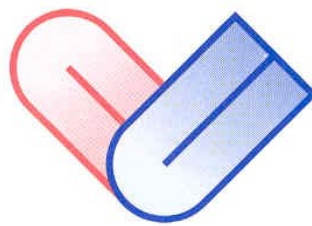


Kwaliteitsnormen



NEDERLANDSE VERENIGING VOOR UROLOGIE

Prostaatcarcinoom

Achtergrond herziening 2017

De NVU heeft halverwege 2012 de eerste kwaliteitsnormen prostaatacarcinoom openbaar gemaakt en in 2015 herzien. Sinds de introductie van de deze kwaliteitsnormen zijn diverse veranderingen zichtbaar geworden:

1. In de landelijke NVU registratie registreren de zorginstellingen hun gegevens over de radicale prostatectomie: het aantal instellingen dat radicale prostatectomieën verricht is in 2015 afgenomen tot 33.
2. Het aantal centra met een klein volume radicale prostatectomie neemt af.
3. In klinieken met meer ingrepen (hoog volume) is het bloedverlies lager, de gemiddelde katheter- en opnameduur lager en het aantal verwijderde lymfklieren hoger.

Deze veranderingen geven weer dat de NVU een actieve bijdrage levert aan verbeteringen van kwaliteit en centralisatie van oncologische zorg. Het vasthouden van de regie noodzaakt echter om steeds opnieuw in te spelen op de signalen van de overige spelers in het zorglandschap en daarbij de voorwaarden voor wetenschappelijk verantwoorde urologische zorg te waarborgen.

In deze herziening Kwaliteitsnormen Prostaatacarcinoom, versie 3.0, worden verbeteringen en aanpassingen doorgevoerd, waarbij o.a. aansluiting plaatsvindt met de algemene SONCOS normering.

De NVU verplicht de zorginstellingen om hun patiënten die een radicale prostatectomie hebben ondergaan te registreren.

Deze versie van de prostaatacarcinoom kwaliteitsnormen zal per 1 januari 2018 gaan gelden.

Prostaatkarcinoom

Randvoorwaarden Kwaliteit Urologische Oncologische Zorg

De Werkgroep Oncologische Urologie (WOU) stelt voor het prostaatkarcinoom onderstaande criteria op.

Diagnostiek en Behandeling

- Ten aanzien van de diagnostiek, behandeling en follow up heeft de uroloog de Nederlandse richtlijn voor de behandeling van prostaatkanker tot zijn beschikking. Indien de uroloog afwijkt van de meest recente richtlijn prostaatkarcinoom¹ (<http://www.oncoline.nl/prostaatkarcinoom> of www.richtlijndatabase.nl):
 - Motiveert hij/zij dat naar de patiënt;
 - Noteert hij/ zij het afwijkende beleid en de bijbehorende motivatie in het dossier van de patiënt.

Diagnostiek

Prostaatbiopsien worden uitgevoerd om de diagnose prostaatkanker te stellen.

- Alvorens prostaatbiopsien worden verricht is in ieder geval serum PSA bepaald, rectaal toucher verricht en een inschatting van het prostaatvolume gemaakt. Hiermee kan in combinatie met persoonlijke kenmerken een risico-inschatting gemaakt worden om al dan niet te besluiten tot prostaatbiopsien.
- Alvorens PSA wordt bepaald is de patiënt geïnformeerd over de voor- en nadelen van de consequenties van deze bepaling. De uroloog draagt zorg voor kennisbevordering bij zorgprofessionals in de eerstelijns omtrent de voor- en nadelen van een PSA-bepaling.
- De risico-inschatting om al dan niet te besluiten tot prostaatbiopsien dient gemaakt worden in samenspraak met de patiënt.
- De indicatie voor het nemen van biopsien of het afzien daarvan wordt gedocumenteerd.
- De PA-uitslag wordt binnen 10 werkdagen met de patiënt besproken.
- MRI kan het nemen van prostaatbiopsien niet vervangen en moet beschouwd worden als een entiteit in onderzoek. Dit moet duidelijk aan patiënt worden gecommuniceerd.

