

Nieuwsbrief Protocollen – 6

Beste collega's,

Dynamische tijden vragen om een dynamische organisatie; een organisatie die weet in te springen op wat leeft binnen haar eigen groep maar ook actief in contact staat met de buitenwereld.

Dit doen we met PALGA al jaren dankzij de inzet van ons allen; daar mogen we als beroepsvereniging trots op zijn!

Deze nieuwsbrief informeert jullie omtrent de nieuwe ontwikkeling op protocol gebied waar weer veel gebeurd is.

Verheugd kunt u hieronder zien dat er wederom een gestage toename is van labs die gebruik maken van de protocol module. Dit betekent dat het protocollair rapporteren eigen is geworden aan de manier van werken. En dat is met name ook weer een teken van de grote betrokkenheid van de gebruikers bij dit Synoptic Reporting (SR).

Betrokkenheid die zich enerzijds toont door de aanwinst van nieuwe leden zoals Bart, Heidi, Elf, Jeroen, Nathalie, Gerard, Nina en Harry. Enkele van hen stellen zich hieronder aan uw voor. Betrokkenheid die anderzijds ook blijkt uit de uitstekende en constructieve terugkoppeling vanuit het veld op de bestaande protocollen die we zo optimaal mogelijk verwerken in nieuwere versies zoals bv voor het cervix protocol en het niercel-pyelum-ureter protocol zoals hieronder uitgelegd. Deze continue "fine tuning" komt de kwaliteit en gebruikersgemak zeer ten goede. Hierin past ook de introductie van de nieuwe gebruiksvriendelijke interface van de protocolmodule.

Kwaliteit van geprotocolleerde verslaglegging wordt ook duidelijk herkend door onze klinische collega's. Illustratief is de collega oncologisch chirurg die me laatst aansprak waarom we niet altijd onze resecties volgens het colonprotocol verslaan. Herkenning ook bij projecten gehonoreerd door KWF en Alpe d'Huzes en waarin PALGA een actieve rol speelt in het transparant maken van metadata uit de protocolmodule, waarvan u ook periodiek terugkoppeling zal krijgen.

Last but not least wordt er, onder KWF vlag, in een interdisciplinaire werkgroep waarin nadrukkelijke participatie van de commissie moleculaire diagnostiek in de pathologie, hard gewerkt aan een moleculair protocol. Hiermee zijn we binnenkort de eerste land ter wereld dat (immuun) histochemische en moleculaire data integreert in een gestandaardiseerd pathologie verslag: de logische plek waar deze data moeten samenvloeien! De beste zorg begint immers bij de beste diagnose. En hierin staat de pathologie natuurlijk centraal.

