

# **Indicatorenset In opzet curatieve behandeling prostaatcarcinoom**

Uitvraag ziekenhuizen/ZBC's over verslagjaar 2018

Versie oktober 2017 – vastgesteld door ZiNL

## Colofon

### Internet:

- OmniQ (portaal van DHD) voor aanlevering kwaliteitsgegevens:  
<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:

*Federatie Medisch Specialisten  
Nederlandse Federatie van kankerpatiënten organisaties  
Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra  
Nederlandse Vereniging voor Urologie  
Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen  
Patiëntenfederatie Nederland  
ProstaatKankerStichting  
Zorgverzekeraars Nederland*

**Deze indicatorenset is opgenomen in het register van Zorginstituut Nederland waarmee het aanleveren van deze kwaliteitsgegevens in 2019 over verslagjaar 2018 wettelijk verplicht is (m.u.v. indicator 4.2).**



## **Inhoudsopgave Prostaatcarcinoom**

Overzicht indicatoren Prostaatcarcinoom	<b>5</b>
Indicatorwerkgroep	<b>6</b>
Algemene informatie over zorginhoudelijke indicatoren	<b>7</b>
Zorginhoudelijke indicatoren	<b>8</b>
Doorontwikkelwensen 2019 en verder	<b>17</b>
Klantpreferentievragen	<b>17</b>
Wijzigingstabel 2017	<b>17</b>

## Overzicht Indicatoren Prostaatkarcinoom over verslagjaar 2018

Zorginhoudelijke indicatoren		
1	<b>Volume</b>	Aantal radicale prostatectomieën voor prostaatkanker die in het verslagjaar werden verricht. Aantal urologen die in het verslagjaar radicale prostatectomieën uitvoerden.
2	<b>MDO</b>	Aantal patiënten met een primair gediagnosticeerd prostaatkarcinoom dat besproken is in het MDO.
3	<b>Complicaties</b>	Aantal patiënten waarbij complicaties na een radicale prostatectomie optreden.
4	<b>PROMS</b>	Gebruik van PROMS prostaatkanker in het ziekenhuis

### **Indicatorwerkgroep**

De werkgroep voor de doorontwikkeling van de indicatorenset Prostaatcarcinoom bestond in 2016-2017 uit de volgende personen:

Federatie:	Mw. I. Maas, beleidsadviseur
NFK:	Mw. I. Dingemans, adviseur
	Mw. De Vries, projectleider
NVRO:	Dhr. M. Hulshoff, radiotherapeut-oncoloog AMC
NVU:	Dhr. G. van Andel, uroloog OLVG
	Dhr. J. van Moorselaar, uroloog VUMC
	Mw. I. van Oort, uroloog Radboudumc
	Mw. J. Stienen, kwaliteitsfunctionaris NVU
NVZ:	Mw. M. Terlingen, beleidsadviseur Kwaliteit & Organisatie
PKS	Dhr. H. Niekus, patiëntvertegenwoordiger
	Mw. E. Wolak, beleidsmedewerker
V&VN:	Mw. J. Verkerk, voorzitter V&VN Urologie Verpleegkundigen
ZN:	Mw. L. Vunderink, vertegenwoordiger Zorgverzekeraars Nederland
	Dhr. G. van Hoof, vertegenwoordiger vanuit CZ
	Dhr. H. Otten, vertegenwoordiger vanuit Zorg en zekerheid

## **Algemene informatie over zorginhoudelijke indicatoren Prostaatcarcinoom**

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.

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

## Zorginhoudelijke indicatoren Prostaatkarcinoom

Indicator 1: Volume	
<b>Relatie tot kwaliteit</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. Van prostatectomieën voor een prostaatkarcinoom is in onderzoek aangetoond dat hogere volumes leiden tot betere zorguitkomsten.
<b>Operationalisatie A</b>	Hoeveel radicale prostatectomieën voor prostaatkanker werden in het verslagjaar op uw ziekenhuislocatie verricht?
<b>Operationalisatie B</b>	Door hoeveel urologen werden in het verslagjaar op uw ziekenhuislocatie radicale prostatectomieën uitgevoerd?
<b>Definitie(s)</b>	operateur: urologen die de operatie zelf uitvoeren of supervisie geven aan AIOS/ANIOS
<b>In- /exclusiecriteria</b>	Zie NVU-registratie
<b>Bron</b>	NVU-registratie*
<b>Meetfrequentie</b>	Continu in NVU-registratie
<b>Verslagjaar</b>	01-01-2018 tot en met 31-12-2018
<b>Meetniveau</b>	Ziekenhuislocatie

\*De informatie wordt lokaal bij het ziekenhuis uitgevraagd. Ziekenhuizen moeten de informatie zelf invullen. Ziekenhuizen kunnen aan deze informatie komen door de exportfunctie van de database van de NVU-registratie te gebruiken.

