



Bijlage A: Programma van Eisen Aanbesteding Radiologische Dienstverlening

Versie 1.10

Bevolkingsonderzoek Midden-West

Amsterdam, 6 mei 2021 (publicatie herziene versie: 27 mei 2021)



| | |
|---|-----------|
| Inhoudsopgave | |
| 1. Inleiding | 3 |
| 2. Programma van Eisen | 4 |
| 2.1 Beoordelen Mammogrammen en verslaglegging | 4 |
| 2.1.1 Vigerende richtlijnen en kaders | 4 |
| 2.1.2 Logistieke keten | 4 |
| 2.1.3 Beschrijving van de ICT-omgeving, werkomgeving en Beoordelingseenheid | 4 |
| 2.1.4 Richtlijnen t.a.v. de Beoordeling en verslaglegging | 5 |
| 2.1.5 Bewaken van (instel)technische kwaliteit Mammogrammen | 5 |
| 2.1.6 Fotobesprekingen Screeningsmedewerkers | 5 |
| 2.1.7 Het (secundair) toezien op de fysische kwaliteitsbewaking | 6 |
| 2.1.8 Ontwikkelingen in borstkankerscreening | 6 |
| 2.2 Kwaliteitsmonitoring en kwaliteitsborging | 6 |
| 2.2.1 Rapportages | 6 |
| 2.2.2 Intercollegiale bespreking | 7 |
| 2.2.3 Performance | 7 |
| 2.2.4 Contractevaluatie | 7 |
| 2.3 Eisen aan Coördinerend radioloog en werkzaamheden | 8 |
| 2.4 Eisen aan de Screeningsradiologen en Dienstverlening | 10 |
| 2.4.1 Eisen aan de Screeningsradiologen en Dienstverlening | 10 |
| 2.4.2 Minimaal aantal Beoordelingen | 11 |
| 2.4.3 Eisen aan samenstelling van de Screeningsgroep | 11 |
| 2.5 Implementatieperiode | 12 |
| Bijlagen | 13 |



1. Inleiding

Dit Programma van Eisen maakt onderdeel uit van de Aanbestedingsstukken van de Europese aanbesteding Radiologische Dienstverlening.

Dit Programma van Eisen beschrijft de Minimumeisen die van toepassing zijn in onderhavige Opdracht en die Opdrachtnemer in acht dient te nemen ten aanzien van de te leveren Dienstverlening.

De beschreven Minimumeisen in dit Programma van Eisen hebben betrekking op Perceel 1 en Perceel 2.

Percelen 3 en 4 behoren niet tot deze Aanbesteding.

Begrippen

Gedefinieerde begrippen worden in het onderhavige document geschreven met een hoofdletter. De begrippen en de daaraan toegekende definitie staan opgenomen in Bijlage C van het Beschrijvend Document.



2. Programma van Eisen

In dit hoofdstuk staan de eisen aan de Dienstverlening beschreven.

2.1 Beoordelen Mammogrammen en verslaglegging

2.1.1 Vigerende richtlijnen en kaders

Daar waar in het Programma van Eisen verwezen wordt naar een kader, wetgeving, werkinstructie, richtlijn of een kwaliteitsdocument van het LRCB, het RIVM of een ander instituut, of een ander document van dien aard, zijn te allen tijde de vigerende richtlijnen/documenten van toepassing.

Opdrachtnemer is op de hoogte van de relevante kaders, wetgeving, werkinstructies, richtlijnen en kwaliteitsdocumenten in verband met het bevolkingsonderzoek borstkanker en neemt deze in acht bij de uitvoering van de Dienstverlening.

2.1.2 Logistieke keten

Opdrachtgever biedt de dagproducties met Mammogrammen aan volgens een door Opdrachtgever verstrekte planning.

Opdrachtnemer heeft binnen vijf Werkdagen na aanbidding van een dagproductie, de volledige dagproductie verwerkt, waardoor in het geval van een Verwijsadvies per Cliënt het Verwijsadvies en het verslag van bevindingen is ingevoerd in ScreenIT.