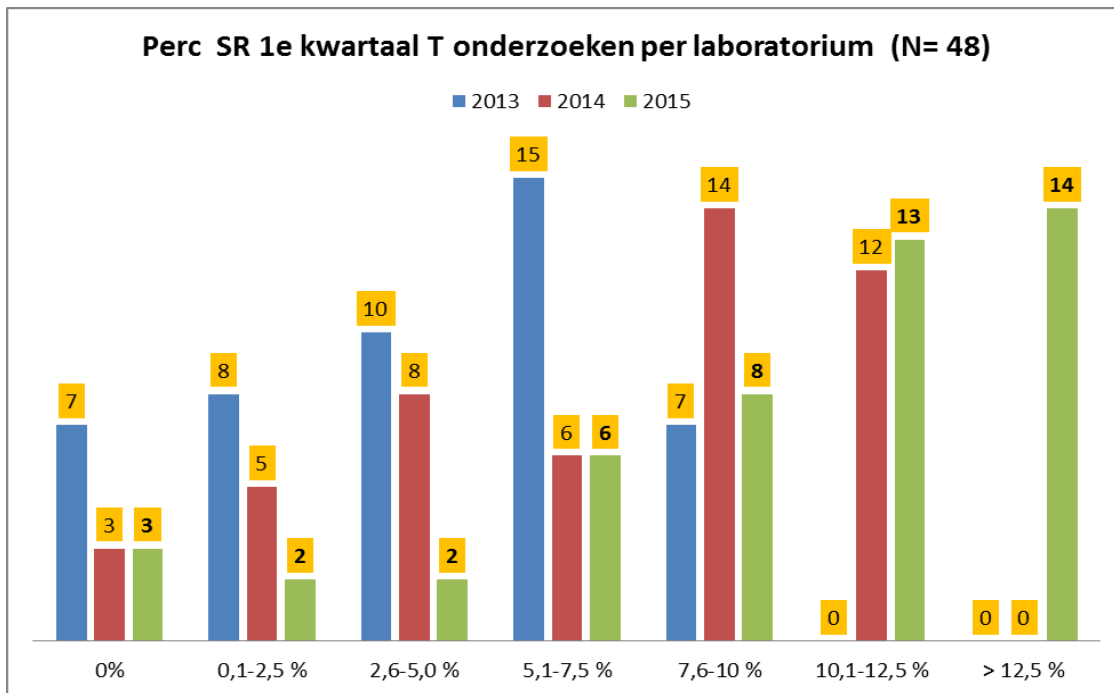


Namens de Werkgroep Protocollen,
Stefan Willems, voorzitter

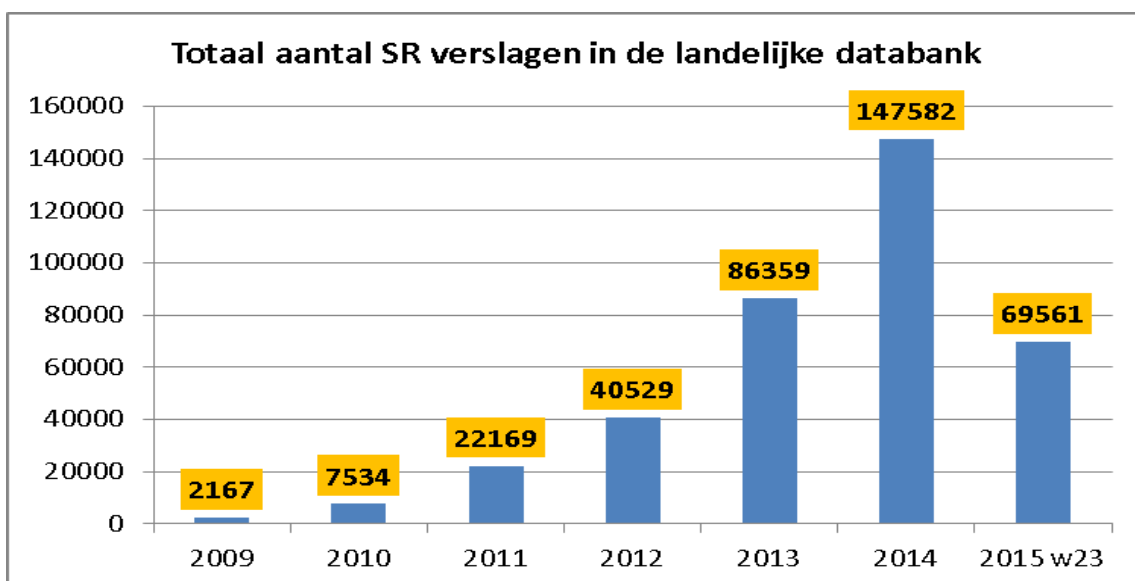
Deelname laboratoria en gebruik van protocollen

Paul Seegers, PALGA

De landelijke protocollen worden steeds meer gebruikt binnen de laboratoria. Onderstaand vergelijk geeft een overzicht van het aantal pathologie onderzoeken (T nummers) ingevoerd middels de PPM over het eerste kwartaal over de jaren 2013-2015. Met als absolute uitschieter 1 laboratorium met 19,2%. Dat is dus bijna 1 op 5 verslagen als synoptisch report. Er staan nu nog 3 laboratoria in 2015 met 0% deze laboratoria waren technisch nog niet gekoppeld met de nieuwe PPM van PALGA in het eerste kwartaal 2015. Op dit moment zijn echter alle de 3 laboratoria bezig met het realiseren van een koppeling met de nieuwe PPM. Na verwachting rond de zomer operationeel.



Ook het aantal onderzoeken met Synoptisch Reporting in de landelijke databank groeit gestaag. Met name de onderzoeken voor het BVO-DK is hier debet aan.





Voorstelronde enkele nieuwe leden Werkgroep Protocollen

Bart Sturm, patholoog ZorgSaam Terneuzen

ICT heeft altijd mijn interesse gehad. Deelname aan de PPC is dan ook een logisch gevolg hieruit. Mijn inbreng is met name praktisch van aard. De discussies die plaatsvinden zijn leerzaam vanuit zowel medisch inhoudelijk als organisatorisch oogpunt. Het beoogde resultaat is een eenvoudig bruikbaar protocol, met weinig ruimte voor interpretatieverschillen, resulterend in een eenduidige verslaglegging. Ik hoop dat u inmiddels deze ervaring met ons deelt.

Dr. Heidi Küsters-Vandevelde, patholoog CWZ Nijmegen

Sinds het afronden van mijn opleiding in het Radboudumc in 2007 ben ik als klinisch patholoog werkzaam in het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis in Nijmegen. Tijdens mijn promotieonderzoek wat ik vorig jaar heb afgerond ben ik reeds op positieve wijze met de Stichting Palga in contact gekomen. Naast de vele unieke functies van Palga is een belangrijke taak weggelegd voor de werkgroep Palga protocollen. Hierbij staat het ontwikkelen en implementeren van protocollaire verslaglegging ten behoeve van standaardisering van pathologie rapporten centraal. Het is bekend dat het gebruik van protocollaire verslagen bijdraagt aan de kwaliteit van de rapporten en data makkelijker beschikbaar stelt voor oa. kwaliteitsregistraties. Een uitdaging voor de werkgroep is hierbij protocollen zo te ontwikkelen dat deze enerzijds voldoen aan de toenemende eisen wat betreft vast te leggen informatie voor adequate verslaglegging versus het ontwikkelen van protocollen die 'werkbaar en hanteerbaar' blijven voor de patholoog in de dagelijkse praktijk. Ik zie ernaar uit om daaraan bij te dragen.

