter M, Blaauwgeers H, De Paoli P, de Valeriola D, Paradiso A, Saghatchian M. Participation of Italian Cancer Centres of the Alleanza Contro Il Cancro (ACC) in the Organisation of European Cancer Institutes (OEI) Accreditation and Designation program: a successful first national initiative. *Tumori*. 2016 Jan 29;101 Suppl 1:0. doi: 10.5301/tj.5000464.

Oldenmenger WH, Sillevius Smitt PA, de Raaf PJ, **van der Rijt CC**. Adherence to Analgesics in Oncology Outpatients: Focus on Taking Analgesics on Time. *Pain Pract*. 2016 Oct 14. doi: 10.1111/papr.12490.

Oldenmenger WH, **van der Rijt CC**. Feasibility of assessing patients' acceptable pain in a randomized controlled trial on a patient pain education program. *Palliat Med*. 2016 Aug 9. pii: 0269216316664492.

Oldenmenger WH, Witkamp FE, Bromberg JE, Jongen JL, Lieveerse PJ, Huygen FJ, Baan MA, van Zuylen L, **van der Rijt CC**. To be in pain (or not): a computer enables outpatients to inform their physician. *Ann Oncol*. 2016 Sep;27(9):1776-81. doi: 10.1093/annonc/mdw250.

Oosten AW, Abrantes JA, Jönsson S, Matic M, van Schaik RH, de Bruijn P, **van der Rijt CC**, Mathijssen RH. A Prospective Population Pharmacokinetic Study on Morphine Metabolism in Cancer Patients. *Clin Pharmacokinet*. 2016 Nov 5.

Oosten AW, Matic M, van Schaik RH, Look MP, Jongen JL, Mathijssen RH, **van der Rijt CC**. Opioid treatment failure in cancer patients: the role of clinical and genetic factors. *Pharmacogenomics*. 2016 Aug;17(13):1391-403. doi: 10.2217/pgs-2016-0082.

Oosten AW, Abrantes JA, Jönsson S, de Bruijn P, Kuip EJ, Falcão A, **van der Rijt CC**, Mathijssen RH. Treatment with subcutaneous and transdermal fentanyl: results from a population pharmacokinetic study in cancer patients. *Eur J Clin Pharmacol*. 2016 Apr;72(4):459-67. doi: 10.1007/s00228-015-2005-x.

Schrama NA, **Demmer-Borggreve BC**, Ruitenbeek TH, Roelofs EG, Hilhorst SK. Veilig omgaan met cytostatica. *Oncologica* 2016;33(2):20-23.

Southey MC, Goldgar DE, Winqvist R, **Aben KK** et al. PALB2, CHEK2 and ATM rare variants and cancer risk: data from COGS. *J Med Genet*. 2016 Dec;53(12):800-811. doi: 10.1136/jmedgenet-2016-103839.

Trama A, Marcos-Gragera R, Sánchez Pérez MJ, **van der Zwan JM**, Ardanaz E, Bouchardy C, Melchor JM, Martínez C, Capocaccia R, Vicentini M, **Siesling S**, Gatta G. Data quality in rare cancers registration: the report of the RARECARE data quality study. *Tumori*. 2016 Oct 3:0. doi: 10.5301/tj.5000559.

van Buren M, de Graeff A, **Gilsing MG**. Palliatieve zorg bij nierfalen: eerste richtlijn palliatieve zorg bij eindstadium nierfalen. *Pallium* 2016 sept;18(4):14-15.

van der Stok EP, Huiskens J, **Hemmes B**, Grünhagen DJ, van Gulik TM, Verhoef C, Punt CJ. Lokale toetstemmingsprocedures zetten een rem op RCT's. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2016;160(0):D148.

van der Velden P, Winkel B, **van Drielen E**, **Schroten C**. Nacontrole kankerzorg kan prima in de eerste lijn. *Medisch Contact* 2016 april;71(17/18):36-38.

van Nuenen FM, **Donofrio SM**, **Tuinman MA**, **van de Wiel HB**, **Hoekstra-Weebers JE**. Feasibility of implementing the 'Screening for Distress and Referral Need' process in 23 Dutch hospitals. *Support Care Cancer*. 2016 Aug 26.

van Rooij E. Wat kan IKNL voor u betekenen?: kankerregistratie als basis voor kwaliteitsverbetering. *Oncologica* 2016;33(2):32-35.

Verkammen M, **van Drielen E**, **Kazimier H**. Tijdige signalering essentieel: knelpunten dementiezorg vragen om uitbreiding methodiek. *Pallium* 2016 nov; 18(5):16-18.

West E, Pasman HR, **Galesloot C**, **Lokker ME**, Onwuteaka-Philipsen B; EURO IMPACT. Hospice care in the Netherlands: who applies and who is admitted to inpatient care? BMC Health Serv Res. 2016 Jan 28;16:33. doi: 10.1186/s12913-016-1273-1.

Wintner LM, Sztankay M, Aaronson N, Bottomley A, Giesinger JM, Groenvold M, Petersen MA, **van de Poll-Franse L**, Velikova G, Verdonck-de Leeuw I, Holzner B; EORTC Quality of Life Group. The use of EORTC measures in daily clinical practice-A synopsis of a newly developed manual. Eur J Cancer. 2016 Nov;68:73-81. doi: 10.1016/j.ejca.2016.08.024. Review.

BORST

Aalders KC, Postma EL, Strobbe LJ, **van der Heiden-van der Loo M**, Sonke GS, Boersma LJ, van Diest PJ, **Siesling S**, van Dalen T. Contemporary Locoregional Recurrence Rates in Young Patients With Early-Stage Breast Cancer. J Clin Oncol. 2016 Jun 20;34(18):2107-14. doi: 10.1200/JCO.2015.64.3536.

Aalders KC, van Bommel AC, van Dalen T, Sonke GS, van Diest PJ, Boersma LJ, **van der Heiden-van der Loo M**. Contemporary risks of local and regional recurrence and contralateral breast cancer in patients treated for primary breast cancer. Eur J Cancer. 2016 Aug;63:118-26. doi: 10.1016/j.ejca.2016.05.010.

Baars JE, van Dulmen AM, Velthuisen ME, Theunissen EB, Vrouwenraets BC, Kimmings AN, van Dalen T, van Ooijen B, Witkamp AJ, **van der Aa MA**, Ausems MG. Migrant breast cancer patients and their participation in genetic counseling: results from a registry-based study. Fam Cancer. 2016 Apr;15(2):163-71. doi: 10.1007/s10689-016-9871-y.

Beek MA, Gobardhan PD, Schoenmaeckers EJ, Klompenhouwer EG, Rutten HJ, **Voogd AC**, Luiten EJ. Axillary reverse mapping in axillary surgery for breast cancer: an update of the current status. Breast Cancer Res Treat. 2016 Aug;158(3):421-32. doi: 10.1007/s10549-016-3920-y.Review.

Beek MA, Tetteroo E, Luiten EJ, Gobardhan PD, Rutten HJ, Heijns JB, **Voogd AC**, Klompenhouwer EG. Clinical impact of breast MRI with regard to axillary reverse mapping in clinically node positive breast cancer patients following neo-adjuvant chemotherapy. Eur J Surg Oncol. 2016 May;42(5):672-8. doi: 10.1016/j.ejso.2016.02.005.

Boekel NB, Schaapveld M, Gietema JA, Russell NS, Poortmans P, Theuws JC, Schinagl DA, Rietveld DH, Versteegh MI, **Visser O**, Rutgers EJ, Aleman BM, van Leeuwen FE. Cardiovascular Disease Risk in a Large, Population-Based Cohort of Breast Cancer Survivors. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2016 Apr 1;94(5):1061-72. doi: 10.1016/j.ijrobp.2015.11.040.