Opdrachtgever is uit hoofde van de kwaliteitseisen (o.a. Bijlage 3 Indicatoren bevolkingsonderzoek naar borstkanker), zoals opgenomen in het Beleidskader bevolkingsonderzoek naar kanker (Bijlage 6) en het Uitvoeringskader bevolkingsonderzoek borstkanker (bijlage 11a en 11b), gehouden de Uitslag binnen tien Werkdagen na het Onderzoek in de Screeningseenheid aan Cliënt te verzenden. Dit teneinde de periode van onzekerheid omtrent de Uitslag voor Cliënt te beperken. In geval van een Verwijsadvies verstuurt Opdrachtgever een verwijsbrief aan de huisarts van Cliënt met daarin minimaal de identificatiegegevens van Cliënt en het voornoemde verslag. Aan Cliënt zendt Opdrachtgever een positieve Uitslagbrief met het advies contact op te nemen met de huisarts. In Bijlage 1 is een stroomschema opgenomen waarin het proces vanaf uitnodiging tot Verwijzing is opgenomen.

2.1.3 Beschrijving van de ICT-omgeving, werkomgeving en Beoordelingseenheid

Opdrachtgever verplicht zich de benodigde infrastructuur en ICT-voorzieningen voor de Beoordeling van de Mammogrammen te leveren.

Opdrachtgever richt voor de Beoordeling van de Mammogrammen op één locatie een Beoordelingseenheid in met twee radiologenwerkstations per Perceel. Bij aanvang van de Overeenkomst zal de Beoordeling vooralsnog plaats vinden in Amsterdam op het hoofdkantoor van Opdrachtgever (dit geldt voor beide Percelen). Indien Opdrachtgever gedurende de looptijd van de Overeenkomst de locatie van de Beoordelingseenheid wijzigt, verleent Opdrachtnemer hieraan medewerking.

Opdrachtnemer dient zich er van te vergewissen dat hij werkt met uitsluitend door Opdrachtgever beschikbaar gestelde werkstations (apparatuur) die voldoen aan de eisen die zijn vastgesteld en getoetst door het LRCB. Ook dient Opdrachtnemer uitsluitend te werken met de door Opdrachtgever beschikbaar



gestelde programmatuur. Onregelmatigheden dient Opdrachtnemer onverwijld te melden aan Opdrachtgever.

2.1.4 Richtlijnen t.a.v. de Beoordeling en verslaglegging

Opdrachtnemer voert de Beoordelingen en eventuele verslaglegging uit conform de vigerende instructies in handleiding Beoordelingseenheid (Bijlage 10) en met in achtneming van de vigerende Richtlijn Mammacarcinoom (Bijlage 2). Er wordt gewerkt volgens het principe 'double blind reading'.

De Screeningsradioloog tracht de Beoordeling als eerste of als tweede beoordelaar zo veel mogelijk in een vergelijkbare verhouding uit te voeren. Een Screeningsradioloog die nog niet over ervaring in de Screening bezit zal, conform de registratie-eis van het LRCB, gedurende het eerste half Jaar hoofdzakelijk als eerste lezer screenen, met een ervaren Screeningsradioloog als tweede lezer.

Opdrachtgever zorgt ervoor dat Opdrachtnemer kan beschikken over vigerende documenten die van belang zijn voor het uitvoeren van hun functie inclusief de kwaliteitseisen en normen voor het bevolkingsonderzoek borstkanker zoals beschreven in het Uitvoeringskader (bijlage 11a en 11b) en indicatoren (Bijlage 3).

2.1.5 Bewaken van (instel)technische kwaliteit Mammogrammen

Opdrachtnemer is verantwoordelijk voor het bewaken van de (instel)technische kwaliteit van de Mammogrammen op basis van de door het LRCB vastgestelde en vigerende richtlijnen (Bijlage 4). Hierbij vindt er een terugkoppeling plaats (n.a.v. een Fotobespreking, visitatie of op ad hoc basis) aan de Screeningsmedewerker over het optimaal positioneren van de borst.

2.1.6 Fotobesprekingen Screeningsmedewerkers

Opdrachtnemer bewaakt de juiste hantering van criteria door de Screeningsmedewerker bij het maken van Mammogrammen en bij hun afweging tot het eventueel maken van aanvullende Opnames op basis van de door het LRCB vastgestelde richtlijnen. Opdrachtnemer geeft hieraan onder meer invulling door deel te nemen aan Fotobesprekingen. Het doel van deelname van Opdrachtnemer aan Fotobesprekingen is:

- Het creëren van een interactief leermoment t.b.v. het herkennen van afwijkingen en het bespreken van fout-positieve en terecht-positieve Uitslagen.
- Het verbeteren van de signaleringsfunctie van Screeningsmedewerkers door toe te lichten waarom er wel of niet is doorverwezen.