Elf de Jonge, patholoog Groene Hart Ziekenhuis Gouda

Ik ben sinds oktober 2013 lid van de PALGA werkgroep protocollen, als een van de vertegenwoordigers uit de perifere PA-labs. Ik ben opgeleid in Rotterdam en ben sinds 2008 werkzaam in het Groene Hart Ziekenhuis. Het aantal protocollen is in die tijd aanzienlijk gestegen, en van een sceptische twijfelaar ben ik gaandeweg bekeerd tot een enthousiaste gebruiker. Daarbij vind ik het belangrijk dat de protocollen en recht doen aan de geldende richtlijnen, maar tegelijkertijd praktisch bruikbaar zijn voor de patholoog, en de clinicus die het uiteindelijke verslag ontvangt. Ik vind dit een uitdaging, en wil me daar graag binnen de werkgroep voor inzetten.

Nathalie Balmus, patholoog Kennemer Gasthuis Haarlem

Dik een jaar geleden, tijdens de Palga themadag "it's all about synoptic reporting" heb ik mij na een oproep van Paul voor nieuwe werkgroepleden, vrij impulsief – waarschijnlijk nog een

effect van de “hormonen” van de bevalling van mijn dochter een paar maanden ervoor aangemeld om lid te worden van de protocollencommissie.

Als liefhebber voor het gebruik van protocollen (compleetheid van het verslag!) leek het mij heel nuttig om aan de basis zelf mee te helpen te protocollen te optimaliseren en perfectioneren. Een goede beslissing, met veel plezier werk ik binnen het team aan de protocollen!

Gebruikerservaringen cervixprotocol

Robert Hoedemaeker, patholoog PATHAN Rotterdam

Het cervixprotocol is een van de eerste protocollen die gebouwd zijn met de nieuwe PPM. Het protocol is in gebruik sinds mei 2014. In Pathan gebruiken wij het protocol alleen voor biopten en liexcisies. Resecties voor cervixcarcinoom worden in de bij ons aangesloten ziekenhuizen niet uitgevoerd. De nieuwe software van Logicnets is over het algemeen zeer prettig in het gebruik en een verademing ten opzichte van de oude protocolsoftware. Het overzicht over de gegevens van patiënt en casus is veel duidelijker, je kunt het protocol gemakkelijk opslaan en later verder bewerken en correcties zijn eenvoudig uit te voeren. Verder is het prettig dat het UDPS scherm voor het overzicht van de klinische gegevens open blijft staan, al heb je daarvoor eigenlijk meerdere computerschermen nodig en heeft het bij ons- en ongetwijfeld bij vele andere pathologielaboratoria – er voor gezorgd dat de patholoog nu ingebouwd tussen microscoop, telefoon, toetsenbord en meerdere computerschermen zit te werken.

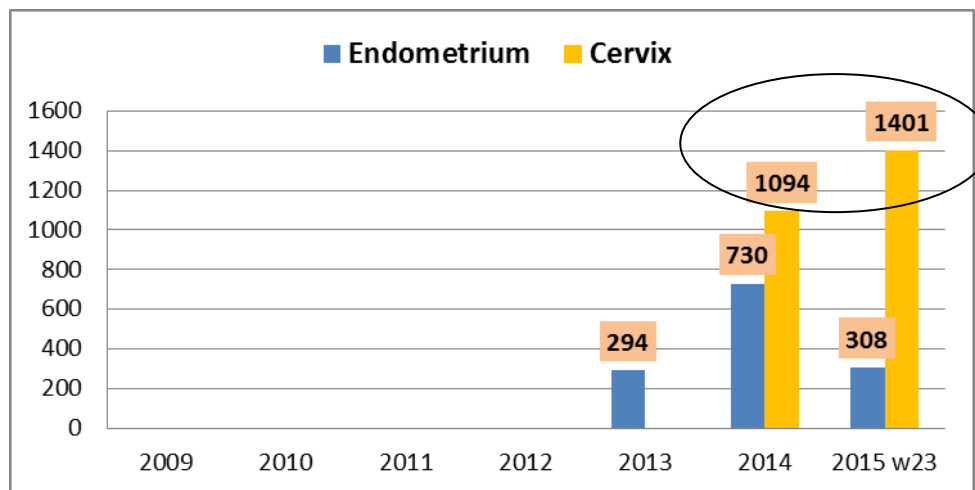
Verslagen maken we uiteindelijk voor de kliniek en het in gebruik nemen van het cervixprotocol heeft wat dat betreft wel een paar haken en ogen gekend. Zo bleek, dat vooral jongere gynaecologen niet vertrouwd waren met de gebruikte terminologie in het protocol. Het gebruik van de term “CIS” voor plaveiselcellige laesies bleek niet uniform bekend en sommige jongere gynaecologen meenden dat het ging om adenocarcinoma in situ, (AIS). In de eerste versies van het cervix protocol werd de afkorting CIS ook vrij veelvuldig gebezigd. Zo kwam de term in het protocollaire verslag over drie liexcisies met slechts geringe dysplasie maar liefst zes keer voor (fig 1), hetgeen voor onrust zorgde bij die klinici die het protocollaire verslag lazen. In latere versies is dit aangepast.