Unaniem advies vanuit werkgroep: verplichte transparantie

### Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

Al jaren wordt (inter)nationaal de discussie gevoerd over de relatie tussen volume en kwaliteit van zorg. Meer concreet de relatie tussen het aantal uitgevoerde prostatectomieën en de uitkomst in de zin van complicaties, oncologische en functionele resultaten. Hoewel door het invoeren van volume normen de variatie met name aan de onderkant kleiner is geworden, bestaat zij nog zeker. Daarnaast wordt in toenemende mate aangetoond dat er een relatie is tussen volume en kwaliteit; een groter volume leidt tot betere kwaliteit van zorg. De verwachting is dat op termijn de volumenorm verhoogd zal worden.

### Mogelijkheden tot verbetering

Al vele jaren is er een trend zichtbaar naar regionalisatie van meer gecompliceerde chirurgische ingrepen waaronder ook prostatectomieën. Bij de werkgroep bestaat de verwachting dat deze trend zich verder zal doorzetten.

### Beperkingen bij gebruik en interpretatie

In de literatuur bestaat geen consensus over een minimum aantal ingrepen per jaar. De Nederlandse Vereniging voor Urologie heeft kwaliteitsnormen opgesteld voor de optimale behandeling van patiënten met prostaatkanker, teneinde het proces van zorgconcentratie voor laag-volume chirurgie verder te bevorderen. Het minimaal aantal radicale prostatectomieën per jaar per ziekenhuislocatie bedraagt 20 per jaar (NVU, 2015). Het signaal om samenwerking te zoeken bij een jaarlijks volume dat duidelijk lager is dan 20 ingrepen per locatie is glashelder.

Bij deze indicator wordt geen rekening gehouden met de verdeling van het aantal prostatectomieën over het aantal urologen dat deze ingreep uitvoert, bijvoorbeeld elf ingrepen verdeeld over vier specialisten. De werkgroep is van mening dat het vaak een combinatie is van twee of meer urologen die samen de ingreep uitvoeren. De aanname is dat artsen onderling er zorg voor dragen dat het op artsniveau goed geregeld is.

De indicator kan niet gebruikt worden om het aantal prostatectomieën per uroloog te bepalen, omdat operaties door meer dan één uroloog kunnen worden uitgevoerd, maar geeft slechts een overzicht van volume op instellingsniveau.

### Inhoudsvaliditeit

De mate van bewijskracht hiervoor is D, dat wil zeggen dat de werkgroep hierover consensus heeft bereikt, ervan uitgaande dat alom wordt aangenomen dat een hoger aantal de kwaliteit van zorg verbeterd. De hoogte van het aantal is hierbij onbekend.



**Statistisch betrouwbaar onderscheiden**

Voor een procesindicator als deze is het discriminerend vermogen niet relevant, er wordt immers slechts het feitelijke aantal interventies gerapporteerd.

**Vergelijkbaarheid**

Bij deze indicator spelen bias en case-mix geen rol.

**Registratiebetrouwbaarheid**

De benodigde informatie wordt door ziekenhuizen geregistreerd in de zorgactiviteiten-registratie en DBC-registratie. Deze indicator is daarmee op een betrouwbare manier te meten en levert onder gelijkblijvende omstandigheden dezelfde resultaten op, mits de kwaliteit van de DBC- en zorgactiviteiten-registratie adequaat is. De resultaten zijn goed retrospectief controleerbaar.

De gevraagde gegevens voor deze indicator zijn vastgelegd in de DBC- en zorgactiviteiten registratie, waardoor slechts een kleine tijdsinvestering nodig is. De verantwoordelijkheid voor de registratiebetrouwbaarheid ligt bij de aanleverende ziekenhuizen zelf.