Opdrachtgever organiseert Fotobesprekingen conform de vigerende LRCB-richtlijnen. Op het moment van schrijven geldt dat gedurende het Jaar diverse Fotobesprekingen (van minimaal 1,5 uur) georganiseerd moeten worden, opdat de Screeningsmedewerker die gekoppeld is aan de bij het Perceel horende Screeningseenheden hieraan ten minste vier keer per Jaar kan deelnemen. Jaarlijks overlegt Opdrachtgever een jaarplanning van de geplande Fotobesprekingen aan Opdrachtnemer. Opdrachtnemer dient bij alle geplande Fotobesprekingen aanwezig te zijn. Op voorhand is niet vast te stellen om hoeveel Fotobesprekingen het gaat.

Opdrachtnemer draagt zorg voor de inhoud en de kwaliteit van de Fotobespreking. Taken voor Opdrachtnemer bestaan uit:



- Het voorbereiden en bespreken van een aantal interessante cases, ook uit de follow-up vanuit het ziekenhuis;
- Het beantwoorden van vragen van Screeningsmedewerkers op een ingebrachte casus;
- Het toelichten van de onderbouwing van de codering van de foto's;
- Het geven van toelichting op foto's waarbij aanvullende foto's wel/niet zijn gemaakt en waarom dit wel/niet nodig was;
- Terugkoppeling onvoldoende te beoordelen foto's voor wat betreft de insteltechniek;
- Het stellen van een aantal gerichte vragen aan Screeningsmedewerkers t.a.v. signalering/codering.

Na afloop van iedere Fotobespreking vraagt Opdrachtnemer door middel van een evaluatieformulier, feedback aan de Screeningsmedewerkers die aan de bijeenkomst hebben deelgenomen. Opdrachtnemer verzamelt de reacties en koppelt dit terug aan Opdrachtgever. Bij eventuele verbeterpunten geeft Opdrachtnemer aan hoe hij hieraan invulling geeft.

2.1.7 Het (secundair) toezien op de fysische kwaliteitsbewaking

Opdrachtnemer is verplicht om de bij de Beoordeling geconstateerde onregelmatigheden van fysische technische kwaliteit ten aanzien van de beeldweergave en/of de Opname (zoals 'systeem'artefacten), onverwijld te melden aan Opdrachtgever.

2.1.8 Ontwikkelingen in borstkankerscreening

Opdrachtgever vraagt van Opdrachtnemer een flexibele houding ten aanzien van de doorvoering van nieuwe ontwikkelingen in de borstkankerscreening. Dergelijke ontwikkelingen kunnen een andere rol van Opdrachtnemer vragen dan in deze Aanbestedingsstukken beschreven, bijvoorbeeld, maar niet uitsluitend de aanwezigheid van Opdrachtnemer bij het Onderzoek van de Cliënt.

2.2 Kwaliteitsmonitoring en kwaliteitsborging

2.2.1 Rapportages

Opdrachtgever stelt de volgende rapportages beschikbaar die de volgende (klinische) informatie omvatten:

| Rapportages | |
|-------------|--|
| 2.2.1.1. | Een keer per Jaar het aantal beoordelingen (<i>first en second reader</i>) per Screeningsradioloog. |
| 2.2.1.2. | Een keer per kwartaal de gegevens van het natraject van verwezen Cliënten (inclusief naam specialist waarnaar is verwezen, verslag radioloog, chirurg, patholoog) ¹ . |
| 2.2.1.3. | Twee keer per Jaar een lijst met Intervalcarcinomen. |
| 2.2.1.4. | Vier keer per Jaar het verwijscijfer, het detectiecijfer en de positief voorspellende waarde van de Screeningsgroep (verhouding tussen het aantal Verwijzingen en het aantal gedetecteerde mammacarcinomen) over een periode van een kwartaal en getoetst aan het landelijk gemiddelde (zoals gehanteerd door het LRCB ²). |
| 2.2.1.5. | Een keer per Jaar de door de Screeningsgroep gedetecteerde mammacarcinomen naar tumorkenmerken conform de pTNM-indeling gehanteerd door LRCB en getoetst aan de meest recente vergelijkingscijfers ³ . |

¹ Op dit moment nog niet beschikbaar

² Beschikbaar vanuit visitatie

³ Beschikbaar vanuit visitatie, maar geen vergelijkingscijfers beschikbaar



Opgemerkt moet worden dat op het moment van schrijven nog niet alle bovengenoemde rapportages beschikbaar kunnen worden gesteld (zie ook de voetnoten). De inrichting van uniforme feedback aan Screeningsradiologen is in ontwikkeling. Zodra deze beschikbaar komen, zullen deze beschikbaar worden gesteld door Opdrachtgever.

