

# Indicatorenset

## Blaascarcinoom

Uitvraag ziekenhuizen/ZBC's over verslagjaar 2020

Versie, oktober 2020

Meer informatie op:

- OmniQ (portaal van DHD) voor aanlevering kwaliteitsgegevens verslagjaar 2021  
<https://extranet.dhd.nl/producten/OmniQ>
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen: [www.nvz-ziekenhuizen.nl](http://www.nvz-ziekenhuizen.nl)
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra: [www.nfu.nl](http://www.nfu.nl)
- Zelfstandige Klinieken Nederland: [www.zkn.nl](http://www.zkn.nl)
- Zorginstituut Nederland: <http://www.zorginzicht.nl>

Samengesteld door:

- Nederlandse Federatie van kankerpatiënten organisaties
- Leven met blaas- of nierkanker
- Nederlandse Vereniging voor Urologie
- Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie
- Nederlandse Internisten Vereniging
- Federatie Medisch Specialisten
- Verzorgenden & Verpleegkundigen Nederland, Urologie
- Patiëntenfederatie Nederland
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
- Zorgverzekeraars Nederland

Contactinformatie:

- Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU)

**Deze indicatorset is opgenomen in het register van Zorginstituut Nederland. Vrijwillige en verplichte indicatoren worden aangeleverd via het door de koepelorganisaties gekozen aanleverportaal (gegevensmakelaar). Die faciliteert de route (aanlevering en publicatie) voor verplichte transparantie. De verplicht aangeleverde gegevens worden door Zorginstituut Nederland gepubliceerd.**

# Inhoud

1	Overzicht indicatoren	3
2	Algemene informatie	4
2.1	Uitgangspunten	4
2.2	Populatiebepaling	4
2.3	Aanlevering van de gegevens	4
2.4	Indicatorenwerkgroep	4
3	Indicatoren	5
4	Wijzigingstabel	9

## 1 Overzicht indicatoren

<b>Indicator-nummer</b>	<b>Indicatornaam</b>	<b>Transparantie?<sup>1</sup></b>
1	Volume	Verplicht
2	30-dagen complicaties en mortaliteit	Verplicht
3	PROMS	Verplicht

---

<sup>1</sup> Vrijwillige indicatoren worden niet opgenomen op de Transparantiekalender en dus niet aangeleverd en gepubliceerd door Zorginstituut Nederland. Vrijwillige indicatoren worden gedeeld met de Zorgverzekeraars.

## 2 Algemene informatie

### 2.1 Uitgangspunten

De zorginhoudelijke indicator uit deze indicatorgids is afkomstig uit de registratie van de Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU). De informatie die nodig is voor de indicatoren uit deze gids, wordt lokaal bij het ziekenhuis uitgevraagd. Ziekenhuizen kunnen aan deze informatie komen door de exportfunctie van de database van de NVU-registratie te gebruiken.

### 2.2 Populatiebepaling

Qua populatiebepaling, peildatum, in- en exclusiecriteria en definities sluiten de indicatoren volledig aan op de NVU-registratie.

---

Radicale cystectomie	36250 Totale cystectomie, open procedure (zie laparoscopisch).	036256 voor
	36251 Cystectomie met eenvoudige deviatie van de urinewegen.	
	36252 Totale cystectomie met urinedeviatie door middel van het implanteren van een of beide ureteren in een geïsoleerd darmsegment, in een zitting.	
	36253 Totale cystectomie met aanleggen van een continent urostoma, in een zitting.	
	36255 Totale blaasvervangning met behulp van een geïsoleerd darmsegment zonder stoma, inclusief de cystectomie, in een zitting.	
	36256 Laparoscopische totale cystectomie (zie 036250 voor open procedure).	
	36257 Totale blaasvervangning met behulp van een geïsoleerd darmsegment zonder stoma, open procedure (zie 036258 voor laparoscopisch).	
	36258 Totale blaasvervangning met behulp van een geïsoleerd darmsegment zonder stoma, inclusief de cystectomie, laparoscopisch (zie 036257 voor open procedure).	

---

### 2.3 Aanlevering van de gegevens

Via [www.zorginzicht.nl](http://www.zorginzicht.nl) is het processchema te raadplegen voor de aanlevering van de gegevens behorende bij de indicatoren.

