

Toegevoegde waarde van het uro-oncologische multidisciplinair overleg

Lucy K. Pellikaan, Jessica L.J. Vriesema, Marjolein G.J. Brusse-Keizer en Erik B. Cornel

- DOEL** Onderzoeken in hoeverre het primaire behandelvoorstel van een uroloog wijzigt door een multidisciplinair overleg (MDO).
- OPZET** Retrospectief cohortonderzoek.
- METHODE** Alle uro-oncologische MDO-brieven uit de periode 27 januari 2011-24 januari 2013 werden verzameld. Inclusie volgde als (a) de patiënt een nier-, blaas-, prostaat- of testistumor had, (b) een uroloog hoofdbehandelaar was, en (c) er een behandelvoorstel van zowel de uroloog als van het MDO aanwezig was. Met Cohens kappa (κ) stelden we per tumortype de overeenkomst vast tussen het behandelvoorstel van de uroloog en van het MDO. Ook keken we in hoeverre patiënten voor het MDO-behandelvoorstel hadden gekozen.
- RESULTATEN** Het MDO wijzigde het primaire behandelvoorstel bij 9% van de 788 geïncludeerde brieven, vooral bij patiënten met een niertumor (κ : 0,507; $p < 0,001$). De overeenkomst tussen het primaire behandelvoorstel en het MDO-voorstel was voor patiënten met een blaas-, testis- of prostaattumor respectievelijk substantieel (κ : 0,719; $p < 0,001$), bijna volledig (κ : 0,803; $p < 0,001$) en substantieel (κ : 0,634; $p < 0,001$). Bij patiënten met een prostaattumor hadden de behandelkeuzes 'brachytherapie' en 'externe radiotherapie' slechts een redelijke overeenkomst met het MDO-voorstel (respectievelijk κ : 0,564 en κ : 0,568; beide $p < 0,001$). Van alle patiënten koos 93% voor 1 van de behandelvoorstellen van het MDO.
- CONCLUSIE** Het MDO wijzigt het vaakst de primaire behandelvoorstellen voor patiënten met een niertumor. De waarde van het MDO is minder zichtbaar voor patiënten met een prostaattumor. De uiteindelijke behandelkeuze van de patiënt wordt mogelijk beïnvloed door uitleg en sturing van de behandelend uroloog.

Het multidisciplinair overleg (MDO) is niet meer weg te denken uit de gezondheidszorg.¹⁻³ Verschillende disciplines bespreken gezamenlijk de behandelmogelijkheden voor de individuele patiënt, waarbij rekening wordt gehouden met de richtlijnen.³ Op basis van beschikbare en eventueel door het MDO geadviseerde aanvullende diagnostiek wordt voor elke patiënt een behandelvoorstel op maat gemaakt; de patiënt kiest vervolgens voor een therapie.^{3,4} Door de complexiteit van de oncologische zorg, subspecialisatie en verscheidenheid aan al dan niet nieuwe behandelkeuzes is het MDO een belangrijk onderdeel binnen de oncologische zorg.^{3,5}

Theoretisch garandeert een MDO de beste patiëntenzorg. Dit gebeurt enerzijds door het bij elkaar brengen van verschillende disciplines met alle benodigde kennis en ervaring en anderzijds door het gebruikmaken van evidencebased richtlijnen, waarbij het MDO uiteindelijk weloverwogen een behandelstrategie van voorkeur kiest.^{1-3,6,7} Daarbij verbetert de communicatie tussen dokters onderling en vormt het MDO voor jonge dokters een ideaal leermoment.^{1-3,6,8}

Patiënten zijn tevreden over het MDO; zo beoordeelt ruim 90% van de mannen met een prostaattumor de waarde van het MDO als goed tot zeer goed.^{3,4,6-9} De wetenschap dat een panel van artsen elke casus bediscus-

Ziekenhuisgroep Twente, afd. Urologie, Hengelo.

Drs. L.K. Pellikaan, anios; dr. J.L.J. Vriesema en dr. E.B. Cornel, urologen.

Medisch Spectrum Twente, Medical School Twente, Enschede.

Dr. M.G.J. Brusse-Keizer, klinisch epidemioloog.