**Informatie voor patiënten**

Uit literatuur blijkt dat ervaring in het uitvoeren van radicale prostatectomieën (volume) van invloed is op de uitkomsten, waaronder voor de patiënt belangrijke bij-effecten als impotentie en incontinentie. Meer ervaring (van de operateur) kan leiden tot betere resultaten. Daarom is het van belang hier inzicht in te hebben.

**Referenties**

- Kwaliteitsnormen Prostaatcarcinoom Nederlandse Vereniging voor Urologie, versie 2, april 2015.

Indicator 2: MDO	
<b>Relatie tot kwaliteit</b>	Het is wenselijk dat patiënten worden besproken in een MDO waarbij verschillende specialisten en gespecialiseerde verpleegkundigen aanwezig zijn. Een MDO voorafgaande aan de behandeling is een NVU- en SONCOS-norm en leidt tot een betere kwaliteit van zorg.
<b>Operationalisatie</b>	Percentage patiënten, die een radicale prostatectomie ondergaan, die voorafgaand aan de primaire behandeling in een MDO zijn besproken. <i>[teller, noemer, percentage]</i>
<b>Definitie(s)</b>	n.v.t.
<b>In- /exclusiecriteria</b>	Zie NVU-registratie
<b>Bron</b>	NVU-registratie*
<b>Meetfrequentie</b>	Continu in NVU-registratie
<b>Verslagjaar</b>	01-01-2018 tot en met 31-12-2018
<b>Meetniveau</b>	Ziekenhuislocatie
<b>Toelichting</b>	Bij deze indicator worden de initiële data uit het verwezen ziekenhuis ook opgenomen in de NVU-registratie, daar horen ook de data bij van het MDO. Er van uitgaande dat het MDO van het verwijzende ziekenhuis, waarin operatie-indicatie is gesteld, voldoet aan de criteria van SONCOS, hoeft het ontvangende ziekenhuis geen MDO meer te doen. De MDO's uit de verwezen ziekenhuizen zijn dus ook in deze indicator opgenomen. Het is wel essentieel dat een MDO verslag aanwezig is (in het ZIS). De indicator zegt dus hoeveel % van de patiënten een MDO hebben gekregen voorafgaande aan de behandeling. Beoogd wordt om minimaal 90% van de patiënten te bespreken.

\*De informatie wordt lokaal bij het ziekenhuis uitgevraagd. Ziekenhuizen moeten de informatie zelf invullen. Ziekenhuizen kunnen aan deze informatie komen door de exportfunctie van de database van de NVU-registratie te gebruiken.

Unaniem advies vanuit werkgroep: verplichte transparantie

#### **Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg**

Behandelingen worden verricht conform geldende landelijke en/of regionale richtlijnen. Er zal hierdoor minder praktijkvariatie optreden. De huisarts wordt binnen op korte termijn bericht over de uitkomst van het multidisciplinaire overleg, hierdoor zal de zorg rondom de patiënt verbeteren.

#### **Mogelijkheden tot verbetering**

De werkgroep verwacht dat er ruimte is tot verbetering.

#### **Beperkingen bij gebruik en interpretatie**

Patiënten worden besproken voorafgaand aan de primaire behandeling. Er zijn nog geen afspraken over de frequentie van MDO's in de follow-up van patiënten of bij welke vervolgbeslismomenten.

#### **Inhoudsvaliditeit**

De mate van bewijskracht hiervoor is D, dat wil zeggen dat de werkgroep hierover consensus heeft bereikt, ervan uitgaande dat alom wordt aangenomen dat een MDO de kwaliteit van zorg verbeterd.

#### **Statistisch betrouwbaar onderscheiden**

Het statistisch betrouwbaar onderscheiden is moeilijk. De werkgroep vindt de indicator echter dermate belangrijk dat zij deze toch opneemt in de indicatorgids.

#### **Vergelijkbaarheid**

Bij een beoogd minimaal percentage van 90 besproken patiënten zal er weinig verschil zijn tussen ziekenhuizen.

#### **Registratiebetrouwbaarheid**

Opname van deze indicator in de NKR maakt dat deze betrouwbaar is te registreren.