### 2.4 Indicatorenwerkgroep

De werkgroep voor de doorontwikkeling van de indicatorenset prostaatcarcinoom bestaat uit de volgende personen:

NVU:	Mw. A. Leliveld, uroloog Dhr. J. Oddens, uroloog
NVRO:	Dhr. K. Hinnen, radiotherapeut-oncoloog Dhr. M. Hulshoff, radiotherapeut-oncoloog
NIV/NVMO:	Mw. F. van den Berkmortel, internist-oncoloog Dhr. R. van Alphen, internist-oncoloog
NFK:	Mw. I. Dingemans, projectleider kwaliteit van zorg
Leven met blaas- of nierkanker:	Dhr. G. Venderbosch, patiëntvertegenwoordiger Mw. E. Wolak, projectleider
Federatie Medisch Specialisten:	Mw. I. Maas, senior beleidsadviseur
NVZ:	Dhr. S. van Aalst, beleidsadviseur
V&VN:	Mw. E. van Koeveringe, secretaris
ZN:	Mw. L. Vunderink, vertegenwoordiger Mw. C. Ziedges des Plantes Mw. J. Gehlen, medisch adviseur

### 3 Indicatoren

#### 1 - Volume

<b>Indicatornaam</b>	Indicator 1 – Volume
<b>Indicatornummer</b>	1
<b>Operationalisatie</b>	Aantal cystectomieën voor blaaskanker in het verslagjaar op uw ziekenhuislocatie en het aantal urologen op de peildatum cystectomieën voor blaaskanker op uw ziekenhuislocatie uitvoeren.
<b>Informatie voor cliënten</b>	Patiënten geven aan dat zij graag behandeld willen worden door een arts die vaak een bepaalde handeling doet; het vaker verrichten van de handeling vergroot de vaardigheid.
<b>Transparantie</b>	Verplicht
<b>Type indicator</b>	Structuur
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Effectiviteit, cliëntgerichtheid
<b>Datatype</b>	Aantal
<b>Bron (achtergrond) van de indicator</b>	Verschillende studies hebben de relatie tussen het aantal cystectomieën op ziekenhuisniveau en mortaliteit onderzocht, waarvan een aantal ook op artsniveau (Birkmeyer, 2002; Elting, 2005; Finlayson, 2003; Konety, 2006; Konety, 2005). Hierbij is vooral gekeken naar de uitkomstmaat ziekenhuismortaliteit. Slechts één studie was daadwerkelijk opgezet om een afkappunt vast te stellen (McCabe, 2005). Hoewel er methodologisch wel wat op deze studies is aan te merken, lijkt er toch een trend te bestaan richting een omgekeerde relatie tussen aantal cystectomieën per ziekenhuis en ziekenhuismortaliteit. Een studie van Mayer uit 2011 onderzocht daarnaast de relatie van volume op ziekenhuis- en artsniveau en andere uitkomstmaten zoals postoperatieve heringrepen, postoperatieve complicaties en heropnames (Mayer, 2011). Hier werd echter een negatieve relatie aangetoond tussen volume op ziekenhuisniveau en postoperatieve heringrepen, terwijl er een positieve relatie werd aangetoond op artsniveau. Voor postoperatieve complicaties en heropnames werd geen significante relatie met volume aangetoond.
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Teller 1a</b>	Hoeveel urologen voerden op de peildatum cystectomieën voor blaaskanker uit op uw ziekenhuislocatie?
<b>Teller 1b</b>	Hoeveel cystectomieën voor blaaskanker werden in het verslagjaar op uw ziekenhuislocatie verricht?
<b>Definitie</b>	Indien n.v.t. wordt aangevinkt, worden alleen de vragen gesteld die niet over de operatie gaan. Dit is bedoeld voor ziekenhuizen die minimaal diagnostiek voor blaascarcinoom verrichten
<b>Databron (registratie)</b>	Ziekenhuisregistratie / EPD: de informatie wordt lokaal bij het ziekenhuis uitgevraagd. Ziekenhuizen moeten de informatie zelf invullen.
<b>Norm</b>	
<b>Meetperiode</b>	01-01-2020 t/m 31-12-2020
<b>Aanleverfrequentie</b>	één keer per jaar
<b>Aanleverniveau</b>	concernniveau met verwijzende opmerkingen bij iedere locatie