De term “Ingroei in klierbuizen” bij sommige klinici verwarrend – sommigen meenden zelfs dat er misschien wel eens een adenocarcinoom kon worden bedoeld. De verandering in de term “uitbreiding in endocervicale klierbuizen” levert tegenwoordig gelukkig minder onrust op.

De bovengenoemde onrust onderstreept

overigens weer eens het belang om goed contact met de kliniek te onderhouden, zeker bij het overstappen op het gebruik van bepaalde PPM modules voor de verslaglegging. Wacht niet tot zij komen met eventuele misinterpretaties van de gegevens in de verslagen, maar benader ze actief met vragen over de duidelijkheid van de verslagen en over hoe het eventueel nog beter zou kunnen. De ervaring leert dat klinici over het algemeen zeer enthousiast zijn over het gebruik van protocollaire verslaglegging. Ook zij kunnen belangrijke aanbevelingen voor verbetering aanleveren, die het gebruik van de PPM verder bevorderen. Hieronder een overzicht van het gebruik van het cervix protocol. Een behoorlijke stijging in gebruik is zichtbaar.

Microscopie
I Type afwijking: dysplasie / CIS
Dysplasie / CIS (WHO): CIN1 / geringe dysplasie
Uitbreiding in endocervicale klierbuizen: ja
II Type afwijking: dysplasie / CIS
Dysplasie / CIS (WHO): CIN1 / geringe dysplasie
Uitbreiding in endocervicale klierbuizen: ja
III Type afwijking: dysplasie / CIS
Dysplasie / CIS (WHO): CIN1 / geringe dysplasie
Uitbreiding in endocervicale klierbuizen: ja



Niercel-pyelum-uretercarcinoom (NPU) protocol.

Dr. Thea Teune, patholoog Maasstad Ziekenhuis Rotterdam

Ter voorbereiding voor het schrijven van een beoordeling van het protocol niercel-pyelum-ureterprotocol (NPU-protocol) heb ik enkele overzichten van collegae gelezen uit voorgaande jaren over andere protocollen waarvan het gebruik ondertussen (landelijk, gezien de tabellen in de PALGA nieuwsbrief) goed is ingesleten. In de commentaren op de verschillende geraadpleegde beoordelingen kon ik mij goed herkennen en deze commentaren kan ik bijna integraal overnemen bij beoordeling van het gebruik van de NPU protocol module. Een preparaat / biopt dicteren gaat soms sneller dan het toepassen van het protocol; het gebruik ervan zorgt ervoor dat –vertrouwend op het geheugen- ik items noem in mijn dictaat die ook in de protocol modules aan bod komen, en ook bij het uitsnijden probeer ik me te herinneren welke voor de protocol module belangrijke punten in de tekst moeten worden opgenomen. Ook onze kliniek en ons lab is nog niet zo ver dat de klinische gegevens bij het aanleveren, invoeren en / of het uitsnijden geïncorporeerd worden. Dit zijn kleine aandachtspunten voor de toekomst (voor alle preparaten waarvoor protocollen bestaan). Een enkele keer is de klinische informatie dusdanig, dat deze informatie bijna volledig het gevraagde in de protocol module omhelst, hetgeen mijns inziens wijst op een positieve ontvangst door de kliniek van deze modules en het besef dat vooraf aanleveren van de juiste informatie achteraf veel zoekwerk scheelt wanneer de data in andere bestanden (zoals de DICA bijvoorbeeld) moeten worden ingevoerd (want juist ook daarvoor wordt deze informatie gebruikt). En aangezien af en toe vragen tijdens een MDO komen waarom bij een bepaalde casus het protocol niet gebruikt was, leert dat de meerwaarde van protocollaire verslaglegging (waar mogelijk) leeft. En zoals opgemerkt in een andere gebruikerservaring in de PALGA nieuwsbrief: klinici missen over het algemeen onze prachtige beschrijvingen minder dan wij zelf. Er blijft daarenboven nog genoeg ruimte hier voor over, ook in het NPU protocol, om, meestal in een apart veld ‘aanvulling microscopie’ of gewoon onderaan het verslag, zelf proza te (kunnen laten) plaatsen.