2.2.2 Intercollegiale bespreking

Opdrachtnemer zal twee keer per Jaar middels een Intercollegiale bespreking Casuïstische evaluaties van Verwijzingen en Intervalcarcinomen uitvoeren, mede aan de hand van gemaakte Mammogrammen en informatie uit de door Opdrachtgever verstrekte rapportages (zie paragraaf 2.2.1). Voor de bespreking van de Intervalcarcinomen wordt een steekproef van minimaal 20 Intervalcarcinomen herbeoordeeld door alle Screeningsradiologen, waarbij deze na herbeoordeling worden geclassificeerd conform de door LRCB gehanteerde indeling:

1. Geen afwijking op Mammogrammen van voorgaande ronde;
 2. Minimal signs, echter geen reden voor doorverwijzing;
 3. Significante afwijking op Mammogrammen voorgaande ronde, Verwijzing had moeten plaatsvinden.
- Tevens wordt de getalsverhouding tussen deze categorieën in percentages uitgedrukt.

2.2.3 Performance

Jaarlijks toetst Opdrachtgever de gegevens verkregen uit de rapportages aan de door LRCB gehanteerde normen (conform het vigerende Visitatieprotocol LRCB, zie Bijlage 7), respectievelijk de landelijke evaluatiecijfers van het LETB.

Bij een significante afwijking van het landelijke gemiddelde detectiecijfer (LETB-rapportage) en overige LRCB-normen, stelt Opdrachtnemer na verzoek daartoe van Opdrachtgever een verbeterplan op waarin wederzijds overeengekomen concrete maatregelen staan vermeld die er toe leiden dat Opdrachtnemer binnen de gestelde norm gaat komen.

2.2.4 Contractevaluatie

Opdrachtgever zal ruim voor het einde van een contractstermijn een contractevaluatie uitvoeren. Bij deze contractevaluatie wordt de Dienstverlening geëvalueerd. Hierbij ligt de focus op de in het Programma van Eisen opgenomen eisen en de bij de Inschrijving gedane toezeggingen. Opdrachtnemer is gehouden medewerking te verlenen aan de contractevaluatie.

Indien Opdrachtgever constateert dat de Dienstverlening niet juist wordt uitgevoerd dan kan Opdrachtgever Opdrachtnemer verzoeken een verbeterplan op te stellen waarin concrete maatregelen staan vermeld over hoe Opdrachtnemer de Dienstverlening gaat verbeteren.

Opdrachtnemer kan Opdrachtgever eveneens aanspreken op het nakomen van verplichtingen die voortvloeien uit de Overeenkomst en het Programma van Eisen. Van Opdrachtnemer wordt hierin een proactieve houding verwacht.



2.3 Eisen aan Coördinerend radioloog en werkzaamheden

Aan de Coördinerend radioloog zijn de volgende eisen gesteld:

