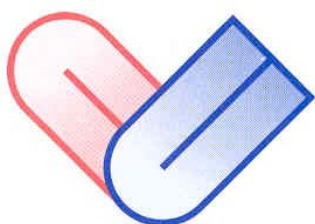


Kwaliteitsnormen



NEDERLANDSE VERENIGING VOOR UROLOGIE

Testiscarcinoom



Achtergrond herziening 2017

De NVU heeft begin 2013 de eerste kwaliteitsnormen testiscarcinoom openbaar gemaakt en in 2015 deze herzien.

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

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

Testistumoren

Randvoorwaarden Kwaliteit Urologische Oncologische Zorg

De Werkgroep Oncologische Urologie (WOU) stelt voor testistumoren de volgende criteria op.

Diagnostiek en Behandeling

- Ten aanzien van de diagnostiek, behandeling en follow up heeft de uroloog de Nederlandse richtlijn voor de behandeling van testistumoren en de EAU-Guidelines Testicular Cancer tot zijn beschikking. Indien de uroloog afwijkt van de meest recente richtlijn testiscarcinoom www.oncoline.nl of www.kwaliteitskoepel.nl of <http://uroweb.org/guideline/testicular-cancer>:
 - motiveert hij/zij dat naar de patiënt;
 - noteert hij/ zij het afwijkende beleid en de bijbehorende motivatie in het dossier van de patiënt.
- De inguinale orchiectomie wordt zo spoedig mogelijk, doch bij voorkeur binnen 72 uur uitgevoerd, tenzij er een indicatie bestaat om onmiddellijk met chemotherapie te beginnen.
- Vóór een radicale orchiectomie dient semenpreservatie besproken te worden. Als een azoöspermie blijkt, wordt de patiënt een radicale orchiectomie en simultane oncoTESE ter fertiliteitspreservatie aangeboden in een centrum dat TESE verzorgt.
- De mogelijkheid van het direct of uitgesteld plaatsen van een testisprothese dient besproken te worden.
- Voor bepaling van het verdere beleid vindt na de orchidectomie, pathologie uitslag en beeldvorming een gestructureerd multidisciplinair overleg plaats.
- Bij het wekelijkse MDO dienen in ieder geval de volgende specialisten vertegenwoordigd te zijn: uroloog, internist-oncoloog, radioloog, radiotherapeut-oncoloog, patholoog, case manager en/of oncologieverpleegkundige en/of verpleegkundige specialist oncologie en eventueel andere verpleegkundigen.
 - Er dient de mogelijkheid te zijn tot consultatie van een expert van het referentiecentrum bij dit overleg.
 - De afspraken binnen dit overleg worden gedocumenteerd in het patiënten dossier. Een verslag hiervan wordt naar de huisarts gestuurd.
- Bij follow-up dienen afwijkende uitslagen (bloedonderzoek, beeldvorming, bij stadium I ook tumormarkers) binnen een week besproken te worden.
- De uroloog verwijst de patiënt voor de retroperitoneale lymfeklierdissecties naar een referentiecentrum.
- Alle patiënten met intermediaire of slechte prognose gemetastaseerde ziekte worden doorverwezen naar en behandeld in een referentiecentrum.
- In geval van een patiënt met slechte prognose (poor risk) dient reeds direct bij het bekend worden van de status 'slechte prognose' overleg met het referentiecentrum plaats te vinden.
- Patiënten krijgen goede voorlichting voorafgaand aan de behandeling, zowel mondeling als schriftelijk (bijv. KWF folder, folder patiëntenvereniging, ander materiaal). Mondelinge informatie wordt zowel door specialist als een gespecialiseerd verpleegkundige (bijv. oncologie verpleegkundige) gegeven.



Ziekenhuis c.q. specialisten-volume

- Een kliniek die patiënten behandelt met stadium 1 tumoren dient jaarlijks tenminste 5 nieuwe patiënten in follow-up te zien.
- Indien een zorginstelling patiënten met een stadium hoger dan stadium I, maar wel “good risk” behandelt, moeten dit er tenminste 10 per jaar zijn.
- Een kliniek die retroperitoneale lymfeklierdissecties als behandeling aanbiedt, dient dat minstens 10x per jaar uit te voeren.

Specialisatie van instituten en personen

- De uroloog is de zorgcoördinator in de diagnosefase en schakelt de radiologieafdeling en laboratoria voor pathologie en klinische chemie in en regelt zo nodig semenpreservatie.
- De kliniek is in staat tot het uitvoeren van adequate, geprotocolleerde en strikte follow up conform het follow-up schema uit de richtlijn testiscarcinoom.

Toetsingscriteria voor goede oncologische zorg

- De inguinale orchidectomie wordt zo spoedig mogelijk, doch bij voorkeur binnen 72 uur uitgevoerd, tenzij er een indicatie bestaat om onmiddellijk met chemotherapie te beginnen.
- Voor bepaling van het verdere beleid vindt na de orchidectomie, pathologie uitslag en beeldvorming een gestructureerd multidisciplinair overleg plaats.
- Bij het wekelijkse MDO dienen in ieder geval de volgende specialisten vertegenwoordigd te zijn: uroloog, internist-oncoloog, radioloog, radiotherapeut-oncoloog, case manager en/of oncologieverpleegkundige en/of verpleegkundige specialist oncologie en eventueel andere verpleegkundigen.
- Een kliniek die patiënten behandelt met stadium 1 tumoren dient jaarlijks tenminste 5 nieuwe patiënten in follow-up te zien.
- Indien een zorginstelling patiënten met een stadium hoger dan stadium I, maar wel “good risk” behandelt, moeten dit er tenminste 10 per jaar zijn.
- Een kliniek die retroperitoneale lymfeklierdissecties als behandeling aanbiedt, dient dat minstens 10x per jaar uit te voeren.