Contactpersoon: dr. E.B. Cornel (e.cornel@zgt.nl).

sieert stelt de patiënt gerust.¹⁻⁴ Voor het functioneren van een kwalitatief goed MDO gelden wel een aantal voorwaarden, te weten: (a) een degelijke organisatie, (b) vergaderingen op reguliere momenten, (c) aanwezigheid van benodigde faciliteiten, (d) bereidheid tot samenwerken, en (e) respect voor elkaars, mogelijk uiteenlopende meningen.^{1,3,4,6} De kosten van een MDO zijn naar verwachting niet gering en lijken te worden onderschat.³

In de Ziekenhuisgroep Twente vindt het uro-oncologische MDO 1 keer per week plaats. Urologen, oncologen, radiologen, radiotherapeuten, pathologen en verpleegkundig specialisten uit Almelo, Hengelo en Enschede participeren in dit MDO. Dankzij een videoverbinding is contact mogelijk tussen de teamleden van de verschillende locaties. Voorafgaand aan het MDO maakt de behandelend uroloog een conceptbrief met daarin relevante patiëntgegevens en zijn of haar behandelvoorstel. Tijdens het MDO wordt per casus gediscussieerd over de meest optimale behandelstrategie of relevante diagnostiek. Daarbij worden landelijke en soms Europese evidencebased richtlijnen gehanteerd. Er is een voorzitter die het overzicht bewaart, de discussie op gang houdt en uiteindelijk de knoop doorhakt. De oncologieverpleegkundige complementeert de MDO-brief met het multidisciplinair gekozen advies, waarna de brief direct tijdens het MDO wordt geaccordeerd en naar de huisarts wordt verzonden. Na het MDO bespreekt de behandelend uroloog het behandeladvies met de patiënt. Door deze multidisciplinaire aanpak krijgt de patiënt met een urologische tumor uiteindelijk een weloverwogen, uniform gekozen therapievoorstel aangeboden.

De vraag rijst of het MDO daadwerkelijk van invloed is op het primaire behandelvoorstel van de behandelend uroloog. Het doel van deze studie was om vast te stellen in hoeverre het primaire behandelvoorstel van de uroloog wijzigt door een MDO. Een 2e doel was om te bepalen in hoeverre de patiënt kiest voor het behandelvoorstel van het MDO. Deze studie beoogde niet de overeenkomst te bepalen tussen de behandelvoorstellen van de uroloog, het MDO en de richtlijnen; we gingen ervan uit dat er zo veel mogelijk was gehandeld conform de destijds geldende richtlijnen.

METHODE

Retrospectief werden alle MDO-brieven van het uro-oncologische MDO van de Ziekenhuisgroep Twente uit de periode 27 januari 2011-24 januari 2013 verzameld. We includeerden brieven van patiënten met een maligniteit van de nier, prostaat, blaas of testis. We excludeerden brieven waaruit bleek dat: (a) de uroloog geen hoofdbehandelaar was, (b) het een benigne urologische tumor of een niet relevante vraagstelling betrof, of

(c) het behandelvoorstel van de uroloog of het MDO ontbrak.

Uit de MDO-brieven leidden we af wat de behandelvoorstellen van de uroloog en het MDO waren. Per urologische tumor bepaalden we in hoeverre de behandelvoorstellen van de uroloog en het MDO niet, gedeeltelijk of geheel overeenkwamen. De mate van overeenkomst tussen de behandelvoorstellen van de uroloog en het MDO werd uitgedrukt met Cohens kappa (κ) en gedefinieerd als 'afwezig' ($\kappa < 0,00$), 'weinig' ($\kappa: 0,00-0,20$), 'matig' ($\kappa: 0,21-0,40$), 'redelijk' ($\kappa: 0,41-0,60$), 'substantieel' ($\kappa: 0,61-0,80$) of 'bijna volledig' ($\kappa: 0,81-1,00$). Omdat bij patiënten met een prostaattumor vaak meerdere behandelkeuzes mogelijk zijn, werd bij deze groep patiënten de mate van overeenkomst vastgesteld per behandelvoorstel. Een p-waarde $< 0,05$ gold als grens van statistische significantie.

Ten slotte stelden we via het elektronisch patiëntendossier vast welk behandelvoorstel de patiënt koos. De overeenkomst tussen de therapie die in het MDO was voorgesteld en de uiteindelijke keuze van de patiënt werd eveneens bepaald met Cohens kappa.

RESULTATEN

In totaal verzamelden we 978 MDO-brieven van het uro-oncologische MDO. Hiervan werden 190 brieven geëxcludeerd omdat (a) het behandelvoorstel van de uroloog of het MDO ontbrak ($n = 149$), (b) de uroloog geen hoofdbehandelaar was ($n = 18$), (c) er sprake was van een andere of benigne urologische tumor ($n = 20$), of (d) omdat het geen relevante vraagstelling betrof ($n = 3$). In tabel 1 staan de uitgangswaarden van de 788 geïnccludeerde patiënten.