Behandeling

- Patiënten krijgen goede voorlichting voorafgaand aan de behandeling, zowel mondeling als schriftelijk (bijv. instellingfolder, digitale of papieren keuzehulp, KWF folder, folder patiëntenvereniging, prostaatkankerlogboek, prostaatwijzer).
- Aanvullende informatie kan door een gespecialiseerd verpleegkundige (bijv. oncologie-verpleegkundige of physician assistant) worden gegeven.
- Aan de hand van de PA-uitslag dienen de verschillende mogelijkheden voor relevante behandelopties te worden besproken.
- Het PA verslag voldoet aan de eisen genoemd in de richtlijn prostaatkarcinoom 2014.
- Bij operatieve behandelopties dienen de klierdissectie en het al dan niet zenuwsparend opereren te worden besproken en overwogen.
- Voorafgaand aan de behandeling vindt een gestructureerd multidisciplinair overleg plaats over het behandelvoorstel.
- Bij het MDO dienen in ieder geval de volgende specialisten vertegenwoordigd te zijn: uroloog, internist-oncoloog, radioloog, nucleair geneeskundige, radiotherapeut-oncoloog, patholoog, case manager en/of verpleegkundig specialist oncologie en eventueel andere verpleegkundigen.
 - Er dient de mogelijkheid te zijn tot consultatie van een expert van het referentiecentrum bij dit overleg.

¹ Richtlijn prostaatkarcinoom 2017

- De afspraken binnen dit overleg worden gedocumenteerd in het patiënten dossier. Een verslag hiervan wordt naar de huisarts gestuurd.
- Bij alle behandelingen wordt de patiënt geïnformeerd over de directe en late complicaties en de functionele resultaten zoals deze zijn waargenomen in de eigen kliniek.
- Tumoren dienen binnen 12 weken te worden behandeld vanaf het moment van het besluit van de behandeling.
- In het ziekenhuis waar de behandeling wordt uitgevoerd is er tenminste één radioloog met aantoonbaar specifieke expertise in prostaatacarcinoom. Tevens is er tenminste één internist-oncoloog met aantoonbaar specifieke expertise van de systeemtherapie van patiënten met prostaatacarcinoom aanwezig.

Ziekenhuis- c.q. specialistenvolume

Er is een verschuiving naar minimaal invasieve en robotchirurgie ingezet waarbij het belang van specialisatie van behandelaar en behandelteam duidelijk is.

In de eerdere Kwaliteitsnorm Prostaatacarcinoom is het minimum aantal prostatectomieën voor prostaatacarcinoom per jaar per ziekenhuislocatie op 20 gesteld. Teneinde het proces van zorgconcentratie verder te bevorderen wordt het minimaal aantal prostatectomieën voor prostaatacarcinoom per jaar per locatie vanaf 1 januari 2018 naar 50 opgehoogd.

- Het aantal radicale prostatectomieën voor prostaatacarcinoom bedraagt vanaf 1 januari 2018 minimaal 50 per jaar per locatie.

Op termijn zal deze norm opnieuw aangescherpt worden om de ontstane zorgconcentratie verder te bevorderen: de NVU is voornemens om vanaf 1 januari 2019 de volumenorm te verhogen naar 100 per jaar per locatie. Urologen en klinieken kunnen proactief voorbereidingen hiervoor treffen in hun regio.

Specialisatie van instituten en personen betrokken bij diagnostiek en behandeling

- De uroloog is de zorgcoördinator in de diagnosefase en schakelt de beeldvormende afdelingen (radiologie en nucleaire geneeskunde) en laboratoria voor pathologie en klinische chemie in.
- Er dient een vast team te zijn voor het uitvoeren van radicale prostatectomieën. Dit team dient te bestaan uit ten minste twee urologen, die ieder zelfstandig de operatie kunnen uitvoeren.

Toetsingscriteria voor goede oncologische zorg

- Alle patiënten die een radicale prostatectomie ondergaan dienen, binnen 3 maanden na de operatie, ingevoerd te worden in de landelijke registratie prostatectomie.
- De gegevens uit de landelijke NVU registratie worden jaarlijks onder verantwoordelijkheid van het bestuur van de NVU geanalyseerd ten einde de zorginstellingen die onder het minimum aantal ingrepen uitkomen te identificeren en om navraag te doen naar welke aanpassingen in de organisatie van de zorg dit het jaar daarop leidt. De uitkomst van deze identificatie en navraag wordt alleen geanonimiseerd met derden gedeeld.²

² De NVU acht het tot de eigen verantwoordelijkheid van de zorginstellingen te behoren om deze gegevens desgewenst herleidbaar met derden te delen.