Cardwell CR, Pottgård A, Vaes E, Garmo H, Murray LJ, Brown C, **Vissers PA**, O'Rourke M, Visvanathan K, Cronin-Fenton D, De Schutter H, Lambe M, Powe DG, van Herk-Sukel MP, Gavin A, Friis S, Sharp L, Bennett K. Propranolol and survival from breast cancer: a pooled analysis of European breast cancer cohorts. Breast Cancer Res. 2016 Dec 1;18(1):119.

de Munck L, de Bock GH, **Otter R**, Reiding D, Broeders MJ, Willemse PH, **Siesling S**. Digital vs screen-film mammography in population-based breast cancer screening: performance indicators and tumour characteristics of screen-detected and interval cancers. Br J Cancer. 2016 Aug 23;115(5):517-24. doi: 10.1038/bjc.2016.226.

Drooger JC, van Tinteren H, **de Groot SM**, Ten Tije AJ, de Graaf H, Portielje JE, Jager A, Honkoop A, Linn SC, Kroep JR, Erdkamp FL, Hamberg P, Imholz AL, van Rossum-Schornagel QC, Heijns JB, van Leeuwen-Stok AE, Sleijfer S. A randomized phase 2 study exploring the role of bevacizumab and a chemotherapy-free approach in HER2-positive metastatic breast cancer: The HAT study (BOOG 2008-2003), a Dutch Breast Cancer Research Group trial. Cancer. 2016 Oct;122(19):2961-70. doi: 10.1002/cncr.30141.

Gondos A, Jansen L, Heil J, Schneeweiss A, **Voogd AC**, Frisell J, Fredriksson I, Johansson U, Tvedskov TF, Jensen MB, Balslev E, Hartmann-Johnsen OJ, Sant M, Baili P, Agresti R, van de Velde T, Broeks A, Nogaret JM, Bourgeois P, Moreau M, Mátrai Z, Sávolt Á, Nagy P, Kásler M, Schrotz-King P, Ulrich C, Brenner H. Time trends in axilla management among early breast cancer patients: Persisting major variation in clinical practice across European centers. *Acta Oncol*. 2016 Jun;55(6):712-9. doi: 10.3109/0284186X.2015.1136751.

Habraken V, van Nijnatten TJ, **de Munck L**, Moosdorff M, Heuts EM, Lobbes MB, Smidt ML. Does the TNM classification of solitary internal mammary lymph node metastases in breast cancer still apply? *Breast Cancer Res Treat*. 2016 Dec 3. [Epub ahead of print] Impactfactor: 4,085

Kuijjer A, Drukker CA, Elias SG, Smorenburg CH, Rutgers EJ, **Siesling S**, van Dalen T. Changes over time in the impact of gene-expression profiles on the administration of adjuvant chemotherapy in estrogen receptor positive early stage breast cancer patients - a nationwide study. *Int J Cancer*. 2016 Aug 15;139(4):769-75. doi: 10.1002/ijc.30132.

Kuijjer A, **Schreuder K**, Elias SG, Smorenburg CH, Rutgers EJ, **Siesling S**, van Dalen T. Factors Associated with the Use of Gene Expression Profiles in Estrogen Receptor-Positive Early-Stage Breast Cancer Patients: A Nationwide Study. *Public Health Genomics*. 2016;19(5):276-81. doi: 10.1159/000448278.

Lawrenson K, Kar S, McCue K, Kuchenbaecker K, Hereditary Breast and Ovarian Cancer Research Group Netherlands (HEBON) (**Siesling S**, **Verloop J**) et al. Functional mechanisms underlying pleiotropic risk alleles at the 19p13.1 breast-ovarian cancer susceptibility locus. *Nat Commun*. 2016 Sep 7;7:12675. doi: 10.1038/ncomms12675.

Paalman CH, van Leeuwen FE, Aaronson NK, de Boer AG, **van de Poll-Franse L**, Oldenburg HS, **Schaapveld M**. Employment and social benefits up to 10 years after breast cancer diagnosis: a population-based study. *Br J Cancer*. 2016 Jan 12;114(1):81-7. doi: 10.1038/bjc.2015.431.

Saadatmand S, **Bretveld R**, **Siesling S**, Tilanus-Linthorst MM. De invloed nu van tumorstadium op overleving na borstkanker. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2016;160(0):A9800.

Silvestri V, Barrowdale D, Mulligan AM, Hereditary Breast and Ovarian Cancer Research Group Netherlands (HEBON **Siesling S**, **Verloop J**) et al. Male breast cancer in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers: pathology data from the Consortium of Investigators of Modifiers of BRCA1/2. *Breast Cancer Res*. 2016 Feb 9;18(1):15. doi: 10.1186/s13058-016-0671-y.

Truin W, Roumen RM, **Siesling S**, **van der Heiden-van der Loo M**, Lobbezoo DJ, Tjan-Heijnen VC, **Voogd AC**. Sentinel Lymph Node Biopsy and Isolated Tumor Cells in Invasive Lobular Versus Ductal Breast Cancer. *Clin Breast Cancer*. 2016 Aug;16(4):e75-82. doi: 10.1016/j.clbc.2016.03.007.

van Bommel AC, Spronk PE, Vrancken Peeters MT, Jager A, Lobbes M, Maduro JH, Mureau MA, **Schreuder K**, Smorenburg CH, Verloop J, Westenend PJ, Wouters MW, **Siesling S**, Tjan-Heijnen VC, van Dalen T; NABON Breast Cancer Audit. Clinical auditing as an instrument for quality improvement in breast cancer care in the Netherlands: The national NABON Breast Cancer Audit. *J Surg Oncol*. 2016 Nov 25. doi: 10.1002/jso.24516.

van Bommel AC, Mureau MA, **Schreuder K**, van Dalen T, Vrancken Peeters MT, Schrieks M, Maduro JH, **Siesling S**. Large variation between hospitals in immediate breast reconstruction rates after mastectomy for breast cancer in the Netherlands. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2016 Nov 11. pii: S1748-6815(16)30483-1. doi: 10.1016/j.bjps.2016.10.022.

van Bommel R, **Voogd AC**, **Louwman MW**, Strobbe LJ, Venderink D, Duijm LE. Screening outcome in women repeatedly recalled for the same mammographic abnormality before, during and after the transition from screen-film to full-field digital screening mammography. *Eur Radiol*. 2016 May 14.

van der Heiden-van der Loo M, Siesling S, Wouters MW, van Dalen T, Rutgers EJ, Peeters PH. Lokale recidieven na operatie voor borstkanker : verbetering in recente jaren. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2016;160:A9572.

van Maaren MC, de Munck L, de Bock GH, Jobsen JJ, van Dalen T, Linn SC, Poortmans PM, Strobbe LJ, **Siesling S**. Borstsparende therapie en mastectomie vergeleken. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2016;160:D682.

van Maaren MC, Poortmans P, **Siesling S**. Breast-conserving therapy versus mastectomy. *Oncoscience* 2016 Nov;3:304-305. Editorial.

van Maaren MC, de Munck L, Jobsen JJ, Poortmans P, de Bock GH, **Siesling S**, Strobbe LJ. Breast-conserving therapy versus mastectomy in T1-2N2 stage breast cancer: a population-based study on 10-year overall, relative, and distant metastasis-free survival in 3071 patients. *Breast Cancer Res Treat*. 2016 Dec;160(3):511-521.

van Maaren MC, de Munck L, de Bock GH, Jobsen JJ, van Dalen T, Linn SC, Poortmans P, Strobbe LJ, **Siesling S**. 10 year survival after breast-conserving surgery plus radiotherapy compared with mastectomy in early breast cancer in the Netherlands: a population-based study. *Lancet Oncol*. 2016 Aug;17(8):1158-70. doi: 10.1016/S1470-2045(16)30067-5.

van Maaren MC, Poortmans P, Strobbe LJ, **de Munck L, Siesling S**. Why observational studies are important in comparative effectiveness research: the effect of breast-conserving therapy and mastectomy in the real world. *Transl Cancer Res* 2016 Dec;5(Suppl 7):S1549-S1550.

van Ramshorst MS, **van der Heiden-van der Loo M**, Dackus GM, Linn SC, Sonke GS. Erratum to: The effect of trastuzumab-based chemotherapy in small node-negative HER2-positive breast cancer. *Breast Cancer Res Treat*. 2016 Sep;159(2):393. No abstract available.

van Ramshorst MS, **van der Heiden-van der Loo M**, Dackus GM, Linn SC, Sonke GS. The effect of trastuzumab-based chemotherapy in small node-negative HER2-positive breast cancer. *Breast Cancer Res Treat*. 2016 Jul;158(2):361-71. doi: 10.1007/s10549-016-3878-9.

van Rooijen JM, **de Munck L**, Teeuwen GM, de Graaf JC, Jansman FG, Boers JE, **Siesling S**. Use of trastuzumab for HER2-positive metastatic breast cancer in daily practice: a population-based study focusing on the elderly. *Anticancer Drugs*. 2016 Feb;27(2):127-32. doi: 10.1097/CAD.0000000000000310.

van Roozendaal LM, Smit LH, Duijsens GH, de Vries B, **Siesling S**, Lobbes MB, de Boer M, de Wilt JH, Smidt ML. Risk of regional recurrence in triple-negative breast cancer patients: a Dutch cohort study. *Breast Cancer Res Treat*. 2016 Apr;156(3):465-72. doi: 10.1007/s10549-016-3757-4.