| Eisen aan Coördinerend radioloog en werkzaamheden | |
|---|--|
| 2.3.1. | De Coördinerend radioloog heeft een vaste plaatsvervanger. |
| 2.3.2. | De Coördinerend radioloog (en zijn vaste plaatsvervanger) heeft aantoonbare ervaring met coördinerende werkzaamheden, mammaproblematiek en aansturen team van medische specialisten. |
| 2.3.3. | De Coördinerend radioloog voert zijn coördinerende taken uit gedurende de gehele looptijd van de Overeenkomst, tenzij door overmacht en in nauw overleg met Opdrachtgever hiertoe een ander besluit wordt genomen. |
| 2.3.4. | De Coördinerend radioloog draagt zorg voor het coördineren en inplannen van radiologische werkzaamheden. |
| 2.3.5. | De Coördinerend radioloog draagt zorg voor de kwaliteit, tijdigheid, continuïteit en uniforme uitvoering van de beoordeling en verslaglegging bij Verwijzing. De Coördinerend radioloog neemt maatregelen bij afwijkingen en rapporteert aan Opdrachtgever over de mogelijke oorzaken van afwijkingen en de genomen maatregelen. |
| 2.3.6. | De Coördinerend radioloog draagt zorg voor de kwaliteit, tijdigheid, continuïteit en uniforme uitvoering van de Casuïstische evaluatie van Verwijzingen en Intervalcarcinomen, conform paragraaf 2.2.2. |
| 2.3.7. | De Coördinerend radioloog is verantwoordelijk voor het periodiek bespreken van de bevindingen door middel van een Intercollegiaal overleg, neemt maatregelen bij afwijkingen en rapporteert aan Opdrachtgever over het overleg, de mogelijke oorzaken van afwijkingen en de genomen maatregelen. Daarnaast overlegt de Coördinerend radioloog één keer per Jaar een registratie van de contacten met de huisarts/behandelend arts. |
| 2.3.8. | De Coördinerend radioloog draagt zorg voor kwaliteitsmonitoring en -borging van de eigen Radiologische Dienstverlening, mede op basis van de door Opdrachtgever verzorgde rapportages. De rapportages worden door de Coördinerend radioloog door middel van een Intercollegiaal overleg besproken ter voorbereiding op de bespreking van de Coördinerend radioloog met Opdrachtgever. |
| 2.3.9. | De Coördinerend radioloog voert elk Jaar functioneringsgesprekken met de Screeningsradiologen en doet hiervan verslag volgens het door Opdrachtgever beschikbaar gestelde format (Bijlage 9: Formulier functioneringsgesprek radiologen). Het functioneringsgesprek met de Coördinerend radioloog wordt gehouden door de vervangend Coördinerend radioloog. |
| 2.3.10. | De Coördinerend radioloog verstrekt indien noodzakelijk nadere instructies of richtlijnen aan betrokken Screeningsradiologen. |
| 2.3.11. | De Coördinerend radioloog houdt toezicht op de naleving van de richtlijnen door de Screeningsradiologen en de aanmelding voor registratie in Kwaliteitsregister voor Screeningsradiologen van het LRCB. |
| 2.3.12. | De Coördinerend radioloog houdt toezicht op en bevordert de (instel)technische kwaliteit van de Mammogrammen gemaakt door de Screeningsmedewerker, onder meer tijdens de Fotobesprekingen, conform paragrafen 2.1.5 en 2.1.6. |