**Informatie voor patiënten**

Bij de behandeling zijn verschillende soorten medisch specialisten betrokken. Het is belangrijk dat zij goed samenwerken, hun expertise bundelen en in een gezamenlijk overleg de diagnose en het behandelplan zo goed mogelijk te bepalen. Het percentage dat uit deze indicator komt toont het aantal patiënten die een prostaatverwijdering ondergaan én voor de behandeling besproken zijn in een gezamenlijk overleg. De patiëntenorganisaties vinden het belangrijk dat in principe alle patiënten in dit gezamenlijke overleg worden besproken en dat patiënten door hun arts worden geïnformeerd over de uitkomsten van dit overleg.

Indicator 3: Complicaties	
<b>Relatie tot kwaliteit</b>	Complicaties die optreden na een medische behandeling zijn een centraal punt van zorg voor veel patiënten en hebben soms significante impact op de lange termijn. Echter, het blijft altijd lastig om complicaties te relateren aan kwaliteit van de geleverde zorg, aangezien patiënt-karakteristieken ook een rol kunnen spelen.
<b>Operationalisatie</b>	Het aantal patiënten, dat een radicale prostatectomie onderging, waarbij binnen 30 dagen na de primaire behandeling complicaties zijn opgetreden met Clavien-Dindo score 3 of 4. <i>[teller, noemer, percentage]</i>
<b>Teller</b>	Het aantal patiënten dat een radicale prostatectomie onderging, waarbij binnen 30 dagen na de primaire behandeling complicaties zijn opgetreden met Clavien-Dindo score 3 of 4
<b>Noemer</b>	Het aantal patiënten dat een radicale prostatectomie onderging als primaire behandeling voor prostaatkanker
<b>Definitie(s)</b>	n.v.t.
<b>In- /exclusiecriteria</b>	Zie NVU-registratie
<b>Bron</b>	NVU-registratie*
<b>Meetfrequentie</b>	Continu in NVU-registratie
<b>Verslagjaar</b>	01-01-2018 tot en met 31-12-2018
<b>Meetniveau</b>	Ziekenhuislocatie

\*De informatie wordt lokaal bij het ziekenhuis uitgevraagd. Ziekenhuizen moeten de informatie zelf invullen.

*Unaniem advies vanuit werkgroep: verplichte transparantie*

### Rekenregels

Indicator 3	Complicaties	Formule
<b>Teller</b>	Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie patiënten verzameld onder de noemer. Selecteer de patiënten met één of meerdere chirurgische complicaties binnen 30 dagen na radicale prostatectomie met Clavien-Dindo score 3 of 4.	Aantal patiënten bij wie P3, 30 dagen na P2
<b>Noemer</b>	Selecteer alle patiënten met een prostaatkarcinoom bij wie een radicale prostatectomie is uitgevoerd.	Aantal patiënten die voldoen aan P1

### Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

De kwaliteit van een radicale prostatectomie wordt bepaald door de indicatiestelling, de radicaliteit van de ingreep (zich uitend in oncologische resultaten en ziektespecifieke overleving), het functionele resultaat (behoud van continentie en erectiele functie) en het aantal complicaties. Inherent aan de chirurgische behandeling (radicale prostatectomie) van prostaatkarcinoom is het optreden van complicaties. Uit de literatuur is bekend dat de frequentie van het voorkomen van complicaties score 3 en 4 volgens Clavien-Dindo weliswaar laag is maar dat er (internationaal) variatie bestaat. De verwachting is dat deze variatie ook in Nederland aanwezig is.

### Mogelijkheden tot verbetering

Door registratie van complicaties, analyses daarvan en in een geval van grote variatie, door het lering trekken van de 'best practice' zal de kwaliteit van zorg verbeteren.

### Beperkingen bij gebruik en interpretatie

Aangezien a priori de kans op complicaties (score 3 en 4) laag is, kan het moeilijk worden om op basis hiervan structurele variatie in de kwaliteit van zorg vast te stellen.

De meeste indicatoren zijn zo opgesteld dat geldt: hoe hoger de score hoe beter de kwaliteit van zorg. Dit geldt niet voor deze indicator chirurgische complicaties. Hoe hoger de score op deze indicator hoe minder voldaan wordt aan goede zorg. Het is mogelijk om de score te lezen als (100-x) waarbij x de score is op de indicator.