Verheuve NC, **Voogd AC**, Tjan-Heijnen VC, Roumen RM. Potential impact of application of Z0011 derived criteria to omit axillary lymph node dissection in node positive breast cancer patients. *Eur J Surg Oncol*. 2016 May 24. pii: S0748-7983(16)30157-3. doi: 10.1016/j.ejso.2016.05.007.

Verheuve NC, Ooms HW, Tjan-Heijnen VC, Roumen RM, **Voogd AC**. Predictors for extensive nodal involvement in breast cancer patients with axillary lymph node metastases. *Breast*. 2016 Apr 25;27:175-181. doi: 10.1016/j.breast.2016.02.006.

Verschoor AM, Kuijer A, **Verloop J**, Van Gils CH, Sonke GS, Jager A, van Dalen T, Elias SG. Adjuvant systemic therapy in early breast cancer: impact of guideline changes and clinicopathological factors associated with nonadherence at a nation-wide level. *Breast Cancer Res Treat*. 2016 Sep;159(2):357-65. doi: 10.1007/s10549-016-3940-7.

Visser A, van de Ven EM, Ruczynski LI, Blaisse RJ, van Halteren HK, **Aben KK**, van Laarhoven HW. Cardiac monitoring during adjuvant trastuzumab therapy: Guideline adherence in clinical practice. *Acta Oncol*. 2016;55(4):423-9. doi: 10.3109/0284186X.2015.1068444.

Vriens BE, de Vries B, Lobbes MB, **van Gastel SM**, van den Berkmortel FW, Smilde TJ, van Warmerdam LJ, de Boer M, van Spronsen DJ, Smidt ML, Peer PG, Aarts MJ, Tjan-Heijnen VC; INTENS Study Group. Ultrasound is at least as good as magnetic resonance imaging in predicting tumour size post-neoadjuvant chemotherapy in breast cancer. *Eur J Cancer*. 2016 Jan;52:67-76. doi: 10.1016/j.ejca.2015.10.010.

Vugts G, Maaskant-Braat AJ, de Roos WK, **Voogd AC**, Nieuwenhuijzen GA. Management of the axilla after neoadjuvant chemotherapy for clinically node positive breast cancer: A nationwide survey study in The Netherlands. *Eur J Surg Oncol*. 2016 Jul;42(7):956-64. doi: 10.1016/j.ejso.2016.03.023.

Vugts G, Maaskant-Braat AJ, Nieuwenhuijzen GA, Roumen RM, Luiten EJ, **Voogd AC**. Patterns of Care in the Administration of Neo-adjuvant Chemotherapy for Breast Cancer. A Population-Based Study. *Breast J*. 2016 May;22(3):316-21. doi: 10.1111/tbj.12568.

Weber RJ, van Bommel RM, **Louwman MW**, Nederend J, **Voogd AC**, Jansen FH, Tjan-Heijnen VC, Duijm LE. Characteristics and prognosis of interval cancers after biennial screen-film or full-field digital screening mammography. *Breast Cancer Res Treat*. 2016 Aug;158(3):471-83. doi: 10.1007/s10549-016-3882-0.

Weber RJ, van Bommel RM, Setz-Pels W, **Voogd AC**, Klompenhouwer EG, **Louwman MW**, Strobbe LJ, Tjan-Heijnen VC, Duijm LE. Type and Extent of Surgery for Screen-Detected and Interval Cancers at Blinded Versus Nonblinded Double-Reading in a Population-Based Screening Mammography Program. *Ann Surg Oncol*. 2016 Nov;23(12):3822-3830.

BOT-EN WEKEDELEN

Hoven-Gondrie ML, Bastiaannet E, **Ho VK**, van Leeuwen BL, Liefers GJ, Hoekstra HJ, Suurmeijer AJ. Worse Survival in Elderly Patients with Extremity Soft-Tissue Sarcoma. *Ann Surg Oncol*. 2016 Aug;23(8):2577-85. doi: 10.1245/s10434-016-5158-7.

GYNAECOLOGISCHE TUMOREN

Bhugwandass CS, Pijnenborg JM, Pijlman B, **Ezendam NP**. Effect of chemotherapy on health-related quality of life among early-stage ovarian cancer survivors: a study from the population-based PROFILES registry. *Curr Oncol*. 2016 Dec;23(6):e556-e562. doi: 10.3747/co.23.3243.

Cuellar-Partida G, Lu Y, Dixon SC, **Aben KK** et al. Assessing the genetic architecture of epithelial ovarian cancer histological subtypes. *Hum Genet*. 2016 Jul;135(7):741-56. doi: 10.1007/s00439-016-1663-9.

de Boer SM, Powell ME, Mileshekin L, Katsaros D, Bessette P, Haie-Meder C, Ottevanger PB, Ledermann JA, Khaw P, Colombo A, Fyles A, Baron MH, Kitchener HC, Nijman HW, Kruitwagen RF, Nout RA, **Verhoeven-Adema KW** et al. Toxicity and quality of life after adjuvant chemoradiotherapy versus radiotherapy alone for women with high-risk endometrial cancer (PORTEC-3): an open-label, multicentre, randomised, phase 3 trial. *Lancet Oncol*. 2016 Jul 7. pii: S1470-2045(16)30120-6. doi: 10.1016/S1470-2045(16)30120-6.

de Rooij BH, **Ezendam NP**, **Nicolaije KA**, Vos MC, Pijnenborg JM, Boll D, Kruitwagen RF, **van de Poll-Franse LV**. Factors influencing implementation of a survivorship care plan—a quantitative process evaluation of the ROGY Care trial. *J Cancer Surviv*. 2016 Aug 1.

Eggink FA, Mom CH, Kruitwagen RF, Reyners AK, Van Driel WJ, Massuger LF, Niemeijer GC, Van der Zee AG, **van der Aa MA**, Nijman HW. Improved outcomes due to changes in organization of care for patients with ovarian cancer in the Netherlands. *Gynecol Oncol*. 2016 Apr 23. pii: S0090-8258(16)30140-8. doi: 10.1016/j.ygyno.2016.04.012.

Hampras SS, Sucheston-Campbell LE, Cannioto R, **Aben KK** et al. Assessment of variation in immunosuppressive pathway genes reveals TGFBR2 to be associated with risk of clear cell ovarian cancer. *Oncotarget*. 2016 Oct 25;7(43):69097-69110. doi: 10.18632/oncotarget.10215.

Kleppe M, **van der Aa MA**, Van Gorp T, Slangen BF, Kruitwagen RF. The impact of lymph node dissection and adjuvant chemotherapy on survival: A nationwide cohort study of patients with clinical early-stage ovarian cancer. *Eur J Cancer*. 2016 Aug 15;66:83-90. doi: 10.1016/j.ejca.2016.07.015.

Leermakers ME, Pleunis N, Boll D, Hermans RH, **Ezendam NP**, Pijnenborg JM. High Incidence of Erysipelas After Surgical Treatment for Vulvar Carcinoma: An Observational Study. *Int J Gynecol Cancer*. 2016 Mar;26(3):582-7. doi: 10.1097/IGC.0000000000000625.