OVEREENKOMST TUSSEN BEHANDELVOORSTELLEN

Van alle behandelvoorstellen van de uroloog en het MDO kwam 60% volledig met elkaar overeen. Bij 31% was sprake van overlap: de uroloog of het MDO deden meerdere behandelvoorstellen waarvan 1 of meerdere voorstellen met elkaar overeen kwamen. Het MDO wijzigde bij 9% het primaire behandelvoorstel van de uroloog. Wanneer dit werd uitgesplitst per tumor, bleek een volledige discrepantie tussen de behandelvoorstellen van de uroloog en het MDO te bestaan bij 17% van de patiënten met een niertumor, bij 14% van de patiënten met een blaastumor, bij 11% van de patiënten met een testistumor en bij 6% van de patiënten met een prostaattumor (tabel 2). Bij patiënten met een prostaat- of niertumor kwamen relatief de minste behandelvoorstellen volledig met elkaar overeen (respectievelijk 57 en 58%).

Voor patiënten met een niertumor kwamen de behandelvoorstellen van de uroloog en het MDO redelijk overeen ($\kappa: 0,507$; $p < 0,001$). Vergelijken met de behandelend uro-

TABEL 1 Kenmerken van de geïncludeerde patiënten.

kenmerk	patiënten (n = 788)*
♂	740 (94)
leeftijd; gemiddelde (SD)	68 (10)
keer besproken op het MDO	
1	669 (85)
> 1	119 (15)
comorbiditeit	
cardiovasculair†	369 (49)‡
diabetes mellitus§	98 (13) ‡
pulmonaal	79 (10)‡
neurologisch¶	78 (10)‡
darmaandoeningen**	28 (4)‡
positieve familieanamnese	68 (27)††
urologische tumor	
prostaat	560 (71)
blaas	130 (17)
nier	71 (9)
testis	27 (3)

* Getallen zijn n (%), tenzij anders aangegeven.

† Bij aanwezigheid van ten minste 1 van de volgende aandoeningen: hypertensie, myocardinfarct, angina pectoris, hypercholesterolemie, atriumfibrilleren, aortaklepinsufficiëntie, mitralisklepinsufficiëntie, tricuspidalisklepinsufficiëntie, decompensatio cordis, aneurysma aortae, ventrikelhypertrofie, carotisstenose, ventriculaire aritmieën.

‡ N = 754.

§ Bij aanwezigheid van 1 van de volgende aandoeningen: diabetes mellitus type 1 of diabetes mellitus type 2.

|| Bij aanwezigheid van ten minste 1 van de volgende aandoeningen: longcarcinoom, COPD, astma, duivenmelkerslong, pulmonaal fibrose, emfyseem, chronische bronchitis, longembolie.

¶ Bij aanwezigheid van ten minste 1 van de volgende aandoeningen: TIA, CVA, epilepsie, ziekte van Alzheimer, vasculaire dementie, ziekte van Parkinson, hersentumor.

** Bij aanwezigheid van ten minste 1 van de volgende aandoeningen: poliep, darmcarcinoom, diverticulose, diverticulitis, fistel ani.

†† N = 252.

loog koos het MDO met name vaker voor het behandelvoorstel 'expectatief', 'verwijzing naar een andere specialist' en 'verwijzing naar academie' (tabel 3). Er was een substantiële overeenkomst tussen de behandelvoorstellen van de uroloog en het MDO voor patiënten met een blaastumor (κ : 0,719; $p < 0,001$). Voor patiënten met een testistumor was er vrijwel geen discrepantie tussen de behandelvoorstellen van de uroloog en het MDO (κ : 0,803; $p < 0,001$).

TABEL 2 Overeenkomst tussen behandelvoorstellen van de uroloog en van het multidisciplinair overleg.

behandelvoorstel	n (%)*
niertumor (N = 71)	
totaal verschillend	12 (17)
overlap	18 (25)
volledig overeenkomend	41 (58)
blaastumor (N = 130)	
totaal verschillend	18 (14)
overlap	17 (13)
volledig overeenkomend	95 (73)
testistumor (N = 27)	
totaal verschillend	3 (11)
overlap	2 (7)
volledig overeenkomend	22 (82)
prostaattumor (N = 560)	
totaal verschillend	36 (6)
overlap	205 (37)
volledig overeenkomend	319 (57)

* Berekend per tumortype.