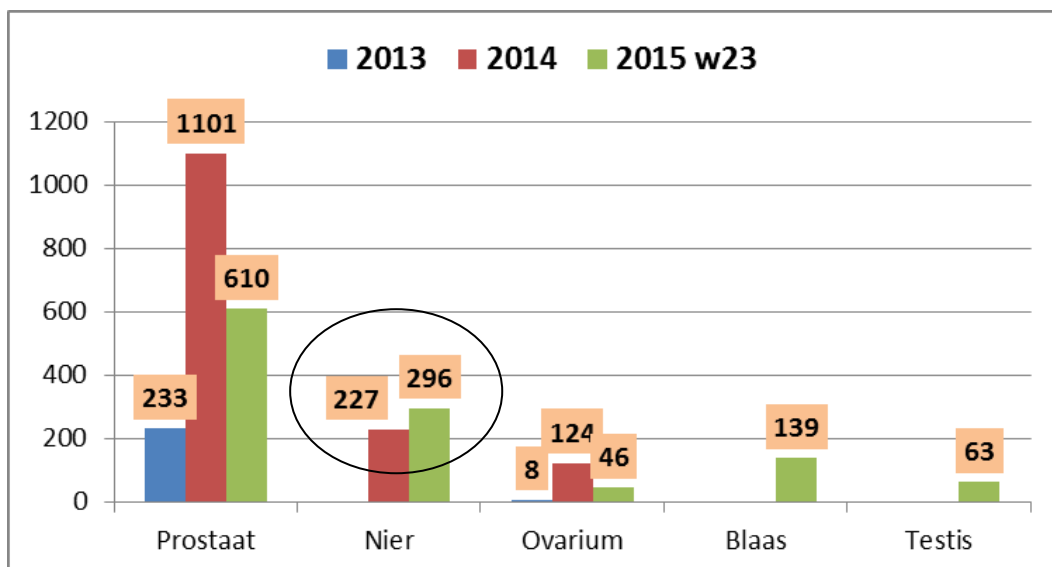
Het NPU-protocol gebruik ik met regelmaat, doch niet wekelijks (e.e.a. is afhankelijk uiteraard van het aanbod). Een mini enquête onder enkele directe collegae leerde dat geen verbeterpunten op te noemen waren m.b.t. dit protocol, hetgeen ook mijn persoonlijke idee was. Mogelijk komen deze wel boven drijven als dit protocol nog intensiever gebruikt wordt.

Ter objectivering van het gebruik van het NPU-protocol: in ons laboratorium werden in 2014 31 van de (partiële) nefrectomiepreparaten verslagen middels de module (26% van het door PALGA gegenereerde overzicht op zoektermen “nier” en “excisie”, waarvan 1 een oncocytoom betrof en alle anderen de diverse maligniteiten; hiermee heb ik tevens geleerd dat het oncocytoom ook in de module verslagen kon worden, van deze mogelijkheid was ik me niet voldoende bewust).

In het eerste kwartaal van 2015 werden 15 casus middels de module verslagen (60% van het door PALGA gegenereerde overzicht middels dezelfde criteria over deze periode; al deze casus betroffen maligniteiten). Een directe lineaire vergelijking kan niet eenvoudig gemaakt worden; dat de bekendheid van en met het protocol een rol speelt is zonder meer een aanname, maar lijkt een reële. Ik ben benieuwd naar de landelijke cijfers. De ‘vraagtekens’ leveren tot op heden voldoende accurate informatie wanneer behoefte is aan toelichting, om het juiste vinkje te kunnen plaatsen. Ook de TNM classificatie die aan het eind in het verslag gegenereerd wordt is accuraat (voor zover ik de moeite heb genomen dit te verifiëren met het TNM boekje in de hand). Het enige manco tot nu toe is dat wanneer in de LogicNets module per ongeluk een vakje niet wordt aangevinkt dat wel aangevinkt zou moeten worden om het verslag te kunnen verzenden en inlezen in PALGA, dit niet onmiddellijk duidelijk is bij nalezen van het verslag, daar waar het in de protocollen niet in LogicNets opgemaakt het niet mogelijk is om door te gaan naar een volgend tabblad als een verplicht veld leeg is. De LogicNets module protesteert wel adequaat wanneer tegenstrijdige items aangevinkt zijn.

Kortom, de NPU module is een waardevolle aanvulling op de reeds bestaande en veel gebruikte protocol modules, waar dankbaar gebruik gemaakt van wordt.

Het gebruik van het NPU protocol is in week 23 (w23) als hoger dan het aantal in 2014. Het percentage laboratoria waar dit protocol wordt gebruikt was in 2014 45%, in 2015 in week 23 ligt dit al op 63%.



Colonbiopt-TEM(1)

Paul Seegers, PALGA

24 juni is er een nieuwe landelijke release van het Colonbiopt-TEM(1) protocol wat gelijk loopt met een landelijke update van ScreenIT van het RIVM. Nu wordt het protocol reeds in 94% van de laboratoria gebruikt en met een hoog volume, in 2014; 79689 protocollen en in 2015 in week 23 was dit aantal reeds 37034.

Echter werd ervanuit uit het veld aangegeven dat het protocol niet echt fijn werkt en er veel gescrold moet worden. Met de komst van een update het framework zal het Colonbiopt het eerste protocol zijn met wat nieuw features die het werken wat aangenamer kan maken.