Matz M, Coleman MP, Sant M, Chirlaque MD, **Visser O**, Gore M, Allemani C; & the CONCORD Working Group. The histology of ovarian cancer: worldwide distribution and implications for international survival comparisons (CONCORD-2). *Gynecol Oncol*. 2016 Dec 5. pii: S0090-8258(16)31497-4. doi: 10.1016/j.ygyno.2016.10.019.

Nicolaije KA, Ezendam NP, Pijnenborg JM, Boll D, Vos MC, Kruitwagen RF, **van de Poll-Franse LV**. Paper-Based Survivorship Care Plans May be Less Helpful for Cancer Patients Who Search for Disease-Related Information on the Internet: Results of the Registrationsystem Oncological Gynecology (ROGY) Care Randomized Trial. *J Med Internet Res*. 2016 Jul 8;18(7):e162. doi: 10.2196/jmir.4914.

Ong JS, Cuellar-Partida G, Lu Y, **Aben KK** et al. Association of vitamin D levels and risk of ovarian cancer: a Mendelian randomization study. *Int J Epidemiol*. 2016 Oct;45(5):1619-1630.

Pleunis N, **Schuurman MS**, Van Rossum MM, Bulten J, Massuger LF, De Hullu JA, **van der Aa MA**. Rare vulvar malignancies; incidence, treatment and survival in the Netherlands. *Gynecol Oncol*. 2016 Sep;142(3):440-5. doi: 10.1016/j.ygyno.2016.04.021.

van der Aa M, Visser O. Baarmoederhalskanker in Nederland. *Oncologica* 2016;33(2):28-30.

Vos MC, Hollemans E, **Ezendam N**, Feijen H, Boll D, Pijlman B, van der Putten H, Klinkhamer P, van Kuppevelt TH, van der Wurff AA, Massuger LF. **MMP-14 and CD44 in Epithelial-to-Mesenchymal Transition (EMT) in ovarian cancer**. *J Ovarian Res*. 2016 Sep 2;9(1):53. doi: 10.1186/s13048-016-0262-7.

HEMATO-ONCOLOGIE

Blommestein HM, de Groot S, **Aarts MJ**, Vemer P, de Vries R, van Abeelen AF, Posthuma EF, Uyl-de Groot CA. Cost-effectiveness of obinutuzumab for chronic lymphocytic leukaemia in The Netherlands. *Leuk Res*. 2016 Sep 3;50:37-45. doi: 10.1016/j.leukres.2016.09.005.

Dinmohamed AG, Brink M, Visser O, Jongen-Lavrencic M. Population-based analyses among 184 patients diagnosed with large granular lymphocyte leukemia in the Netherlands between 2001 and 2013. *Leukemia*. 2016 Jun;30(6):1449-51. doi: 10.1038/leu.2016.68. No abstract available.

Drost FM, **Mols F**, Kaal SE, Stevens WB, van der Graaf WT, Prins JB, Husson O. Psychological impact of lymphoma on adolescents and young adults: not a matter of black or white. *J Cancer Surviv*. 2016 Aug;10(4):726-35. doi: 10.1007/s11764-016-0518-7.

Liu L, Giusti F, **Schaapveld M**, Aleman B, Lugtenburg P, Meijnders P, Hutchings M, **Lemmens VE**, Bogaerts J, **Visser O**. Survival differences between patients with Hodgkin lymphoma treated inside and outside clinical trials. A study based on the EORTC-Netherlands Cancer Registry linked data with 20 years of follow-up. *Br J Haematol*. 2016 Oct 21. doi: 10.1111/bjh.14379.

Strobbe L, Valke LL, Diets IJ, van den Brand M, **Aben KK**, Raemaekers JM, Hebeda KM, van Krieken JH. A 20-year population-based study on the epidemiology, clinical features, treatment, and outcome of nodular lymphocyte predominant Hodgkin lymphoma. *Ann Hematol*. 2016 Feb;95(3):417-23. doi: 10.1007/s00277-015-2578-6.

Thielen FW, **Blommestein HM**, Uyl-de Groot CA. Using Appropriate Methods in Cost-Effectiveness Analyses: The Case of Allogeneic Hematopoietic Cell Transplantation in Sickle Cell Disease. *Biol Blood Marrow Transplant*. 2016 Nov;22(11):2109-2110. doi: 10.1016/j.bbmt.2016.08.022. No abstract available.

HOOFDHALS

Kwast AB, van Dijk BA, Visser O. Schildklierkanker in Nederland. *Oncologica* 2016;33(3):30-34.

van Dijk BA, Brands MT, Geurts SM, Merckx MA, Roodenburg JL. Trends in oral cavity cancer incidence, mortality, survival and treatment in The Netherlands. *Int J Cancer*. 2016 Aug 1;139(3):574-83. doi: 10.1002/ijc.30107.

van Monsjou HS, Schaapveld M, Hamming-Vrieze O, de Boer JP, van den Brekel MW, Balm AJ. Cause-specific excess mortality in patients treated for cancer of the oral cavity and oropharynx: A population-based study. *Oral Oncol*. 2016 Jan;52:37-44. doi: 10.1016/j.oraloncology.2015.10.013.

HUID

Greveling K, Wakkee M, Nijsten T, van den Bos RR, Hollestein LM. Epidemiology of Lentigo Maligna and Lentigo Maligna Melanoma in the Netherlands, 1989-2013. *J Invest Dermatol*. 2016 Oct;136(10):1955-60. doi: 10.1016/j.jid.2016.06.014.

Damude S, Hoekstra-Weebers JE, Francken AB, Ter Meulen S, Bastiaannet E, Hoekstra HJ. The MELFO-Study: Prospective, Randomized, Clinical Trial for the Evaluation of a Stage-adjusted Reduced Follow-up Schedule in Cutaneous Melanoma Patients-Results after 1 Year. *Ann Surg Oncol*. 2016 Sep;23(9):2762-71. doi: 10.1245/s10434-016-5263-7.

Jochems A, Schouwenburg MG, Leeneman B, Franken MG, van den Eertwegh AJ, Haanen JB, Gelderblom H, Uyl-de Groot CA, Aarts MJ, van den Berkortel FW, Blokx WA, Cardous-Ubbink MC, Groenewegen G, de Groot JW, Hospers GA, Kapiteijn E, Koornstra RH, Kruit WH, Louwman MW et al. Dutch Melanoma Treatment Registry: Quality assurance in the care of patients with metastatic melanoma in the Netherlands. *Eur J Cancer*. 2016 Dec 25;72:156-165. doi: 10.1016/j.ejca.2016.11.021.

Lubeek SF, van Vugt LJ, Aben KK, van de Kerkhof PC, Gerritsen MP. The Epidemiology and Clinicopathological Features of Basal Cell Carcinoma in Patients 80 Years and Older: A Systematic Review. *JAMA Dermatol*. 2016 Oct 12. doi: 10.1001/jamadermatol.2016.3628.

Pardo LM, van der Leest RJ, de Vries E, Soerjomataram I, Nijsten T, Hollestein LM. Comparing survival of patients with single or multiple primary melanoma in The Netherlands: 1994-2009. *Br J Dermatol*. 2016 Jul 5. doi: 10.1111/bjd.14846.

Schuurman MS, de Waal AC, Thijs EJ, van Rossum MM, Kiemeny LA, Aben KK. Risk factors for second primary melanoma among Dutch melanoma patients. *Br J Dermatol*. 2016 Sep 5. doi: 10.1111/bjd.15024.

Verkouteren JA, Nijsten T, Hollestein LM. Competing Risk of Death in Kaplan-Meier Curves When Analyzing Subsequent Keratinocyte Cancer. *JAMA Dermatol*. 2016 Apr 1;152(4):493-4. doi: 10.1001/jamadermatol.2015.5152. No abstract available.