| | |
|---------|--|
| 2.3.13. | De Coördinerend radioloog ziet toe op de kwaliteit van de Fotobesprekingen, conform paragraaf 2.1.6. |
| 2.3.14. | De Coördinerend radioloog ziet (secundair) toe op de fysieke kwaliteitsbewaking, conform paragraaf 2.1.7. |
| 2.3.15. | <p>De Coördinerend radioloog bereidt externe visitaties door het LRCB voor, voert deze uit en koppelt de uitkomsten van de visitatie terug aan de Screeningsgroep, conform Bijlage 7: LRCB Visitatieprotocol.</p> <p>De terugkoppeling vindt plaats zoals onderstaand:</p> <ul style="list-style-type: none">• Terugkoppeling 1: De Coördinerend radioloog bespreekt na afloop van de visitatie alle door het LRCB gereviseerde casussen binnen de Screeningsgroep. Tevens bespreekt de Coördinerend radioloog het LRCB-visitatierapport en zo nodig acties ter verbetering binnen de Screeningsgroep.• Terugkoppeling 2: De Coördinerend radioloog bespreekt het visitatierapport en voorgestelde dan wel ondernomen acties met Opdrachtgever. |
| 2.3.16. | De Coördinerend radioloog werkt mee aan en is aanspreekpunt voor de contractevaluatie conform paragraaf 2.2.4. |
| 2.3.17. | De Coördinerend radioloog houdt de wijzigingen bij in de van toepassing zijnde wet- en regelgeving, voert de wijzigingen door in de actuele screeningspraktijk en informeert Opdrachtgever hierover. |
| 2.3.18. | De Coördinerend radioloog fungeert als aanspreekpunt voor Opdrachtgever en voert minimaal drie maal per Jaar overleg met Opdrachtgever over de direct in dit Programma van Eisen genoemde activiteiten en voorstellen of maatregelen om de uitvoering van deze activiteiten te verbeteren en/of in overeenstemming te brengen met de daarvoor geldende richtlijnen. |
| 2.3.19. | De Coördinerend radioloog is verantwoordelijk voor een goed verloop van de operationele afstemming van de Screeningsradiologen met de organisatie van Opdrachtgever. Beiden stellen zich in het onderlinge contact dienstverlenend en behulpzaam op. |
| 2.3.20. | De Coördinerend radioloog verzorgt de interne communicatie binnen de Screeningsgroep en brengt de afspraken en besluiten in die volgen na besprekingen met Opdrachtgever. De Coördinerend radioloog draagt zorg voor de implementatie van maatregelen bij afwijkingen en rapporteert aan Opdrachtgever over mogelijke oorzaken van eventuele afwijkingen en (de resultaten van) genomen maatregelen. |
| 2.3.21. | Over de door iedere Screeningsradioloog gevolgde (bij)scholing doet de Coördinerend radioloog jaarlijks schriftelijk verslag aan Opdrachtgever. |
| 2.3.22. | De Coördinerend radioloog verstrekt medisch inhoudelijk advies aan Opdrachtgever ten behoeve van de afhandeling van klachten en/of vragen van Cliënten en het hiertoe op verzoek van Opdrachtgever hebben van contact met de Cliënten. Hieronder vallen ook, maar niet uitsluitend, herbeoordelingen. De Coördinerend radioloog koppelt de ondernomen acties en afspraken terug aan Opdrachtgever. |
| 2.3.23. | De Coördinerend radioloog geeft gevraagd en ongevraagd advies aan Opdrachtgever over het te voeren medisch inhoudelijke beleid rondom het bevolkingsonderzoek borstkanker. |
| 2.3.24. | De Coördinerend radioloog levert inbreng, binnen drie Werkdagen na verzoek van Opdrachtgever, voor de beantwoording van interne vragen (van medewerkers van |



| | |
|---------|--|
| | Opdrachtgever) en externe vragen (van Cliënten, (huis)artsen, verzekeringsmaatschappijen e.d.) met betrekking tot de Uitslag van het Onderzoek. Indien het om klachten van Cliënten gaat, geldt de vigerende landelijke klachtenregeling (bijlage 8). |
| 2.3.25. | De Coördinerend radioloog onderhoudt contacten dan wel voert correspondentie namens Opdrachtgever met (huis)artsen, specialisten, ziekenhuizen en LRCB op verzoek van Opdrachtgever. De Coördinerend radioloog voert zo nodig (op eigen initiatief of op verzoek van Opdrachtgever) overleg met diegenen die betrokken zijn bij nadere diagnostiek en behandeling. Hierover rapporteert de Coördinerend radioloog aan Opdrachtgever. |
| 2.3.26. | De Coördinerend radioloog onderhoudt contact met de betrokken ketenpartners (huisartsen, mammapoli's, klinische afdelingen ziekenhuizen) ten behoeve van de aansluiting met de zorgketen, conform de bij Inschrijving gedane toezeggingen. |
| 2.3.27. | De Coördinerend radioloog adviseert inhoudelijk over de aanschaf van voor het bevolkingsonderzoek noodzakelijke medische apparatuur met in achtneming van de geldende wet- en regelgeving. |
| 2.3.28. | Bij de uitrol van nieuwe releases van ScreenIT/IDS7 draagt de Coördinerend radioloog zorg voor overdracht van kennis binnen de Screeningsgroep, opdat deze tijdig bekwaam zijn met het werken met de software. De meest recente handleiding wordt door Opdrachtgever beschikbaar gesteld op de Beoordelingseenheid. |
| 2.3.29. | De Coördinerend radioloog draagt zorg voor tijdige afronding van de door Opdrachtgever aangeleverde dagproductie bij het aflopen van de Overeenkomst. Daarnaast draagt de Coördinerend radioloog zorg voor het tijdig overdragen van kennis over de Dienstverlening aan Opdrachtgever bij het aflopen van de Overeenkomst. De Coördinerend radioloog blijft na het aflopen van de Overeenkomst beschikbaar voor eventuele vragen uit het natraject aangaande de door Opdrachtnemer uitgevoerde Onderzoeken. De werkzaamheden die Opdrachtnemer in dit kader verricht zijn integraal onderdeel van de vergoeding. |
| 2.3.30. | De Coördinerend radioloog bevestigt elk Jaar de inschrijving in het BIG- en RGS-register voor ieder van de tot de groep behorende Screeningsradioloog aan Opdrachtgever. |
| 2.3.31. | De Coördinerend radioloog draagt er zorg voor dat de Screeningsgroep één keer per kwartaal de discrepanties tussen de screeningsbevindingen en de natrajectresultaten onderzoekt, met speciale aandacht voor gemiste stadium II tumoren. Indien er sprake is van een discrepantie wordt contact opgenomen met de huisarts/behandelend arts. |