Deze aanpassingen zijn:

- Er komt een “controle” knop; deze navigeert naar de eerste openstaande verplichte vraag binnen een tabblad. Deze knop zal bij uitrol van protocollen in nieuwste framework zichtbaar zijn (zie blauwe pijl)
- Pijlentoetsen omhoog en omlaag kunnen nu ook gebruikt worden om te navigeren, ook dit zal van toepassing bij protocollen die uitgerold worden in het nieuwste framework
- Specifiek voor het Colonbiopt-TEM(1) protocol, de inzendingen komen niet meer onder elkaar te staan maar telkens maar één in focus. Dit reduceert het scrollen aanzienlijk
- In de balk met de romeinse cijfers is de inzending, in focus, dik omrand. (zie rode pijl)
- Eerder werden er al kleur verschillen aangegeven tussen de even en oneven inzendingen

The screenshot displays the PALGA web application interface for the Colonbiopt-TEM(1) protocol. The top navigation bar includes buttons for 'Opslaan', 'Annuleren', and 'Versturen', along with a 'Controle' button highlighted by a blue arrow. The main form area is divided into sections: 'Macro II' (highlighted with a red arrow), 'Type biopt', and 'Lokalisatie'. The 'Type biopt' section contains radio button options for the number of biopsies and the type of resection. The 'Lokalisatie' section contains radio button options for the location of the biopsy. On the right side, there is a summary panel with tabs for 'PV', 'Conclusie', and 'Informatie'. The summary panel shows the patient number, sex, date of birth, and the number of submissions. The version number '3.0.3.1.17' is visible in the top right corner.

Naast het bovenstaande zijn de versie 17 de onderstaande mutaties doorgevoerd:

Colonbiopt-TEM(1) Versie 17 (24-06-2015)

34. Uitbreiding keuze met “stoma” in de rubriek “Lokalisatie”
35. Aanpassing keuze “met invasieve maligniteit” in “invasieve maligniteit” in de rubriek “Primaire afwijking”
36. Aanpassing voorwaarde: Rubriek “bevinding” wordt is niet verplicht bij keuze “mesenchymale poliep” uit de rubriek “primaire afwijking”
37. Extra rubriek “Type ontsteking”, niet verplicht

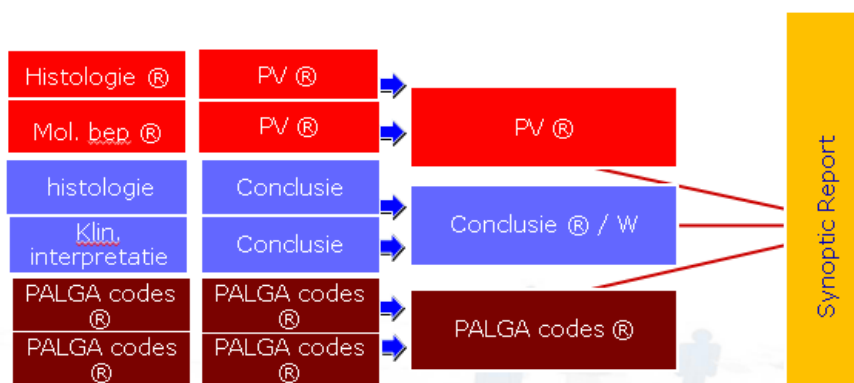
38. Uitbreiding rubriek "diameter tumor (NET)" als type tumor is neuroendocriene tumor
39. Aanpassing voorwaarde: rubriek "invasie diepte" is niet verplicht bij keuze "gefragmenteerde poliep" uit de rubriek "Type biopt" Als er geen keuze wordt ingevuld verschijnt de defaultwaarde "Invasie diepte wegens fragmentatie niet betrouwbaar te beoordelen" in de PV en conclusie
40. Aanpassingen in keuze bij rubriek "Invasie diepte NET" in combinatie met punt 38
41. Aanpassing voorwaarde: rubriek "snijvlak" is niet verplicht bij keuze "gefragmenteerde poliep" uit de rubriek "Type biopt" Als er geen keuze wordt ingevuld verschijnt de defaultwaarde "Snijvlak wegens fragmentatie niet betrouwbaar te beoordelen" in de PV en conclusie
42. Extra rubriek: Invasiediepte vanaf de muscularis musosae in mm, niet verplicht
43. Rubriek "Consult" wordt voortaan altijd onderaan een inzending getoond.
44. Uitbreiding onderliggende keuze met "niet te beoordelen" bij rubriek "Zijsnijvlak" met de keuze "vrij/niet vrij met specificatie"
45. Voorwaarden bij rubriek "diameter tumor" aangepast, ook als nv bij invasieve tumor bij poliepectomie
46. Invoering Controle knop, de functie van deze knop is per tabblad het in focus brengen van de eerste (nog) openstaande verplichte vraag
47. Functietoetsenbord is uitgebreid met de toetsten "↑" en "↓" om te springen naar een onderstaande respectievelijk bovenstaande rubriek
48. Eén inzending in focus, dit verminderd het scrollen

Voortgang protocollen

Paul Seegers, PALGA

Er is veel gebeurd sinds de laatste nieuwsbrief. De ontwikkelingen rondom de landelijke Protocollen gaan hard. Er zijn nu 17 landelijke protocollen operationeel deels in de oude PPM en deels in de nieuwe LogicNets module.