LONG

Chen LS, Baker T, Hung RJ, Horton A, Culverhouse R, Hartz S, Saccone N, Cheng I, Deng B, Han Y, Hansen HM, Horsman J, Kim C, Rosenberger A, Aben KK et al. Genetic Risk Can Be Decreased: Quitting Smoking Decreases and Delays Lung Cancer for Smokers With High and Low CHRNA5 Risk Genotypes - A Meta-analysis. *EBioMedicine*. 2016 Sep;11:219-226. doi: 10.1016/j.ebiom.2016.08.012.

de Mol M, den Oudsten BL, Aarts M, Aerts JG. The distress thermometer as a predictor for survival in stage III lung cancer patients treated with chemotherapy. *Oncotarget*. 2016 Dec 24. doi: 10.18632/oncotarget.14151.

Dickhoff C, Dafele M, de Langen AJ, Paul MA, Smit EF, Senan S, Hartemink KJ, Damhuis RA. Population-based patterns of surgical care for stage IIIA NSCLC in the Netherlands between 2010-2013. *J Thorac Oncol*. 2016 Apr;11(4):566-72. doi: 10.1016/j.jtho.2016.01.002.

Geerse OP, **Hoekstra-Weebers JE**, Stokroos MH, Burgerhof JG, Groen HJ, Kerstjens HA, Hiltermann TJ. Structural distress screening and supportive care for patients with lung cancer on systemic therapy: A randomised controlled trial. *Eur J Cancer*. 2016 Dec 23;72:37-45. doi: 10.1016/j.ejca.2016.11.006.

Louie AV, **Damhuis RA**, Haasbeek CJ, Warner A, Rodin D, Slotman BJ, Leemans CR, Senan S. Treatment and survival of second primary early-stage lung cancer, following treatment of head and neck cancer in the Netherlands. *Lung Cancer*. 2016 Apr;94:54-60. doi: 10.1016/j.lungcan.2016.01.022. Epub 2016 Feb 2.

Wink KC, Belderbos JS, Dieleman EM, Rossi M, Rasch CR, **Damhuis RA**, Houben RM, Troost EG. Improved progression free survival for patients with diabetes and locally advanced non-small cell lung cancer (NSCLC) using metformin during concurrent chemoradiotherapy. *Radiother Oncol*. 2016 Mar;118(3):453-9. doi: 10.1016/j.radonc.2016.01.012.

Wu H, Walker J, **Damhuis RA**, Brewster DH, Wild SH; Scottish Diabetes Research Network Epidemiology Group. Metformin and survival of people with type 2 diabetes and pleural mesothelioma: A population-based retrospective cohort study. *Lung Cancer*. 2016 Sep;99:194-9. doi: 10.1016/j.lungcan.2016.07.020.

Zuber V, Marconett CN, Shi J, Hua X, Wheeler W, Yang C, Song L, Dale AM, Laplana M, Risch A, Witoelar A, Thompson WK, Schork AJ, Bettella F, Wang Y, Djurovic S, Zhou B, Borok Z, van der Heijden HF, de Graaf J, Swinkels D, **Aben KK**, et al. Pleiotropic Analysis of Lung Cancer and Blood Triglycerides. *J Natl Cancer Inst*. 2016 Aug 26;108(12). pii: djw167. doi: 10.1093/jnci/djw167.

NEURO-ONCOLOGIE

Kleijwegt M, **Ho V**, **Visser O**, Godefroy W, van der Mey A. Real Incidence of Vestibular Schwannoma? Estimations From a National Registry. *Otol Neurotol*. 2016 Aug 12. *Otol Neurotol*. 2016 Oct;37(9):1411-7. doi: 10.1097/MAO.0000000000001169.

SPIJSVERTERINGSORGANEN

Aan de Stegge WB, van Leeuwen BL, **Elferink MA**, de Bock GH. The Evaluation of More Lymph Nodes in Colon Cancer Is Associated with Improved Survival in Patients of All Ages. *PLoS One*. 2016 May 19;11(5):e0155608. doi: 10.1371/journal.pone.0155608. eCollection 2016.

Babaei M, Balavarca Y, Jansen L, Gondos A, **Lemmens VE**, Sjövall A, Brge Johannesen T, Moreau M, Gabriel L, Gonçalves AF, Bento MJ, van de Velde T, Kempfer LR, Becker N, Ulrich A, Ulrich CM, Schrotz-King P, Brenner H. Minimally Invasive Colorectal Cancer Surgery in Europe: Implementation and Outcomes. *Medicine (Baltimore)*. 2016 May;95(22):e3812. doi: 10.1097/MD.0000000000003812.

Bakens MJ, **van der Geest LG**, **van Putten M**, van Laarhoven HW, Creemers GJ, Besselink MG, **Lemmens VE**, de Hingh IH; Dutch Pancreatic Cancer Group. The use of adjuvant chemotherapy for pancreatic cancer varies widely between hospitals: a nationwide population-based analysis. *Cancer Med*. 2016 Oct;5(10):2825-2831. doi: 10.1002/cam4.921.

Belderbos TD, **van Erning FN**, de Hingh IH, van Oijen MG, **Lemmens VE**, Siersema PD. Long-term Recurrence-free Survival after Standard Endoscopic Resection vs Surgical Resection of Submucosal Invasive Colorectal Cancer - a Population-based Study. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2016 Sep 5. pii: S1542-3565(16)30622-X. doi: 10.1016/j.cgh.2016.08.041

Bernards N, Haj Mohammad N, Creemers GJ, Rozema T, Roukema JA, Nieuwenhuijzen GA, van Laarhoven HW, van der Sangen M, **Lemmens VE**. Improvement in survival for patients with synchronous metastatic esophageal cancer in the south of the Netherlands from 1994 to 2013. *Acta Oncol*. 2016 May 13:1-7.

Bos AC, van Erning FN, Elferink MA, Rutten HJ, van Oijen MG, de Wilt JH, **Lemmens VE**. No Difference in Overall Survival Between Hospital Volumes for Patients With Colorectal Cancer in The Netherlands. *Dis Colon Rectum*. 2016 Oct;59(10):943-52. doi: 10.1097/DCR.0000000000000660. Impactfactor: 3,739

Bours MJ, van der Linden BW, Winkels RM, van Duijnhoven FJ, **Mols F**, van Roekel EH, Kampman E, **Beijer S**, Weijenberg MP. Candidate Predictors of Health-Related Quality of Life of Colorectal Cancer Survivors: A Systematic Review. *Oncologist*. 2016 Apr;21(4):433-52. doi: 10.1634/theoncologist.2015-0258. Review.

Breugom AJ, Bastiaannet E, Boelens PG, Iversen LH, Martling A, Johansson R, Evans T, Lawton S, O'Brien KM, Van Eycken E, Janciauskiene R, Liefers GJ, Cervantes A, **Lemmens VE**, van de Velde CJ. Adjuvant chemotherapy and relative survival of patients with stage II colon cancer - A EURECCA international comparison between the Netherlands, Denmark, Sweden, England, Ireland, Belgium, and Lithuania. *Eur J Cancer*. 2016 Jun 11;63:110-117. doi: 10.1016/j.ejca.2016.04.017.

Breugom AJ, van Dongen DT, Bastiaannet E, Dekker FW, **van der Geest LG**, Liefers GJ, Marinelli AW, Mesker WE, Portielje JE, Steup WH, Tseng LN, van de Velde CJ, Dekker JW. Association Between the Most Frequent Complications After Surgery for Stage I-III Colon Cancer and Short-Term Survival, Long-Term Survival, and Recurrences. *Ann Surg Oncol*. 2016 Sep;23(9):2858-65. doi: 10.1245/s10434-016-5226-z.

Burbach JP, Kurk SA, Coebergh van den Braak RR, Dik VK, May AM, Meijer GA, Punt CJ, **Vink GR**, Los M, Hoogerbrugge N, **Huijgens PC**, Ijzermans JN, Kuipers EJ, de Noo ME, Pennings JP, van der Velden AM, Verhoef C, Siersema PD, van Oijen MG, Verkooijen HM, Koopman M. Prospective Dutch colorectal cancer cohort: an infrastructure for long-term observational, prognostic, predictive and (randomized) intervention research. *Acta Oncol*. 2016 Nov;55(11):1273-1280.

Busweiler LA, Wijnhoven BP, van Berge Henegouwen MI, Henneman D, van Grieken NC, Wouters MW, van Hillegersberg R, van Sandick JW; Dutch Upper Gastrointestinal Cancer Audit (DUCA) Group (**Lemmens VE**). Early outcomes from the Dutch Upper Gastrointestinal Cancer Audit. *Br J Surg*. 2016 Dec;103(13):1855-1863. doi: 10.1002/bjs.10303.