Er bestond een substantiële overeenkomst tussen de behandelvoorstellen van de uroloog en het MDO over patiënten met een prostaattumor (κ : 0,634; $p < 0,001$). Er was relatief minder raakvlak tussen de uroloog en het MDO voor de behandelvoorstellen 'brachytherapie' en 'verwijzing naar academie'. Wanneer de overeenkomst per behandelvoorstel werd bepaald, bleek de overeenkomst bij 'actief afwachten', 'radicale prostatectomie', 'androgendeprivatie-therapie' en een 'expectatief beleid' nog steeds substantieel (respectievelijk κ : 0,717, κ : 0,712, κ : 0,735 en κ : 0,711; alle $p < 0,001$). Voor 'brachytherapie' en 'radiotherapie' was deze slechts redelijk (respectievelijk κ : 0,564 en κ : 0,568; beide $p < 0,001$).

BEHANDELKEUZE PATIËNT

Van alle patiënten koos 93% voor 1 van de behandelvoorstellen van het MDO ($n = 765$). De mate van overeenkomst tussen het behandelvoorstel van het MDO en behandelkeuze van de patiënt was bijna volledig voor patiënten met een testis-, nier- of blaastumor (respectievelijk κ : 0,941, κ : 0,874, κ : 0,858; allen $p < 0,001$). Bij patiënten met een prostaattumor was de overeenkomst redelijk (κ : 0,514; $p < 0,001$). Het MDO stelde bij 202 van de 560 prostaattumorpatiënten (36%) meerdere therapieën voor. De patiënt kon dan zelf zijn keuze maken.

TABEL 3 Overeenkomst tussen behandelvoorstellen van de uroloog en van het MDO voor patiënten met een niertumor*.

behandelvoorstel MDO	uroloog koos voor dezelfde behandelstrategie als het MDO; n/N (%)
expectatief	8/17 (47)
partiële nefrectomie	6/9 (67)
totale nefrectomie	13/16 (81)
verwijzing andere specialist	9/19 (47)
verwijzing academie	2/6 (33)
meerdere opties mogelijk	4/4 (100)

MDO = multidisciplinair overleg.

* χ^2 : 0,507, standaardfout: 0,067; $n = 71$, $p < 0,001$.

BESCHOUWING

In dit onderzoek onderzochten we in hoeverre het primaire behandelvoorstel van de uroloog wijzigde door het multidisciplinair overleg. Hiervoor bepaalden we de overeenkomst tussen de behandelvoorstellen van de uroloog en het MDO. Tevens stelden we vast in welke mate de patiënt het behandelvoorstel van een MDO volgde.

De waarde van het MDO binnen de uro-oncologie is tot op heden niet overtuigend in kaart gebracht.^{2,3,5} Volgens een Engelse onderzoeksgroep is meer dan 98% van de behandelvoorstellen van de uroloog en het MDO hetzelfde voor patiënten met een urologische tumor.² Daarentegen laat een Amerikaanse onderzoeksgroep zien dat de primaire behandelvoorstellen voor patiënten met een urologische tumor wel degelijk veranderen door de multidisciplinaire aanpak: het MDO wijzigt behandelvoorstellen bij 44% van de patiënten met een blaastumor, bij 36% van de patiënten met een niertumor, bij 29% van patiënten met een testistumor en bij 22% van de patiënten met een prostaattumor.⁵ Slechts bij 35% van alle behandelvoorstellen wijzigt de diagnostiek of het behandelvoorstel niet door het MDO.⁵ Anders dan de Engelse onderzoeksgroep zagen wij dat het MDO wel degelijk het behandelvoorstel verandert, al was de verandering niet zo extreem als die in de Amerikaanse studie.^{2,5} Wij zagen de meeste invloed van het MDO bij het behandelvoorstel voor patiënten met een niertumor, en in mindere mate voor patiënten met een blaas- of prostaattumor.