2.4 Eisen aan de Screeningsradiologen en Dienstverlening

2.4.1 Eisen aan de Screeningsradiologen en Dienstverlening

Aan de Screeningsradioloog zijn de volgende eisen gesteld:

| Eisen aan de Screeningsradiologen en Dienstverlening | |
|---|---|
| 2.4.1.1 | Alle Screeningsradiologen die Opdrachtnemer inzet ten behoeve van de uitvoering van de Dienstverlening staan ingeschreven in het Kwaliteitsregister voor Screeningsradiologen van het LRCB en voldoen aan de door het LRCB gestelde eisen bij registratie (Bijlage 5). Opdrachtgever gaat elk Jaar na of Screeningsradiologen staan ingeschreven in het Kwaliteitsregister. |



| | |
|----------|---|
| 2.4.1.2. | De Screeningsradioloog beschikt over een VOG verklaring (Verklaring Omtrent het Gedrag). Opdrachtnemer dient binnen twee maanden na definitieve gunning van iedere in te zetten Screeningsradioloog een VOG verklaring te overleggen van maximaal twee Jaar oud. |
| 2.4.1.3. | De Screeningsradioloog verkrijgt op reguliere basis terugkoppeling (via rapportages van Opdrachtgever) over de bevindingen uit het natraject van de door hem/haar doorverwezen casuïstiek. Van hem/haar wordt minimaal viermaal per Jaar deelname verwacht aan besprekingen die de kwaliteit van de screening betreffen zoals evaluatiegegevens natraject en revisie Intervalcarcinomen. Dit in het kader van regelmatige zelfevaluatie (art. 40 wet BIG) en het medebehandelaarschap (WGBO). |

Daarnaast gelden de volgende eisen aan de Screeningsradiologen en de Opdrachtnemer:

| Eisen aan de Screeningsradiologen en Dienstverlening | |
|---|---|
| 2.4.1.4. | Opdrachtnemer en de Screeningsradiologen worden geacht, bij een vermoeden tot belangenverstrengeling, de nevenactiviteiten bij Opdrachtgever te melden. Opdrachtgever is gerechtigd passende maatregelen te treffen, waaronder het op non-actief stellen van een Screeningsradioloog; |
| 2.4.1.5. | Opdrachtnemer is op de hoogte van, en voert de Dienstverlening uit in overeenstemming met de NEN 7510; de norm voor informatiebeveiliging in de zorg. |
| 2.4.1.6. | Opdrachtnemer is op de hoogte van, en voert de Dienstverlening uit in overeenstemming met de vigerende Algemene verordening gegevensbescherming (AVG). |
| 2.4.1.7. | Opdrachtnemer is op de hoogte van, en voert de Dienstverlening uit in overeenstemming met de documenten die Opdrachtgever ter beschikking stelt. Voorbeelden van documenten van Opdrachtgever die gehanteerd moeten worden: <ul style="list-style-type: none">• Huis- en gedragsregels;• Gedragscode elektronisch verkeer;• BHV-plan. |
| 2.4.1.8. | Alle Screeningsradiologen hebben bij aanvang van de Dienstverlening de e-learning van Sectra gevolgd en de handleidingen van ScreenIT gelezen. |

2.4.2 Minimaal aantal Beoordelingen

Om zijn of haar vaardigheden voor het doen van de Beoordelingen en de verslagen en het vastleggen daarvan op peil te houden, verricht iedere Screeningsradioloog ten minste 7.000 Beoordelingen per Jaar bij Opdrachtgever.