Dassen AE, **Bernards N, Lemmens VE**, van de Wouw YA, Bosscha K, Creemers GJ, Pruijt HJ. Phase II study of docetaxel, cisplatin and capecitabine as preoperative chemotherapy in resectable gastric cancer. *World J Gastrointest Surg*. 2016 Oct 27;8(10):706-712.

de Leede EM, Sibinga Mulder BG, Bastiaannet E, Poston GJ, Sahara K, Van Eycken E, Valerianova Z, Mortensen MB, Dralle H, Primic-Zakelj M, Borràs JM, Gasslander T, Ryzhov A, **Lemmens VE**, Mieog JS, Boelens PG, van de Velde CJ, Bonsing BA. Common variables in European pancreatic cancer registries: The introduction of the EURECCA pancreatic cancer project. *Eur J Surg Oncol*. 2016 Mar 28. pii: S0748-7983(16)00393-0. doi: 10.1016/j.ejso.2016.03.011.

de Ridder J, de Wilt J, Simmer F, Overbeek L, **Lemmens VE**, Nagtegaal I. Incidence and origin of histologically confirmed liver metastases: an explorative case-study of 23,154 patients. *Oncotarget*. 2016 Aug 23;7(34):55368-55376. doi: 10.18632/oncotarget.10552.

de Ridder JA, **Lemmens VE**, Overbeek LI, Nagtegaal ID, de Wilt JH; Dutch Liver Surgery Group. Liver Resection for Metastatic Disease; A Population-Based Analysis of Trends. *Dig Surg*. 2016;33(2):104-13. doi: 10.1159/000441802.

Elferink MA, Lamkaddem M, Dekker E, Tanis PJ, **Visser O**, Essink-Bot ML. Ethnic Inequalities in Rectal Cancer Care in a Universal Access Healthcare System: A Nationwide Register-Based Study. *Dis Colon Rectum*. 2016 Jun;59(6):513-9. doi: 10.1097/DCR.0000000000000585.

Fest J, Ruiter R, van Rooij FJ, **van der Geest LG, Lemmens VE**, Ikram MA, Coebergh JW, Stricker BH, van Eijck CH. Underestimation of pancreatic cancer in the national cancer registry - Reconsidering the incidence and survival rates. *Eur J Cancer*. 2016 Dec 26;72:186-191. doi: 10.1016/j.ejca.2016.11.026.

Frouws MA, Bastiaannet E, Langley RE, Chia WK, van Herk-Sukel MP, **Lemmens VE**, Putter H, Hartgrink HH, Bonsing BA, Van de Velde CJ, Portielje JE, Liefers GJ. Effect of low-dose aspirin use on survival of patients with gastrointestinal malignancies; an observational study. *Br J Cancer*. 2017 Jan 10. doi: 10.1038/bjc.2016.425.

Haj Mohammad N, **Bernards N**, Besselink MG, Busch OR, Wilmink JW, Creemers GJ, De Hingh IH, **Lemmens VE**, van Laarhoven HW. Volume matters in the systemic treatment of metastatic pancreatic cancer: a population-based study in the Netherlands. *J Cancer Res Clin Oncol*. 2016 Jun;142(6):1353-60. doi: 10.1007/s00432-016-2140-5.

Holla JF, **van de Poll-Franse LV**, **Huijgens PC**, **Mols F**, Dekker J. Utilization of supportive care by survivors of colorectal cancer: results from the PROFILES registry. *Support Care Cancer*. 2016 Jul;24(7):2883-92. doi: 10.1007/s00520-016-3109-2.

Husson O, Denollet J, **Ezendam NP**, **Mols F**. Personality, health behaviors and quality of life among colorectal cancer survivors: Results from the PROFILES registry. *J Psychosoc Oncol*. 2016 Oct 17:0.

Jonker FH, Tanis PJ, Coene PP, Gietelink L, van der Harst E; Dutch Surgical Colorectal Audit Group (**Lemmens VE**, **Elferink MA**). Comparison of a low Hartmann's procedure with low colorectal anastomosis with and without defunctioning ileostomy after radiotherapy for rectal cancer: results from a national registry. *Colorectal Dis*. 2016 Aug;18(8):785-92. doi: 10.1111/codi.13281.

Knijf N, **van Erning FN**, Overbeek LI, Punt CJ, **Lemmens VE**, Hugen N, Nagtegaal ID. Limited effect of lymph node status on the metastatic pattern in colorectal cancer. *Oncotarget*. 2016 May 31;7(22):31699-707. doi: 10.18632/oncotarget.9064.

Koëter M, Parry K, **Verhoeven RH**, Luyer MD, Ruurda JP, van Hillegersberg R, **Lemmens VE**, Nieuwenhuijzen GA. Perioperative Treatment, Not Surgical Approach, Influences Overall Survival in Patients with Gastroesophageal Junction Tumors: A Nationwide, Population-Based Study in The Netherlands. *Ann Surg Oncol*. 2016 May;23(5):1632-8. doi: 10.1245/s10434-015-5061-7.

Legué LM, **Bernards N**, Gerritse SL, van Oudheusden TR, de Hingh IH, Creemers GM, Ten Tije AJ, **Lemmens VE**. Trends in incidence, treatment and survival of small bowel adenocarcinomas between 1999 and 2013: a population-based study in The Netherlands. *Acta Oncol*. 2016 Sep-Oct;55(9-10):1183-1189.

Marsman HA, Besselink MG. Dutch Pancreatic Cancer Group (**Lemmens VE**). Nieuwe ontwikkelingen in de behandeling van het pancreascarcinoom. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2016;160(0):D538.

Mol L, Ottevanger PB, Koopman M, Punt CJ. The prognostic value of WHO performance status in relation to quality of life in advanced colorectal cancer patients. *Eur J Cancer*. 2016 Aug 26;66:138-143. doi: 10.1016/j.ejca.2016.07.013.

Nissen LH, Assendorp EL, van der Post RS, Derikx LA, de Jong DJ, Kievit W, Pierik M, van den Heuvel T, **Verhoeven RH**, Overbeek LI, Hoentjen F, Nagtegaal ID. Impaired Gastric Cancer Survival in Patients with Inflammatory Bowel Disease. *J Gastrointest Liver Dis*. 2016 Dec;25(4):431-440. doi: 10.15403/jgld.2014.1121.254.nis.

Razenberg LG, Creemers GJ, Beerepoot LV, Vos AH, van de Wouw AJ, Maas HA, **Lemmens VE**. Age-related systemic treatment and survival of patients with metachronous metastases from colorectal cancer. *Acta Oncol*. 2016 Dec;55(12):1443-1449.

Razenberg LG, **van Gestel YR**, de Hingh IH, Loosveld OJ, Vreugdenhil G, Beerepoot LV, Creemers GJ, **Lemmens VE**. Bevacizumab for metachronous metastatic colorectal cancer: a reflection of community based practice. *BMC Cancer*. 2016 Feb 16;16(1):110. doi: 10.1186/s12885-016-2158-8.

Razenberg LG, **Lemmens VE**, Verwaal VJ, Punt CJ, Tanis PJ, Creemers GJ, de Hingh IH. Challenging the dogma of colorectal peritoneal metastases as an untreatable condition: Results of a population-based study. *Eur J Cancer*. 2016 Aug 3;65:113-120. doi: 10.1016/j.ejca.2016.07.002.

Razenberg LG, van Erning FN, Pruijt HF, Ten Tije AJ, van Riel JM, Creemers GJ, **Lemmens VE**. The impact of age on first-line systemic therapy in patients with metachronous metastases from colorectal cancer. *J Geriatr Oncol*. 2016 Sep 19. pii: S1879-4068(16)30105-9. doi: 10.1016/j.jgo.2016.08.003.

Rombouts AJ, Hugen N, **Elferink MA**, Feuth T, Poortmans PM, Nagtegaal ID, de Wilt JH. Incidence of Second Tumors after Treatment with or without Radiation for Rectal Cancer. *Ann Oncol*. 2016 Dec 19. pii: mdw661.

