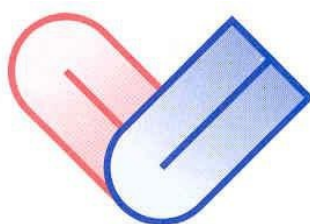


# Kwaliteitsnormen



NEDERLANDSE VERENIGING VOOR UROLOGIE

## Prostaatcarcinoom

### **Achtergrond herziening 2024**

De NVU heeft in 2012 de eerste kwaliteitsnormen prostaatacarcinoom openbaar gemaakt en in 2015 en 2017 en 2018 herzien. Sinds de introductie van de deze kwaliteitsnormen is de behandeling van prostaatkanker verder gecentraliseerd. Door deze centralisatie is het aantal instellingen dat radicale prostatectomieën verricht afgenomen en worden in al deze centra minimaal 100 radicale prostatectomieën per jaar verricht.

**Deze versie van de prostaatacarcinoom kwaliteitsnormen zal per 1 januari 2025 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 prostaatkarcinoom<sup>1</sup> ([www.richtlijndatabase.nl](http://www.richtlijndatabase.nl))
  - dient dit gemotiveerd te worden naar de patiënt;
  - dient het afwijkende beleid en de bijbehorende motivatie in het dossier van de patiënt genoteerd te worden.

#### **Diagnostiek**

- Prostaatbiopsien worden uitgevoerd om de diagnose prostaatkanker te stellen.
- Alle patiënten die een diagnose gelokaliseerd prostaatkarcinoom hebben moeten geregistreerd worden in de DICA prostaat registratie.
- De PA-uitslag wordt binnen 10 werkdagen met de patiënt besproken.

#### **Behandeling**

- Patiënten krijgen goede voorlichting voorafgaand aan de behandeling, zowel mondeling als schriftelijk.
- Bij deze voorlichting wordt tenminste het volgende besproken:
  - verschillende mogelijkheden voor de behandeling van lokaal en lokaal gevorderd prostaatkanker;
  - verwachte resultaten van de voorgestelde behandelingen;
  - mogelijke complicaties van de voorgestelde behandelingen;
  - gevolgen op lange termijn van de behandelopties.
- Aanvullende informatie kan door een gespecialiseerd verpleegkundige (bijv. oncologieverpleegkundige of physician assistant) worden gegeven.
- De patiënt heeft toegang tot tenminste één vast aanspreekpunt. Dit kan de hoofdbehandelaar, maar bijvoorbeeld ook een case manager (gespecialiseerd verpleegkundige, verpleegkundig specialist) zijn.
- Voorafgaand aan de behandeling vindt een gestructureerd multidisciplinair overleg (MDO) 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 MDO.
  - De afspraken binnen dit MDO worden gedocumenteerd in het patiëntendossier. 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.
- De tijd tussen eerste polikliniekbezoek en start van de therapie is maximaal zes weken. Indien een patiënt doorverwezen wordt naar een andere zorginstelling mag deze doorlooptijd met drie weken worden verlengd.
- In het ziekenhuis waar de behandeling wordt uitgevoerd is er tenminste één radioloog met aantoonbaar specifieke expertise in prostaatkarcinoom. Tevens is er tenminste één internist-oncoloog met aantoonbaar specifieke expertise van de systeemtherapie van patiënten met prostaatkarcinoom aanwezig.
- Op het moment dat er sprake is van een recidief na eerdere in opzet curatieve therapie (lokaal

- recidief en/of (oligo-) metastasen) wordt het vervolgbeleid multidisciplinair besproken.
- In geval van gecombineerde in opzet curatieve of palliatieve therapie (hormonale therapie/radiotherapie/chemotherapie/androgen receptor signaling inhibitor (ARSI)) wordt afgesproken welke discipline verantwoordelijk is voor elk deel van de behandeling.
  - Op het moment dat sprake is van castratieresistent gemetastaseerd prostaatkarcinoom (d.w.z. tumorprogressie ondanks testosteron op castratieniveau) wordt het vervolgbeleid multidisciplinair besproken.

### *Ziekenhuis- c.q. specialistenvolume*

Het aantal radicale prostatectomieën voor prostaatkarcinoom bedraagt vanaf 1 januari 2019 minimaal 100 per jaar per locatie.

### *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*

- Wanneer de landelijke DICA prostaatkankerregistratie opgenomen is in het kwaliteitsregister dienen alle patiënten die een diagnose gelokaliseerd prostaatkarcinoom hebben hierin geregistreerd te worden.
- 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.

---

<sup>1</sup> Richtlijn prostaatkarcinoom 2024

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