## 2 – 30 dagen complicaties en mortaliteit

<b>Indicatornaam</b>	Indicator 2 – 30 dagen complicaties en mortaliteit
<b>Indicatornummer</b>	2
<b>Operationalisatie 2a</b>	Het percentage patiënten waarbij blaaskanker is vastgesteld en dat binnen 30 dagen na de cystectomie complicaties ondervindt (Clavien Dindo score 3 en/of 4, m.u.v. 5).
<b>Operationalisatie 2b</b>	Het percentage patiënten waarbij blaaskanker is vastgesteld en dat binnen 30 dagen na de cystectomie is overleden (Clavien Dindo score 5).
<b>Operationalisatie 2c</b>	De gemiddelde ASA score van patiënten met blaaskanker waarbij als primaire behandeling een cystectomie is uitgevoerd.
<b>Informatie voor cliënten</b>	Patiënten geven aan dat zij graag inzicht hebben in de korte en lange termijn complicaties wanneer de diagnose blaaskanker wordt gesteld. Het relateren van overleving aan kwaliteit van de geleverde zorg is lastig, aangezien overleving grotendeels gerelateerd is aan de ziekte zelf (onafhankelijk van de geleverde zorg). Hierbij is het erg van belang om patiënt-karakteristieken in kaart te brengen, aangezien deze ook een rol kunnen spelen.
<b>Transparantie</b>	Verplicht
<b>Type indicator</b>	Uitkomst
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Effectiviteit
<b>Datatype</b>	Percentage
<b>Bron (achtergrond) van de indicator</b>	De kwaliteit van een radicale cyst(prostat)ectomie wordt bepaald door de indicatiestelling, de radicaliteit van de ingreep (zich uitend in oncologische resultaten en ziektespecifieke overleving), en het aantal complicaties. Inherent aan de chirurgische behandeling van blaascarcinoom is het optreden van complicaties. Zoals in de literatuur bekend is er frequent sprake van complicaties waarvan de minderheid score 3 en 4 volgens Clavien Dindo maar er bestaat (internationaal) variatie. <sup>3,4</sup> De verwachting is dat deze variatie ook in Nederland aanwezig is. Bij overlijden (Clavien Dindo score 5) binnen 30 dagen na de cystectomie is er een verband te verwachten met de ingreep. Vastgesteld is dat de 30-dagen mortaliteit niet boven de 6% moet komen in Nederland. Hierbij speelt de comorbiditeit van de patiënt een rol en hiermee zal rekening moeten worden gehouden mocht men dit gaan meten.
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Teller 2a</b>	Het aantal patiënten dat een cystectomie onderging voor blaaskanker en dat binnen 30 dagen na de ingreep complicaties ondervindt, zijnde Clavien Dindo score 3 en/of 4, waarbij de hoogste score per patiënt wordt meegenomen) <i>Patiënten met score 5 worden niet meegenomen.</i>
<b>Teller 2b</b>	Het aantal patiënten dat een cystectomie onderging voor blaaskanker en dat binnen 30 dagen na de ingreep is overleden. (Clavien Dindo score 5)
<b>Noemer 2a + 2b</b>	Het aantal patiënten dat een cystectomie onderging als behandeling voor blaaskanker.
<b>Teller 2c</b>	De som van alle ASA scores van patiënten met blaaskanker waarbij als primaire behandeling een cystectomie is uitgevoerd.
<b>Noemer 2c</b>	Het aantal patiënten dat een cystectomie onderging als

	behandeling voor blaaskanker en waarbij de ASA score bekend is.
<b>Definitie</b>	n.v.t.
<b>In-/exclusiecriteria</b>	
<b>Casemix</b>	ASA-score, zie bijlage 1
<b>Databron (registratie)</b>	Ziekenhuisregistratie / EPD: de informatie wordt lokaal bij het ziekenhuis uitgevraagd. Ziekenhuizen moeten de informatie zelf invullen.
<b>Norm</b>	n.v.t.
<b>Meetperiode</b>	Teller en noemer 2a: 01-06-2019 t/m 30-05-2020 Teller en noemer 2b: 01-06-2017 tot en met 30-05-2019 Teller en noemer 2c: 01-06-2019 t/m 30-05-2020 <i>Mortaliteit wordt berekend over 3 jaar.</i>
<b>Aanleverfrequentie</b>	één keer per jaar
<b>Aanleverniveau</b>	concernniveau met verwijzende opmerkingen bij iedere locatie

### 3 – PROMs deelname en respons

<b>Indicatornaam</b>	Indicator 3 – PROMs
<b>Indicatornummer</b>	3
<b>Operationalisatie</b>	Worden PROMs voor structureel aan patiënten aangeboden en met patiënten besproken in de spreekkamer?
<b>Informatie voor cliënten</b>	Blijvende effecten op kwaliteit van leven die optreden na een cystectomie zijn een zorg voor veel patiënten en kunnen een significante impact hebben op de lange termijn.
<b>Transparantie</b>	Verplicht
<b>Type indicator</b>	Structuur
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Cliëntgerichtheid
<b>Datatype</b>	ja/nee
<b>Bron (achtergrond) van de indicator</b>	Er is momenteel geen uniforme landelijke PROM-vragenlijst voor blaascarcinoom beschikbaar. De NVU zal op basis van de BlaZIB resultaten een aanbeveling geven over de te gebruiken vragenlijsten voor het registreren van de PROMs. Hierbij zullen ook de patiëntenorganisaties betrokken worden.
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Vraag 3a</b>	Worden PROMs voor blaaskanker structureel aan patiënten aangeboden in uw ziekenhuis?
<b>Antwoordopties 3a</b>	Ja/Nee/Nee, de instelling biedt geen PROMs voor blaaskanker aan, vanwege het niet beschikbaar zijn van een landelijke vragenlijst voor blaascarcinoom.
<b>Vraag 3b</b>	Worden PROMs voor blaaskanker structureel met patiënten besproken in de spreekkamer?
<b>Antwoordopties 3b</b>	Ja/Nee
<b>Definitie</b>	Met 'structureel' wordt bedoeld dat iedere patiënt hiermee in aanraking komt, omdat het is ingebed in de werkwijze van het ziekenhuis. Met "besproken in de spreekkamer" wordt bedoeld dat de patiënten zijn eigen resultaten van de door hem ingevulde PROMs teruggekoppeld krijgt en dat deze met hem worden besproken door zijn medisch of verpleegkundig specialist en/of een gespecialiseerd verpleegkundige.
<b>In-/exclusiecriteria</b>	n.v.t.
<b>Casemix</b>	n.v.t.
<b>Databron</b>	Ziekenhuis registratie / EPD