Rombouts AJ, Hugen N, **Elferink MA**, Nagtegaal ID, de Wilt JH. Treatment Interval between Neoadjuvant Chemoradiotherapy and Surgery in Rectal Cancer Patients: A Population-Based Study. *Ann Surg Oncol*. 2016 Oct;23(11):3593-601. doi: 10.1245/s10434-016-5294-0.

Simkens GA, **Razenberg LG, Lemmens VE**, Rutten HJ, Creemers GJ, de Hingh IH. Histological subtype and systemic metastases strongly influence treatment and survival in patients with synchronous colorectal peritoneal metastases. *Eur J Surg Oncol*. 2016 Mar 28. pii: S0748-7983(16)00396-6. doi: 10.1016/j.ejso.2016.03.014.

Simkens GA, Verwaal VJ, **Lemmens VE**, Rutten HJ, de Hingh IH. Short-term outcome in patients treated with cytoreduction and HIPEC compared to conventional colon cancer surgery. *Medicine (Baltimore)*. 2016 Oct;95(41):e5111.

't Lam-Boer J, **van der Geest LG**, Verhoef C, **Elferink ME**, Koopman M, de Wilt JH. Palliative resection of the primary tumor is associated with improved overall survival in incurable stage IV colorectal cancer: A nationwide population-based propensity-score adjusted study in The Netherlands. *Int J Cancer*. 2016 Nov 1;139(9):2082-94. doi: 10.1002/ijc.30240.

't Lam-Boer J, van der Stok EP, Huiskens J, **Verhoeven RH**, Punt CJ, **Elferink MA**, de Wilt JH, Verhoef C; CAIRO5/CHARISMA Group. Regional and inter-hospital differences in the utilisation of liver surgery for patients with synchronous colorectal liver metastases in the Netherlands. *Eur J Cancer*. 2016 Dec 15;71:109-116. doi: 10.1016/j.ejca.2016.10.026.

Thong MS, Kaptein AA, **Vissers PA**, Vreugdenhil G, **van de Poll-Franse LV**. Illness perceptions are associated with mortality among 1552 colorectal cancer survivors: a study from the population-based PROFILES registry. *J Cancer Surviv*. 2016 Oct;10(5):898-905. doi: 10.1007/s11764-016-0536-5.

van der Geest LG, Besselink MG, Busch OR, de Hingh IH, van Eijck CH, Dejong CH, **Lemmens VE**. Elderly Patients Strongly Benefit from Centralization of Pancreatic Cancer Surgery: A Population-Based Study. *Ann Surg Oncol*. 2016 Jun;23(6):2002-9. doi: 10.1245/s10434-016-5089-3.

van der Geest LG, van Rijssen LB, Molenaar IQ, de Hingh IH, Groot Koerkamp B, Busch OR, **Lemmens VE**, Besselink MG; Dutch Pancreatic Cancer Group. Volume-outcome relationships in pancreatoduodenectomy for cancer. *HPB (Oxford)*. 2016 Apr;18(4):317-24. doi: 10.1016/j.hpb.2016.01.515.

van der Sijp MP, Bastiaannet E, Mesker WE, **van der Geest LG**, Breugom AJ, Steup WH, Marinelli AW, Tseng LN, Tollenaar RA, van de Velde CJ, Dekker JW. Differences between colon and rectal cancer in complications, short-term survival and recurrences. *Int J Colorectal Dis*. 2016 Oct;31(10):1683-91. doi: 10.1007/s00384-016-2633-3.

van Erning FN, Zanders MM, Kuiper JG, van Herk-Sukel MP, Maas HA, Vingerhoets RW, Zimmerman DD, de Feyter EP, van de Poll ME, **Lemmens VE**. Drug dispensings among elderly in the year before colon cancer diagnosis versus matched cancer-free controls. *J Clin Pharm Ther*. 2016 Oct;41(5):538-45. doi: 10.1111/jcpt.12434.

van Erning FN, Razenberg LG, Lemmens VE, Creemers GJ, Pruijt JF, Maas HA, Janssen-Heijnen ML. Intensity of adjuvant chemotherapy regimens and grade III-V toxicities among elderly stage III colon cancer patients. *Eur J Cancer*. 2016 Apr 26;61:1-10. doi: 10.1016/j.ejca.2016.03.074.

van Erning FN, Vissers PA, Punt CJ, **Lemmens VE**. RE: Effects of adjuvant chemotherapy on recurrence, survival and quality of life in stage II colon cancer patients: a 24-month follow-up. *Support Care Cancer*. 2016 Oct;24(10):4079-80. doi: 10.1007/s00520-016-3267-2. No abstract available.

van Erning FN, Janssen-Heijnen ML, Creemers GJ, Pruijt JF, Maas HA, **Lemmens VE**. Recurrence-free and overall survival among elderly stage III colon cancer patients treated with CAPOX or capecitabine monotherapy. *Int J Cancer*. 2016 Sep 12. doi: 10.1002/ijc.30423.

van Erning FN, Janssen-Heijnen ML, Wegdam JA, Slooter GD, Wijsman JH, Vreugenhil A, Beijers TA, **van de Poll-Franse LV**, **Lemmens VE**. The Course of Neuropathic Symptoms in Relation to Adjuvant Chemotherapy Among Elderly Patients With Stage III Colon Cancer: A Longitudinal Study. *Clin Colorectal Cancer*. 2016 Sep 17. pii: S1533-0028(16)30175-X. doi: 10.1016/j.clcc.2016.09.002.

van Putten M, Koëter M, van Laarhoven HW, **Lemmens VE**, Siersema PD, Hulshof MC, **Verhoeven RH**, Nieuwenhuijzen GA. Hospital of Diagnosis Influences the Probability of Receiving Curative Treatment for Esophageal Cancer. *Ann Surg*. 2016 Nov 1.

van Roest MH, **van der Aa MA**, **van der Geest LG**, de Jong KP. The Impact of Socioeconomic Status, Surgical Resection and Type of Hospital on Survival in Patients with Pancreatic Cancer. A Population-Based Study in The Netherlands. *PLoS One*. 2016 Nov 10;11(11):e0166449. doi: 10.1371/journal.pone.0166449.

van Staalduinen J, Frouws M, Reimers M, Bastiaannet E, van Herk-Sukel MP, **Lemmens VE**, de Steur WO, Hartgrink HH, van de Velde CJ, Liefers GJ. The effect of aspirin and nonsteroidal anti-inflammatory drug use after diagnosis on survival of oesophageal cancer patients. *Br J Cancer*. 2016 Apr 26;114(9):1053-9. doi: 10.1038/bjc.2016.65.

Verhoeff SR, **van Erning FN**, **Lemmens VE**, de Wilt JH, Pruijt JF. Adjuvant chemotherapy is not associated with improved survival for all high risk factors in stage II colon cancer. *Int J Cancer*. 2016 Jul 1;139(1):187-93. doi: 10.1002/ijc.30053.

Versteijne E, van Eijck CH, Punt CJ, Suker M, Zwinderman AH, **Dohmen MA**, **Groothuis KB** et al. Preoperative radiochemotherapy versus immediate surgery for resectable and borderline resectable pancreatic cancer (PREOPANC trial): study protocol for a multicentre randomized controlled trial. *Trials*. 2016 Mar 9;17(1):127. doi: 10.1186/s13063-016-1262-z.

Visser E, van Rossum PS, Leeftink AG, **Siesling S**, van Hillegersberg R, Ruurda JP. Impact of diagnosis-to-treatment waiting time on survival in esophageal cancer patients - A population-based study in The Netherlands. *Eur J Surg Oncol*. 2017 Feb;43(2):461-470. doi: 10.1016/j.ejso.2016.10.017.

Visser E, van Rossum PS, **Verhoeven RH**, Ruurda JP, van Hillegersberg R. Impact of Weekday of Esophagectomy on Short-term and Long-term Oncological Outcomes: A Nationwide Population-based Cohort Study in the Netherlands. *Ann Surg*. 2016 Aug 17.

