

Hierbij een notitie aangaande de route die wij bewandelen om wachtlijsten terug te dringen. In dit geval betreffende de urologie.

De aanpak kent drie aanvliegroutes namelijk middels:

- 1) Integraal Capaciteit Management binnen Ziekenhuis A
- 2) Passende Zorg in samenwerking met de eerste lijn
- 3) Regionale samenwerking ziekenhuizen

Van Vakgroep Urologie / Divisie Oncologische zorg

Aan Bestuurlijk Beraad

Betreft Hoge wachttijd planbare zorg urologie

Status Definitief

Aanleiding

De wachttijden voor de planbare urologische zorg (met name goedaardige prostaatvergroting (BPH) en nierstenen) zijn te hoog. Dit levert patiëntonvriendelijke situaties op. Een gesprek met de vakgroep urologie, het Strategisch Beraad en de divisieleiding heeft geleid tot deze notitie.

Wat is per saldo het probleem?

Het team urologie heeft onvoldoende ruimte om de zorg van de patiënten op de wachtlijst in Ziekenhuis A te waarborgen. De capaciteit op de polikliniek en OK wringt (niet iedere patiënt heeft OK tijd nodig). Deze wachtlijstproblematiek vraagt tevens extra capaciteit van andere afdelingen, zoals radiologie en SEH. Om meer problemen bij patiënten op de wachtlijst te voorkomen is extra (operatie)capaciteit gewenst, mede gezien de demografische groei van deze patiëntenpopulatie.

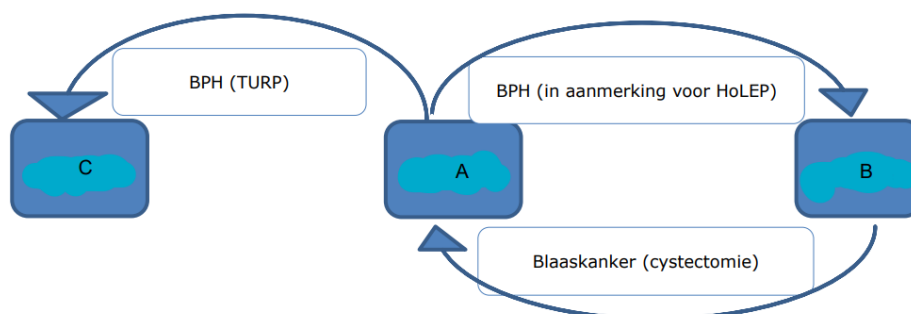
Algemene wachttijden poli urologie

De algemene wachttijd van de poli urologie loopt in de afgelopen drie jaar op. De wachttijd voor een nieuwe patiënt (NP) op de poli urologie bedraagt ongeveer 12 weken (Bron Ziekenhuis A). Ongeveer 5% van de patiënten komt buiten het adherentiegebied van Ziekenhuis A.

Acties

Samenwerking in de regio

- Intentieverklaring tussen Ziekenhuis B en Ziekenhuis A, betreffende de onderlinge verwijzing van cystectomieën (blaaskankeroperatie) en HoLEP-behandelingen (laserbehandeling bij BPH). In de verklaring is de intentie uitgesproken dat Ziekenhuis B de patiënten die in aanmerking komen voor een cystectomie naar Ziekenhuis A verwijst en dat Ziekenhuis A de patiënten die in aanmerking komen voor een HoLEP-behandeling verwijst naar Ziekenhuis B. Een deel van de BPH patiënten komt in aanmerking voor een HoLEP-behandeling. (Door capaciteitsproblematiek bij Ziekenhuis B wordt er op dit moment helaas beperkt gehoor gegeven aan deze afspraak.)
- Mannen met een kleine prostaatvergroting en een indicatie voor een TURP worden verwezen naar Ziekenhuis C. Er zijn afspraken gemaakt over aantallen/wachttijden.
- Op ARTZ niveau delen van wachttijden nierstenen en BPH om patiënten mede op basis van wachttijden te kunnen verwijzen (urologen, olv ARTZ)
- Afspraken eerste lijn (zie passende zorg)



