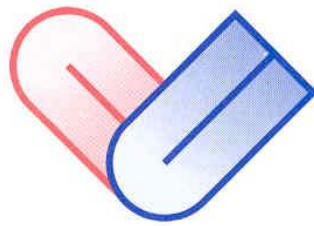


Kwaliteitsnormen



NEDERLANDSE VERENIGING VOOR UROLOGIE

Blaascarcinoom

Versie 6
September 2018

Achtergrond herziening 2017

De NVU heeft eind 2010 de eerste kwaliteitsnormen blaascarcinoom openbaar gemaakt en deze in 2012 en 2014 herzien. Sinds de introductie van de deze kwaliteitsnorm zijn diverse veranderingen zichtbaar geworden:

1. In de landelijke NVU registratie registreren de zorginstellingen hun gegevens over de radicale cystectomie: dit aantal is in 2015 afgenomen tot 44 registrerende zorginstellingen.
2. Het aantal centra met een klein volume radicale cystectomie neemt af.
3. Uit het IKNL rapport blijkt dat in ziekenhuizen met een groter volume radicale cystectomie er vaker en meer lymfeklieren worden verwijderd (2004-2007 vs. 2008-2011) en dat ook de mortaliteit lager is naarmate het volume stijgt.

Deze veranderingen geven weer dat de NVU een actieve bijdrage levert aan verbeteringen van kwaliteit 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 Blaascarcinoom, versie 6.0, wordt een enkele wijziging doorgevoerd.

Deze versie van de blaascarcinoom kwaliteitsnormen zal per 1 januari 2019 gaan gelden.

Blaascarcinoom

Randvoorwaarden Kwaliteit Urologische Oncologische Zorg

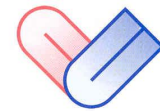
De Werkgroep Oncologische Urologie (WOU) stelt voor het blaascarcinoom onderstaande criteria op.

Diagnostiek en Behandeling

- Ten aanzien van de diagnostiek, behandeling en follow-up heeft de uroloog de Nederlandse richtlijn voor de behandeling van blaaskanker tot zijn beschikking.¹ Deze is geënt op de EAU richtlijn 2016 en voor de Nederlandse situatie is een module brachytherapie toegevoegd.²
- Indien de uroloog afwijkt van de meest recente beschikbare richtlijn:
 - Motiveert hij/zij dat naar de patiënt;
 - Noteert hij/ zij het afwijkende beleid en de bijbehorende motivatie in het dossier van de patiënt.
- Er wordt een pelviene lymfeklierdissectie uitgevoerd als onderdeel van de cystectomie.
- Patiënten krijgen goede voorlichting voorafgaand aan de behandeling, zowel mondeling als schriftelijk (bijv. KWF folder, folder patiëntenvereniging, ander materiaal).
 - Bij deze voorlichting dienen ook de verschillende mogelijkheden voor urinedeviatie te worden besproken.
 - Mondelinge informatie wordt zowel door specialist als een gespecialiseerd verpleegkundige gegeven, waaronder ten minste een stomaverpleegkundige en eventueel een oncologie verpleegkundige.
- Voorafgaand aan de behandeling vindt een gestructureerd multidisciplinair overleg (MDO) 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 verpleegkundig 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 patiëntendossier. Een verslag hiervan wordt in principe binnen 2 werkdagen naar de huisarts gestuurd.
- Er is tenminste één internist-oncoloog met belangstelling voor het blaascarcinoom en met ervaring met systemische therapie hiervoor. Een besluit over het instellen van systemische therapie (neo-adjuvant, adjuvant of palliatief) wordt in overleg tussen uroloog en internist-oncoloog genomen in het MDO.
- De tijd die verstrijkt tussen het bespreken van de histologische diagnose en het uitvoeren van een cystectomie dient niet langer te zijn dan 12 weken.¹ Hierbij is het streven om de ingreep binnen 6 weken uit te voeren, tenzij neo-adjuvant chemotherapie wordt gegeven: dan vervallen deze limieten voor de periode van de voorbehandeling. Indien patiënt is doorverwezen vanuit een ander centrum mag de doorlooptijd met 3 weken worden verlengd.