Naast de ontwikkeling van nieuwe protocollen zijn we hard bezig om de oude protocollen om te bouwen naar de LogicNets omgeving. Op dit moment wordt er gewerkt aan herbouw van het Plaveiselcelcarcinoom vd Huid en het Oesofagus-Maagcarcinoom. De verwachting is dat deze begin zomer operationeel zijn. Een overzicht van de protocollen in ontwikkeling en op de roadmap staat hieronder. In ontwikkeling is het moleculair protocol voor de mutatie analyse voor het coloncarcinoom. Dit zal in eerste instantie als stand-alone protocol worden gebruikt. PALGA heeft ook plannen om de PPM modulair te maken zodat moleculaire bepalingen geïncorporeerd kunnen worden in een leiden protocol, zoals hieronder schematisch is aangegeven. De technische detail worden uitgewerkt en de verwachting is dat dit 1Q 2016 operationeel is.



In de onderstaande tabel staan een paar protocollen in “planning” Die zijn in afwachting van goedkeuring van het een SKMS subsidie. Behalve de CRIS4, deze zal gebouwd worden ten behoeve van het nieuwe bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker en volgens de richtlijn Cervixcytologie.

Protocol	versie	releasedatu	PPM
Blaas-Urethracarcinoom	1.0.4	8-4-2015	LogicNets
Cervixcarcinoom	3.0.1.1.5	18-11-2014	LogicNets
Colonbiopt-TEM(1)	3.0.3.1.16	09-12-2014	LogicNets
ColonRectumcarcinoom	3.0.32	23-4-2015	LogicNets
Endometriumcarcinoom	3.0.14	17-4-2015	LogicNets
Longcarcinoom	10	29-5-2015	Oude PPM
Maag_Oesofaguscarcinoom	9	30-4-2015	Oude PPM
MammacarcinoomTotaal	24	18-5-2015	Oude PPM
Melanoom	2.0.10	18-5-2015	LogicNets
Nier-Pyelum-Uretercarcinoom	2.0.1.1.6	4-12-2014	LogicNets
Ovariumcarcinoom	5	27-8-2014	Oude PPM
Placenta	6	9-12-2014	Oude PPM
Plaveiselcelcarcinoom vd Huid	7	18-5-2015	Oude PPM
Prostaatcarcinoom	2.0.9	18-11-2014	LogicNets
Testiscarcinoom	1.2.1	27-2-2015	LogicNets
UrineLandelijk	20	20-2-2015	LogicNets
Moleculaire bepalingen ColonRectum	in ontwikkeling	3Q 2015	LogicNets
Maag_Oesofaguscarcinoom	herbouw	3Q 2015	LogicNets
Plaveiselcelcarcinoom vd Huid	herbouw	3Q 2015	LogicNets
Mammabiopsie (BVO)	planning	3/4Q 2015	LogicNets
Pancreascarcinoom	planning	1Q 2016	LogicNets
CRIS4 (BVO)	planning	3Q 2015	LogicNets
Moleculaire bepalingen Long	planning	3/4Q 2015	LogicNets
Prostaatbiopsie	planning	1Q 2016	LogicNets
Schildklierarcinoom	roadmap		
Moleculaire bepalingen Mamma	roadmap		
Moleculaire bepalingen Melanoom	roadmap		
Longbiopsie	roadmap		
Schildklier (FNA)	roadmap		
Weke delen	roadmap		
NET	roadmap		
SWK Melanoom	roadmap		
Larynxca., mondholte & orofarynxca.	roadmap		
Basaalcelcarcinoom	roadmap		
Galsblaas, Galgang & Hepatocelluairca.	roadmap		

Alle documentatie van de laatste versies staan op de vernieuwde website van PALGA : <http://www.palga.nl/professionals/protocollen.html>

Vanaf medio mei is er ook een directe koppeling gerealiseerd tussen PALGA en de DICA. Er kunnen nu protocol gegevens direct vanuit een laboratorium worden verstuurd naar een registratie van de DICA. De eerste koppeling die gerealiseerd is, is de koppeling tussen de DSCA en het CRC protocol, later dit jaar volgt het TEM gedeelte uit het Colonbiopt-TEM met de DSCA en de koppeling tussen de DUCA en het Oesofagus-Maag protocol.

Door samenwerking met de IKNL, KiMS, NVVP en SKMS zijn nu landelijke protocollen nu ook zichtbaar op Oncoline en de Richtlijndatabase. Hierdoor komen de protocollen ook beter onder de aandacht van de aanvragers. Zij kunnen nu ook makkelijk inzien welke vragen er in een protocol voorkomen. Zowel op Oncoline alsmede op de richtlijndatabase is een directe verwijzing naar de documentatie van het betreffende protocol.

Protocol “Plaveiselcelcarcinoom vd huid” (PCC) Oude PPM
Stefan Dubois, patholoog, Meander Medisch Centrum Amersfoort

Het protocol is nog in de oude omgeving. “Type excisie” is breed van opzet; de wat oudere term “huidschrapsel” wordt nog gebruikt en is nog niet aangepast naar “huidshave” zoals in het melanomenprotocol in LogicNets. De plaatsaanduiding meerdere klikjes, maar is volledig en staat ook toe genitale afwijkingen te coderen. Het is onduidelijk hoeveel collega’s buiten de academie gebruik maken van de mogelijkheden van actinische keratose graad 1-2-3, laat staan of het regelmatig wordt gebruikt voor pre-maligne afwijkingen.