Binnen Ziekenhuis A

1. Verbeteren afspraken urologie en opname planning olv Integraal Capaciteit Management (ICM) en Teammanager urologie
2. Urologie op de lijst van Tactisch Plannen Overleg (TPO) om de wachtlijst te verkleinen. Dit gaat om flex + extra OK sessies. (ICM)
3. Afspraken over verdeling flex-sessies en blauwdruk OK-capaciteit, passend bij zorgbehoefte vakgroep urologie. (ICM)
4. Triage aan de voorkant waarbij patiënten die voor zorg terecht kunnen in ZBC of algemeen ziekenhuis verwezen worden naar hun zorgverzekeraar voor zorgbemiddeling.
5. Aankondigen extra wachttijd in Zorgdomein wanneer patiënt buiten adherentiegebied komt voor zorg die binnen eigen adherentiegebied geleverd kan worden.
6. Passende Zorg

Passende Zorg

- 1) Terugbrengen van oncologische controles bij patiënten zonder meetbaar PSA, 1 jaar na een radicale prostatectomie. Deze patiënten worden met goede instructies over PSA-follow-up overgedragen aan de huisarts.
- 2) Terugbrengen van onderzoeken bij patiënten met microscopische hematurie. Patiënten met risicofactoren (bv roken, status na radiotherapie kleine bekken) en patiënten ouder dan 60 jaar (of anamnestic macroscopische hematurie) kunnen direct verwezen worden. Bij de overige patiënten verzoeken we de huisarts eerst onderzoek te herhalen.
- 3) Advies aan huisarts om bij vrouwen met stress incontinentie, patiënten eerst te verwijzen naar een geregistreerd bekken-fysiotherapeut. Alleen wanneer de bekkentherapie niet het gewenste resultaat hebben, zien wij patiënt voor aanvullende diagnostiek en behandeling op de polikliniek.
- 4) Advies aan huisarts om bij patiënten met de verdenking op niersteenlijden die radiologisch nog niet is bevestigd is, eerst een blanco CT aanvragen. Geen X-BOZ of echografie, die geven minder en vaak onvoldoende informatie. Alleen bij bevestigde urolithiasis zien wij patiënt voor beoordeling op de polikliniek.
- 5) Advies aan de huisarts om bij mannen met LUTS eerst te starten met een alfablokker zoals tamsulosine of alfuzosine, eventueel gecombineerd met bekkentherapie bij een geregistreerde bekkentherapeut (advies conform NHG-standaard). Mocht dit niet het gewenste resultaat hebben, dan zien wij patiënt voor aanvullende diagnostiek en behandeling op de polikliniek.
- 6) Advies aan de huisarts om vóór een chirurgische correctie van een phimosis gedurende 6 weken 2/dag met dermovate/clobetasol (een klasse 4 corticosteroid) te smeren. En dit in combinatie met regelmatig oprekken ("oefenen") van de voorhuid. Mocht dit niet afdoende zijn, dan zien wij patiënt voor op de polikliniek om een chirurgische correctie te bespreken.
- 7) Advies aan de huisarts om bij patiënten met een kromstand van de penis (morbus Peyronie) aan patiënt uit te leggen dat een chirurgische correctie kan worden overwogen indien na de actieve periode van de ziekte (eerste 6 maanden na aanvang van klachten, dus als er geen progressie meer is) en de coïtus door

de kromstand sterk wordt gehinderd. Alleen bij een wens tot operatieve correctie is insturen zinvol.

- 8) Advies aan de huisarts om bij patiënten met onverklaarde urogenitale (scrotale) pijn met patiënt te bespreken dat deze klacht meestal self-limiting is, als aanvullend urine-onderzoek en lichamelijk onderzoek geen afwijkingen aantoon. Eventueel kan een echo scrotum aangevraagd worden ter geruststelling, maar ook daarvan is de opbrengst zeer gering. Bij mannen met urogenitale pijn, zeker in combinatie met mictieklachten en/of defecatiestoornis en/of seksuele klachten, kan bekkentherapie bij een geregistreerde bekkentherapeut zinvol zijn. Mocht dit niet het gewenste resultaat hebben, dan zien wij patiënt voor aanvullende diagnostiek en behandeling op de polikliniek.
- 9) Advies aan de huisarts om patiënten met erectiele disfunctie eerst (conform de NHG-standaard) te onderzoeken op risicofactoren en te verwijzen naar een 1 e lijns seksuoloog en/of zelf een PDE5-remmer voor te schrijven. Als alternatief kan een vacuümpomp worden geadviseerd. Insturen naar de polikliniek kan indien er een wens is tot het aanleren van zelfinjecties met fentolamine met papaverine (Androskat)