2.4.3 Eisen aan samenstelling van de Screeningsgroep

Voorafgaand aan de aanvang van de Dienstverlening of gedurende de looptijd van de Overeenkomst is het de Inschrijver toegestaan om de lijst van de reeds bij Inschrijving aangeboden Screeningsradiologen uit te breiden dan wel aan te passen, ten behoeve van het uitvoeren van de Dienstverlening. De Coördinerend radioloog stelt Opdrachtgever op de hoogte van wijzigingen, ook wanneer er een nieuwe Screeningsradioloog in de Screeningsgroep komt die al werkzaamheden verricht voor een ander Perceel. Bij wijzigingen overlegt Inschrijver het Standaardformulier D: Beroepsbekwaamheid, beschikbaarheid en ervaring, inclusief bewijsstukken, ter beoordeling aan Opdrachtgever. Een voorgedragen nieuwe Screeningsradioloog moet voldoen aan alle eisen als neergelegd in de Overeenkomst (waaronder dit Programma van Eisen).



Opdrachtgever behoudt zich het recht voor om de voorgedragen Screeningsradioloog te weigeren. Opdrachtgever zal binnen vier weken na voordracht Screeningsradioloog een uitspraak doen. Deze periode kan op verzoek van Opdrachtgever worden verlengd. Totdat Opdrachtgever met de toetreding van de Screeningsradioloog heeft ingestemd, mag deze geen werkzaamheden uitvoeren in het kader van de Radiologische Dienstverlening.

Opdrachtnemer kan gedurende de looptijd van de Overeenkomst een andere Screeningsradioloog voordragen voor de functie van (vervangend) Coördinerend radioloog. Opdrachtgever behoudt zich het recht voor om de voordracht te weigeren. Pas nadat Opdrachtgever schriftelijk met de voordracht heeft ingestemd kan de wijziging tot uitvoering worden gebracht.

2.5 Implementatieperiode

Voorafgaand aan de ingangsdatum van de Overeenkomst op 1 november 2021 stelt Opdrachtgever een implementatieperiode in van ~~drie~~ **ongeveer twee** maanden. Gedurende deze implementatieperiode stelt Opdrachtgever Opdrachtnemer in staat om onder andere bekend te raken met de organisatie van Opdrachtgever en de werkprocessen.

Opdrachtnemer stelt zich hierbij proactief op. Opdrachtgever en Opdrachtnemer (inclusief de Screeningsradiologen) zullen in deze periode onder andere kennismakingsgesprekken voeren en afspraken maken over de uitvoering van de Dienstverlening. Opdrachtnemer treft in deze periode alle benodigde voorbereidingen zodat de Dienstverlening per 1 november 2021 kan starten. Opdrachtgever verleent hieraan medewerking. Gedurende de implementatieperiode verricht Opdrachtnemer geen Beoordelingen en heeft Opdrachtnemer geen recht op een vergoeding anders dan reiskosten.



Bijlagen

De onderstaande documenten behoren als Bijlage bij dit document. Deze documenten zijn geldig op het moment van publiceren, wanneer er nieuwe versies verschijnen, zijn deze leidend.

| | |
|-------------|--|
| Bijlage C | Begrippenlijst |
| Bijlage 1 | Procesplaat bevolkingsonderzoek borstkanker |
| Bijlage 2 | NABON. Richtlijn Borstkanker. 2018. Beschikbaar via: https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/borstkanker/algemeen.html |
| Bijlage 3 | Indicatoren Bevolkingsonderzoek naar Borstkanker, versie 2.2 augustus 2017 |
| Bijlage 4 | Kwaliteitsdocument MBB'er, MB'er, Mammolaborant in de screening, versie 2020 |
| Bijlage 5 | Kwaliteitsregister voor Screeningsradiologen in het Bevolkingsonderzoek op Borstkanker in Nederland, versie 1-10-2020) |
| Bijlage 6 | Beleidskader Bevolkingsonderzoeken naar Kanker RIVM 2016 |
| Bijlage 7 | LRCB, Visitatieprotocol Borstkankerscreening (versie 1.1), 2019 |
| Bijlage 8 | Klachtenregeling voor cliënten: https://www.bevolkingsonderzoeknederland.nl/media/1451/200702-landelijke-klachtenregeling-website.pdf |
| Bijlage 9 | Formulier functioneringsgesprek radiologen |
| Bijlage 10 | Handleiding Beoordelingseenheid |
| Bijlage 11a | Uitvoeringskader bevolkingsonderzoek Borstkanker |
| Bijlage 11b | Addendum bij Uitvoeringskader Bevolkingsonderzoek Borstkanker |