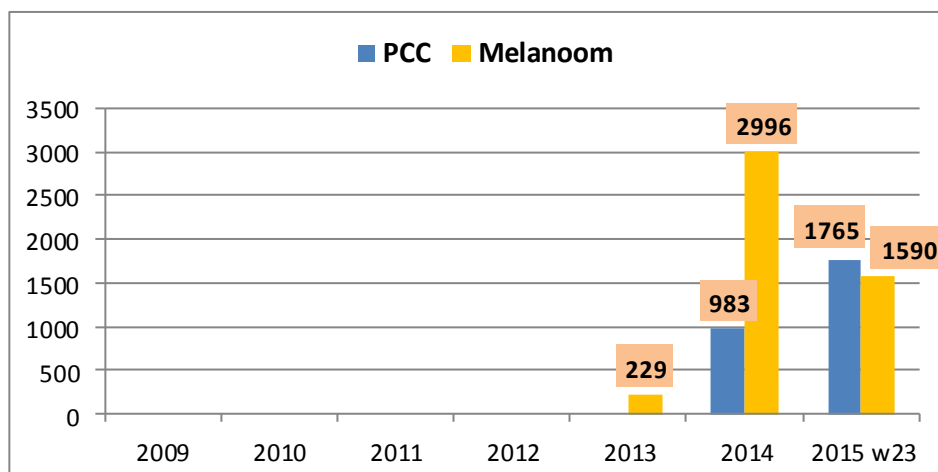
Bij aangeven dat het een re-excisie is zonder tumorrest wordt niet gevraagd het T-nummer van die eerdere excisie te vermelden.

Bij een stans of shave is de tumordiameter ook een verplicht onderdeel, hetgeen niet geheel logisch is, want meestal is de diameter op dat materiaal niet vast te stellen. De risicofactoren waardoor een tumor van T1 naar T2 wordt verhoogd, worden duidelijk vermeld in de aanvullende informatie achter het blauwe bolletje (kleine spelfout: Dit geldt), zo ook de wijze waarop correct de differentiatiegraad moet worden beoordeeld.

Bij shavebiopten wordt nog verplicht gevraagd naar de snijvlakken, hetgeen voor de clinicus meestal onnodige informatie is. De gegenereerde conclusie maakt geen korte samenvatting van de lokalisatie, maar geeft een onoverzichtelijke opsomming met veel (incorrecte) semi-colons. Daar zou nog het een en ander aan kunnen worden verbeterd. De uiteindelijke diagnose gaat schuil achter inleidende classificering, zodat ook dit bijdraagt tot verminderde leesbaarheid, bijvoorbeeld: “Huidstansbiopsie; romp ventraal, thorax; zijdigheid (para)mediaan; type dysplasie / plaveiselcelcarcinooma in situ: actinische keratose.”, in plaats van Huidstansbiopt thorax ventraal, paramediaan: actinische keratose.”

Deze punten zullen bij de herbouw herzien worden en zal meer op de wijze worden gepresenteerd van het Melanoom protocol in LogicNets.

Ondanks bovenstaande wordt het PCC in frequenter gebruikt.



De Feedbackknop
Paul Seegers, PALGA

Zoals vele weten bestaat er de mogelijkheid om feedback te geven op de protocollen via de “Feedback” knop. Echter blijkt deze knop niet bij iedereen te werken. Eerder is via de PCP’er een verzoek uitgegaan om deze knop binnen de eigen organisatie te testen. Aan dat verzoek hebben nu reeds 30 laboratoria voldaan, daaruit blijkt dat slechts 10 laboratoria de knop kunnen gebruiken. Het doorzetten van een feedback bericht via de module rechtstreeks naar buiten is een firewallinstelling binnen uw organisatie. Het hangt van de policy af van uw ziekenhuis of organisatie of dit mogelijk is (of gemaakt kan worden) of niet. Natuurlijk kunt op de vertrouwde wijze uw opmerkingen, aanvullingen, wensen enz blijven sturen naar paul.seegers@palga.nl

Samenstelling Werkgroep Protocollen
Per 1 juni 2015

Organisatie	naam	plaats
VUmc	Andra Neefjes	Amsterdam
Kennemer Gasthuis	Nathalie Balmus	Haarlem
Canisius Wilhelmina Ziekenhuis	Heidi Küsters	Nijmegen
Stichting PATHAN	Robert Hoedemaeker	Rotterdam
ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen	Bart Sturm	Terneuzen
Groene Hart Ziekenhuis	Elf de Jonge	Gouda
UMCG	Harry Hollema	Groningen
Meander Medisch Centrum	Stefan Dubois	Amersfoort
Stichting Elisabethziekenhuis	Jeroen Stavast	Tilburg
LabPON	Nina Kooij	Hengelo
Elkerliek ziekenhuis	Mari van Dijk	Helmond
Radboud UMC	Monica van Zanten	Nijmegen
UMCU	Stefan Willems	Utrecht
Stichting PC.-laboratorium West-Brabant	Celine Bertrand	Bergen op Zoom
LabPON	Gerard Freling	Enschede
Notulist	Anselma Doomen	Tilburg
Stichting PALGA	Paul Seegers	Houten