Zowel de Amerikaanse onderzoeksgroep als wij zagen bij respectievelijk 36 en 17% van de patiënten met een niertumor dat het behandelvoorstel door het MDO veranderde.⁵ Met name de behandelvoorstellen ‘expectatief’,

‘verwijzing naar een andere specialist’ en ‘verwijzing naar academie’ kwamen minder overeen tussen de uroloog en het MDO. Voor patiënten met een niertumor lijkt de keuze voor de beste behandelstrategie niet altijd gemakkelijk. Bij oudere patiënten, patiënten met ernstige comorbiditeit of patiënten met kleine niertumoren wordt steeds vaker het advies ‘nauwgezet vervolgen’ gegeven of geadviseerd focale minimaal invasieve therapieën toe te passen, zoals cryoablatie. Ook een cytoreductieve nefrectomie, die bewezen effectief is bij patiënten die immunotherapie ondergaan, kan voorafgaand aan de behandeling met tyrosinekinaseremmers overwogen worden.¹⁰ Op een MDO geven bovengenoemde factoren wellicht aanleiding tot discussie, waardoor het primaire behandelvoorstel van de uroloog wijzigt.

Ook voor patiënten met een prostaattumor leek de multidisciplinaire aanpak van belang voor het bepalen van de juiste behandelkeuze. Hoewel er bij deze groep patiënten weliswaar een substantiële overeenkomst bestond tussen de behandelvoorstellen van de uroloog en het MDO, kwamen relatief minder behandelvoorstellen volledig met elkaar overeen (57%). Vergeleken met de andere urologische tumoren was er wel vaker overlap tussen de behandelvoorstellen van de uroloog en het MDO (37%). Wellicht kunnen deze uitkomsten verklaard worden door verschillen tussen de Nederlandse en Europese richtlijn van prostaattumor uit de periode 2011-2012, zoals de verschillende criteria voor de toepassing van brachytherapie.^{10,11} Daarnaast zijn vaak meerdere behandelstrategieën bij een en dezelfde patiënt mogelijk.^{10,11} Wanneer bij patiënten met een prostaattumor per behandelstrategie de overeenkomst tussen de uroloog en het MDO werd bepaald, viel op dat daar waar het MDO voor brachytherapie of externe radiotherapie koos, de uroloog dit beleid minder vaak had voorgesteld.

Voor patiënten met een prostaattumor zagen we, in tegenstelling tot patiënten met een andere type tumor, slechts een redelijke overeenkomst tussen de behandelkeuze van de patiënt en het MDO-advies. Een mogelijke verklaring is dat de uroloog als chirurg – misschien onder toenemende druk om aan de volumennormen te voldoen – vaker een operatieve ingreep boven radiotherapie verkiest. Ook de opmars van de robotchirurgie kan een potentiële reden zijn, omdat operatieaantallen gehaald moeten worden die de investering in een robot rendabel maken. Daarnaast zijn vaak meerdere behandelstrategieën mogelijk (36%), waarbij de uroloog op basis van zijn persoonlijke voorkeur sturing kan geven aan het advies van het MDO. De patiënt kiest uiteindelijk voor een behandelvoorstel, al dan niet beïnvloed door de arts die de MDO-uitslag vertelt.

In de Ziekenhuisgroep Twente koos maar liefst 93% van de patiënten met een urologische tumor voor 1 van de

LEERPUNTEN

MDO-behandelvoorstellen. Dit bleek ook uit de bijna volledige overeenkomst tussen de behandelvoorstellen van het MDO en de uiteindelijke keuze van patiënten met een testis-, nier- of blaastumor. De resultaten suggereerden dat het overgrote merendeel van de patiënten vertrouwen had in dit uro-oncologische MDO. Slechts 7% van onze onderzoekspopulatie volgde het behandelvoorstel niet op. De reden hiervoor konden we bij 56% van patiënten niet specifiek met vragenlijsten navragen, vanwege het retrospectieve karakter van deze studie.

Een potentiële valkuil van een MDO is dat tijdens een bespreking het directe patiëntencontact ontbreekt. Mogelijk houdt het MDO daardoor soms toch onvolledige rekening met comorbiditeit van de patiënt of diens voorkeur voor een bepaalde behandeling.³ Daarom kan soms, mits gemotiveerd, in goed overleg met de patiënt worden afgeweken van een MDO-behandelvoorstel.

STERKE PUNTEN EN BEPERKINGEN

Voor zover bekend was dit het eerste Nederlandse onderzoek dat bij een grote studiegroep onderzocht in welke mate het uro-oncologische MDO de primaire behandelvoorstellen van de uroloog wijzigde. De meest relevante tekortkoming is het ontbreken van uitkomstmaten op patiënt- en ziekteniveau. De vraag is immers of verandering in het behandelvoorstel ook daadwerkelijk leidt tot betere uitkomsten voor de patiënt. Vanwege de retrospectieve aard van deze studie zijn relatief veel MDO-brieven geëxcludeerd, omdat relevante informatie ontbrak. Ten slotte zijn de uitkomsten gebaseerd op 1 uro-oncologisch MDO in 1 ziekenhuis. Daarom kunnen de getrokken conclusies niet zonder meer geëxtrapoleerd worden naar de uro-oncologische afdelingen in andere ziekenhuizen.