<b>(registratie)</b>	
<b>Norm</b>	n.v.t.
<b>Aanleverfrequentie</b>	één keer per jaar
<b>Aanleverniveau</b>	concernniveau met verwijzende opmerkingen bij iedere locatie

## Bijlage – tabel 1

### Case mix factoren bij indicator 2:

ASA score: hoe hoger de score, hoe slechter de conditie van de patiënt.

<b>Indicator 2: 30-dagen complicaties</b>		<b>Formule</b>
<b>Teller 1a</b>	Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie patiënten verzameld onder de noemer. Selecteer de patiënten bij wie binnen 30 dagen na cystectomie Clavien Dindo 3 en/of 4 geregistreerd is en neem enkel de hoogste score mee. Patiënten met score 5 worden niet meegenomen die komen in teller 1b terug.	Aantal patiënten bij wie Clavien Dindo 3 en/of 4 geregistreerd is, tussen B2 en B2 + 30 dagen
<b>Teller 1b</b>	Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie patiënten verzameld onder de noemer. Selecteer de patiënten bij wie binnen 30 dagen na cystectomie Clavien Dindo score 5 geregistreerd is (overleden).	Aantal patiënten bij wie B3, 30 dagen na B2
<b>Noemer 1a en 1b</b>	Selecteer alle patiënten met een blaascarcinoom bij wie een cystectomie is uitgevoerd.	Aantal patiënten die voldoen aan B1
<b>Teller 2</b>	Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie patiënten verzameld onder de noemer. Tel de ASA score van deze patiënten bij elkaar op.	Som B5 van patiënten met B1
<b>Noemer 2</b>	Selecteer alle patiënten met een blaascarcinoom bij wie een cystectomie is uitgevoerd en een ASA score bekend is.	Aantal patiënten die voldoen aan B1 en B5

\*Zie ook tabel 1 met specificatie van de benodigde variabelen.

### Leeswijzer:

- Indien het percentage mortaliteit van het ziekenhuis gelijk is aan landelijk percentage mortaliteit (sterfte na de ingreep) wat wordt gemeten, presteert het ziekenhuis op niveau.
- Indien het percentage mortaliteit van het ziekenhuis hoger ligt dan landelijk percentage gemeten mortaliteit, én de gemiddelde ASA score (de gemiddelde comorbiditeit van de patiëntengroep) van ziekenhuis is hoger dan het landelijke gemiddelde, is er een patiëntengroep geopereerd dat een slechtere conditie had dan gemiddeld in Nederland het geval bleek te zijn. Dan is er geen verbetering nodig van de geleverde kwaliteit van zorg, aangezien het hogere aantal sterfgevallen hiermee te verklaren is.
- Indien het percentage mortaliteit van het ziekenhuis hoger ligt dan landelijke percentage gemeten mortaliteit, en ASA score van ziekenhuis is gelijk of lager dan het landelijke gemiddelde (vergelijkbare of betere conditie van patiënt), dan zal de navraag gedaan worden wat de redenen hiervan kunnen zijn.



**Voorbeeld:**

Ziekenhuis X tegenover het landelijke gemiddelde.

Mortaliteit	3,9%	3,5%	Mortaliteit hoger dan gemiddeld
ASA	2,5	2	ASA slechter dan gemiddeld
<b>Conclusie</b>	Mortaliteit hoger bij slechter dan gemiddelde patiëntengroep: dus verklaarbaar hogere mortaliteit, geen verdere actie nodig.		

#### 4 Wijzigingstabel

Wijzigingstabel ten opzichte van de gids van verslagjaar 2019

<b>Indicator</b>	<b>Wijziging</b>
1	De bron is aangepast naar de eigen ziekenhuisregistratie.
2	De meetperiode is aangepast naar 01-06-2019 t/m 30-05-2020