Visser E, Leeftink AG, van Rossum PS, **Siesling S**, van Hillegersberg R, Ruurda JP. Waiting Time from Diagnosis to Treatment has no Impact on Survival in Patients with Esophageal Cancer. *Ann Surg Oncol*. 2016 Aug;23(8):2679-89. doi: 10.1245/s10434-016-5191-6.

Winkels RM, van Lee L, **Beijer S**, Bours MJ, van Duijnhoven FJ, Geelen A, Hoedjes M, **Mols F**, de Vries J, Weijenberg MP, Kampman E. Adherence to the World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research lifestyle recommendations in colorectal cancer survivors: results of the PROFILES registry. *Cancer Med*. 2016 Sep;5(9):2587-95. doi: 10.1002/cam4.791.

Zanders MM, van Herk-Sukel MP, Herings RM, **van de Poll-Franse LV**, Haak HR. Impact of cancer diagnosis and treatment on glycaemic control among individuals with colorectal cancer using glucose-lowering drugs. *Acta Diabetol*. 2016 Oct;53(5):727-35. doi: 10.1007/s00592-016-0863-z.

UROGENITAAL

Aben KK, Osanto S, Hulsbergen-van de Kaa CA, Soetekouw PM, Stemkens D, Bex A. Adherence to guideline recommendations for management of clinical T1 renal cancers in the Netherlands: a population-based study. *World J Urol*. 2016 Aug;34(8):1053-60. doi: 10.1007/s00345-016-1841-3.

Cremers RG, **Aben KK**, van Oort IM, Sedelaar JP, Vasen HF, Vermeulen SH, Kiemeneij LA. The clinical phenotype of hereditary versus sporadic prostate cancer: HPC definition revisited. *Prostate*. 2016 Jul;76(10):897-904. doi: 10.1002/pros.23179.

Cuypers M, Lamers RE, de Vries M, Husson O, Kil PJ, **van de Poll-Franse LV**. Prostate cancer survivors with a passive role preference in treatment decision-making are less satisfied with information received: Results from the PROFILES registry. *Urol Oncol*. 2016 Jul 15. pii: S1078-1439(16)30132-6. doi: 10.1016/j.urolonc.2016.06.015.

Figuroa JD, Middlebrooks CD, Banday AR, **Aben KK** et al. Identification of a novel susceptibility locus at 13q34 and refinement of the 20p12.2 region as a multi-signal locus associated with bladder cancer risk in individuals of European ancestry. *Hum Mol Genet*. 2016 Mar 15;25(6):1203-14. doi: 10.1093/hmg/ddv492.

Grotenhuis AJ, Dudek AM, Verhaegh GW, **Aben KK**, Witjes JA, Kiemeneij LA, Vermeulen SH. Independent Replication of Published Germline Polymorphisms Associated with Urinary Bladder Cancer Prognosis and Treatment Response. *Bl Cancer*. 2016 Jan 7;2(1):77-89.

Hermans TJ, van de Putte EE, Horenblas S, van Rhijn BW, **Verhoeven RH**. Extended pelvic lymph node dissection at radical cystectomy for bladder cancer improves survival: Results of a nationwide population-based study. *Int J Urol*. 2016 Dec;23(12):1043-1044. doi: 10.1111/iju.13227. No abstract available.

Hermans TJ, Fossion LM, **Verhoeven RH**, Horenblas S. Laparoscopic Radical Cystectomy in the Elderly - Results of a Single Center LRC only Series. *Int Braz J Urol*. 2016 Nov-Dec;42(6):1099-1108. doi: 10.1590/S1677-5538.IBJU.2015.0419.

Hermans TJ, Fransen van de Putte EE, Horenblas S, Meijer RP, Boormans JL, **Aben KK**, van der Heijden MS, de Wit R, Beerepoot LV, **Verhoeven RH**, van Rhijn BW. Pathological downstaging and survival after induction chemotherapy and radical cystectomy for clinically node-positive bladder cancer-Results of a nationwide population-based study. *Eur J Cancer*. 2016 Oct 27;69:1-8. doi: 10.1016/j.ejca.2016.09.015.

Hermans TJ, Fransen van de Putte EE, Fossion LM, Werkhoven EV, **Verhoeven RH**, van Rhijn BW, Horenblas S. Variations in pelvic lymph node dissection in invasive bladder cancer: A Dutch nationwide population-based study during centralization of care. *Urol Oncol*. 2016 Aug 1. pii: S1078-1439(16)30135-1. doi: 10.1016/j.urolonc.2016.06.018.

Poorthuis MH, Vernooij RW, van Moorselaar RJ, de Reijke TM. First-line non-cytotoxic therapy in chemotherapy-naïve patients with metastatic castration-resistant prostate cancer: a systematic review of ten randomised clinical trials. *BJU Int*. 2017 Jan 6. doi: 10.1111/bju.13764. Review.

Stacey SN, Kehr B, Gudmundsson J, **Aben KK** et al. Insertion of an SVA-E retrotransposon into the CASP8 gene is associated with protection against prostate cancer. *Hum Mol Genet*. 2016 Mar 1;25(5):1008-18. doi: 10.1093/hmg/ddv622.

Steentjes L, **Siesling S**, Drummond FJ, van Manen JG, Sharp L, Gavin A. Factors associated with current and severe physical side-effects after prostate cancer treatment: What men report. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2016 Oct 10. doi: 10.1111/ecc.12589.

Westhoff E, Maria de Oliveira-Neumayer J, **Aben KK**, Vrieling A, Kiemeneij LA. Low awareness of risk factors among bladder cancer survivors: New evidence and a literature overview. *Eur J Cancer*. 2016 Apr 25;60:136-145. doi: 10.1016/j.ejca.2016.03.071.

B5 Toelichting VWS

Tabel B.1 Herziene begroting IKNL 2016

	A. Registreren	B. Analyseren en rapporteren	C. Verbeteren en regelen	Datawarehouse MDL-screening	Subtotaal	Niet VWS-gefinancierd	TOTAAL
personeel	10.993	4.646	7.609	105	23.353	469	23.822
materieel	460	370	6.080	151	7.061	140	7.201
overhead	4.557	1.925	3.154		9.636		9.636
Totaal lasten	16.010	6.941	16.843	256	40.050	609	40.659
overige baten	2.785	1.515	982		5.282		5.282
subsidie	13.225	5.426	15.861	256	34.768		34.768
Totaal baten	16.010	6.941	16.843	256	40.050		40.050
Resultaat	-	-	-	-	-	609	609

Bedragen in € 1.000,-

Tabel B.2 Ingediende herziene begroting IKNL 2016 naar VWS-thema's

	A. Registreren	B. Analyseren en rapporteren	C. Verbeteren en regelen	Datawarehouse MDL-screening	Subtotaal	Niet VWS-gefinancierd	TOTAAL
personeel	10.993	4.646	7.609	105	23.353		23.353
materieel	460	370	6.080	151	7.061		7.061
overhead	4.557	1.925	3.154		9.636		9.636
Totaal lasten	16.010	6.941	16.843	256	40.050		40.050
overige baten	2.785	1.515	982		5.282		5.282
subsidie	13.225	5.426	15.861	256	34.768		34.768
Totaal baten	16.010	6.941	16.843	256	40.050		40.050
Resultaat	-	-	-	-	-		-

Bedragen in € 1.000,-

Tabel B.3 Realisatie IKNL 2016

	A. Registreren	B. Analyseren en rapporteren	C. Verbeteren en regelen	Datawarehouse MDL-screening	Subtotaal	Niet VWS-gefinancierd	TOTAAL
personeel	10.858	4.698	6.999	58	22.613	465	23.078
materieel	842	859	5.975	62	7.738	134	7.872
Overhead	4.789	2.072	3.087		9.949		9.949
Totaal lasten	16.489	7.629	16.062	120	40.300	599	40.899
overige baten	2.775	1.657	903		5.335	20	5.355
subsidie	13.456	5.524	16.021	258	35.259		35.259
Totaal baten	16.231	7.181	16.924	258	40.594	20	40.614
Resultaat	-258	-448	862	138	294	-579	-285

Bedragen in € 1.000,-

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