AANBEVELINGEN

Vervolgonderzoek met een gerandomiseerde studie kan de toegevoegde waarde vaststellen van het MDO in de besluitvorming omtrent een behandelkeuze. Consequenties van het MDO op uitkomstmaten zoals overleving, kwaliteit van leven en patiënttevredenheid dienen te worden bepaald. Het is immers tijdrovend en kostbaar

- Door de complexiteit van oncologische zorg, subspecialisatie en een verscheidenheid aan al dan niet nieuwe therapiekeuzes is het multidisciplinair overleg (MDO) een belangrijk onderdeel binnen de uro-oncologische zorg.
- Het MDO heeft de meeste invloed op het behandelvoorstel voor patiënten met een niertumor.
- De waarde van het MDO is minder zichtbaar voor patiënten met een prostaattumor, wat mogelijk verklaard kan worden door minder eenduidige richtlijnen.
- Het overgrote merendeel van de uro-oncologische patiënten kiest voor het behandelvoorstel van het MDO.

om elke patiënt multidisciplinair te bespreken. Het maken van onderlinge beleidsafspraken leidt mogelijk tot minder discongruentie in behandelvoorstellen tussen de uroloog en het MDO; ook dit kan worden onderzocht. Ten slotte kan de overeenkomst tussen de behandelvoorstellen en de geldende richtlijnen worden vastgesteld.

CONCLUSIE

De behandelvoorstellen voor patiënten met een niertumor geven het vaakst aanleiding tot discussie op een multidisciplinair overleg. Bij deze patiëntengroep worden de behandelvoorstellen het meest beïnvloed door de multidisciplinaire aanpak. Vanwege de minder eenduidige richtlijnen is de waarde van het MDO minder zichtbaar voor patiënten met een prostaattumor. Bij de keuze tussen meerdere behandelopties valt of staat de uiteindelijke behandelbeslissing met uitleg en sturing door de behandelend uroloog.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 11 februari 2015

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2015;159:A8590

 **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/A8590**

LITERATUUR

- 1 Ruhstaller T, Roe H, Thürlimann B, Nicoll JJ. The multidisciplinary meeting: An indispensable aid to communication between different specialities. *Eur J Cancer*. 2006;42:2459-62.
- 2 Acher PL, Young AJ, Etherington-Foy R, McCahy PJ, Deane AM. Improving outcomes in urological cancers: the impact of "multidisciplinary team meetings". *Int J Surg*. 2005;3:121-3.
- 3 Fleissig A, Jenkins V, Catt S, Fallowfield L. Multidisciplinary teams in cancer care: are they effective in the UK? *Lancet Oncol*. 2006;7:935-43.
- 4 Basler JW, Jenkins C, Swanson G. Multidisciplinary management of prostate malignancy. *Curr Urol Rep*. 2005;6:228-34.
- 5 Kurpad R, Kim W, Rathmell WK, et al. A multidisciplinary approach to the management of urologic malignancies: does it influence diagnostic and treatment decisions? *Urol Oncol*. 2011;29:378-82.
- 6 Gomella LG. The prostate cancer unit: a multidisciplinary approach for which the time has arrived. *Eur Urol*. 2011;60:1197-9.

- 7 Guidance for commissioning cancer services. Improving outcomes in urological cancers. The research evidence. Londen: National Institute for Clinical Excellence; 2002.
- 8 Gomella LG, Lin J, Hoffman-Censits J, et al. Enhancing prostate cancer care through the multidisciplinary clinic approach: a 15-year experience. *J Oncol Pract.* 2010;6:e5-10.
- 9 Magnani T, Valdagni R, Salvioni R, et al. The 6-year attendance of a multidisciplinary prostate cancer clinic in Italy: incidence of management changes. *BJU Int.* 2012;110:998-1003.
- 10 Richtlijnen voor oncologische zorg. OncoLine. www.oncoline.nl, geraadpleegd op 10 maart 2015.
- 11 Heidenreich A, Bellmunt J, Bolla M, et al; European Association of Urology. EAU guidelines on prostate cancer. Part 1: screening, diagnosis, and treatment of clinically localised disease. *Eur Urol.* 2011;59:61-71.