¹ Richtlijn blaascarcinoom 2016 <https://www.nvu.nl/kwaliteit/richtlijnen>

² Muscle invasive and metastatic bladder cancer, 2016 <https://uroweb.org/guideline/bladder-cancer-muscle-invasive-and-metastatic/>



Ziekenhuis- c.q. specialistenvolume

De meeste studies tonen een verband aan tussen perioperatieve sterfte en het aantal in een ziekenhuis verrichte cystectomieën per jaar. De kwaliteit van de postoperatieve zorg op een locatie speelt hierbij een belangrijke rol. Op basis van Nederlands onderzoek³ is in de eerdere Kwaliteitsnorm Blaascarcinoom het minimum aantal cystectomieën voor blaascarcinoom per jaar per ziekenhuislocatie op 10 gesteld.

Teneinde het proces van zorgconcentratie voor laag-volume chirurgie verder te bevorderen is het minimaal aantal cystectomieën voor blaascarcinoom per jaar per zorginstelling vanaf 1 januari 2015 naar gemiddeld 20 cystectomieën per jaar gebracht, gemeten over een periode van 3 jaar vanaf 2015. Vanaf 1 januari 2018 is deze norm aangescherpt tot een minimum van 20 ingrepen per jaar per locatie en minimaal 10 ingrepen per individuele uroloog per jaar. Per 1 januari 2019 wordt dit gegeven aangepast naar een minimum van 20 ingrepen per jaar per locatie, uitgevoerd door hiervoor gekwalificeerde urologen. De reden voor deze aanpassing is een betere aansluiting bij de SONCOS-normen en het niet wetenschappelijk kunnen onderbouwen van het aantal van 10 ingrepen per persoon.

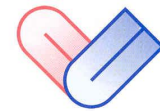
- Het aantal cystectomieën voor blaascarcinoom bedraagt vanaf 1 januari 2019 minimaal 20 per jaar per locatie, uitgevoerd door gekwalificeerde urologen.

Op termijn zal deze norm opnieuw aangescherpt worden om de ontstane zorgconcentratie verder te bevorderen. 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 afdeling beeldvormende technieken (radiologie/ nucleaire geneeskunde) en laboratoria voor pathologie en klinische chemie in.
- Met deze ondersteunende afdelingen zijn schriftelijke afspraken over de wijze van verslaglegging en de wachttijd c.q. doorlooptijd van onderzoeken.
- Er is een gestructureerde indicatiestelling voor verwijzing naar internist-oncoloog of radiotherapeut aanwezig, dan wel overleg met een externe consulent voorhanden.
- Bovengenoemde afspraken worden samengevat in het Zorgpad Blaascarcinoom, dat in elk ziekenhuis onder auspiciën van een uroloog multidisciplinair is opgesteld.
- Voor eventuele per- of postoperatieve problemen is er in de instelling een intensive care aanwezig.
- De case manager is een zorg ondersteunende functionaris van het ziekenhuis die regelmatig bereikbaar is voor de patiënt ten tijde van het zorgproces en die op de hoogte is van het behandelplan.

³ Goossens-Laan CA et al. Survival after treatment for carcinoma invading bladder muscle: a Dutch population-based study on the impact of hospital volume. *BJU Int.* 2012 Jul;110:226-32



Toetsingscriteria voor goede oncologische zorg

- Alle patiënten die een cystectomie voor blaascarcinoom ondergaan dienen ingevoerd te worden in de landelijke registratie spierinvasief blaascarcinoom van de NVU.
- De 30-dagenmortaliteit voor de radicale cystectomie dient onder de 6% te zitten.
- 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.⁴
- De gegevens uit de landelijke NVU registratie worden vanaf 2015 jaarlijks onder verantwoordelijkheid van het bestuur van de NVU geanalyseerd teneinde de ziekenhuislocaties die een hogere 30-dagen mortaliteit dan 6% laten zien te identificeren om navraag te doen tot 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.⁴

⁴ De NVU acht het tot de eigen verantwoordelijkheid van de zorginstellingen te behoren om deze gegevens desgewenst herleidbaar met derden te delen.