**Inhoudsvaliditeit**

De inhoudsvaliditeit is zoals bij elke registratie van complicaties bij medische ingrepen beperkt omdat de registratie gepaard gaat met een zeker mate van subjectiviteit. De mate van bewijskracht hiervoor is D, dat wil zeggen dat de werkgroep hierover consensus heeft bereikt, ervan uitgaande dat alom wordt aangenomen dat het aantal complicaties een goede maat is voor de geleverde kwaliteit van zorg.

**Statistisch betrouwbaar onderscheiden**

Als gevolg van het weinig frequent voorkomen van complicaties score 3 en 4 en de aantallen daarmee klein zijn, zal het moeilijk worden om statistische betrouwbaar onderscheid aan te tonen. Anderzijds is de indicator dermate belangrijk dat zij wel geregistreerd wordt.

**Vergelijkbaarheid**

Bij deze indicator kan case-mix zeker een rol spelen. De factoren leeftijd en Charlson index kunnen van invloed zijn op de indicator score. Indien er variatie is op basis van case-mix, moet de indicatiestelling gecorrigeerd worden.

**Registratiebetrouwbaarheid**

De werkgroep verwacht dat deze indicator op betrouwbare wijze is te meten en onder gelijkblijvende omstandigheden (min of meer) hetzelfde resultaat oplevert. De verantwoordelijkheid voor de registratiebetrouwbaarheid ligt echter wel bij de aanleverende ziekenhuizen zelf. Zij geven aan dat deze gegevens nog niet (betrouwbaar) geleverd kunnen worden uit een bestaande registratie. De gegevens die nodig zijn voor deze indicator worden op patiëntniveau verzameld.

**Informatie voor patiënten**

Voor patiënten is het onwenselijk als er (ernstige) complicaties optreden na een radicale prostatectomie. Deze indicator geeft hier inzicht in en ook in eventuele verschillen tussen ziekenhuizen.

**Referenties**

Martin N.E. *et al.* Defining a Standard Set of Patient-centered Outcomes for Men with Localized Prostate Cancer. *European Urology* 67: 460-467, 2015

Indicator 4: PROMS deelname en respons	
<b>Relatie tot kwaliteit</b>	Blijvende effecten op kwaliteit van leven die optreden na een prostatectomie of radiotherapie, zijn een zorg voor veel patiënten en kunnen een significante impact hebben op de lange termijn.
<b>Operationalisatie 1</b>	A. Worden PROMS voor prostaatkanker structureel aan patiënten aangeboden in uw ziekenhuis? Ja/Nee B. Worden PROMS voor prostaatkanker structureel met patiënten besproken in de spreekkamer? Ja/Nee
<b>Definitie(s)</b>	Met 'structureel' wordt bedoeld dat iedere patiënt hiermee in aanraking komt, omdat het is ingebed in de werkwijze van het ziekenhuis.
<b>Operationalisatie 2</b>	A. Het percentage patiënten dat de PROMS voor prostaatkanker 3 maanden na prostatectomie/radiotherapie invult en retour stuurt aan de zorgverlener/het ziekenhuis. B. Het percentage patiënten dat de PROMS voor prostaatkanker 12 maanden na prostatectomie/radiotherapie invult en retour stuurt aan de zorgverlener/het ziekenhuis.
<b>Teller 2A</b>	Het aantal patiënten dat de 'PROM vragenlijst na 3 maanden' ingevuld retour heeft gestuurd
<b>Noemer 2A</b>	Het aantal patiënten dat de 'PROM vragenlijst na 3 maanden' heeft ontvangen vanuit het ziekenhuis/de zorgverlener
<b>Teller 2B</b>	Het aantal patiënten dat de 'PROM vragenlijst na 12 maanden' ingevuld retour heeft gestuurd
<b>Noemer 2B</b>	Het aantal patiënten dat de 'PROM vragenlijst na 12 maanden' heeft ontvangen vanuit het ziekenhuis/de zorgverlener
<b>Definitie(s)</b>	Er is momenteel geen landelijke PROMS vragenlijst beschikbaar voor prostaatkanker, hiervoor worden lokale/regionale vragenlijsten gebruikt.
<b>In- /exclusiecriteria</b>	n.v.t.
<b>Bron</b>	Ziekenhuis registratie / EPD
<b>Meetfrequentie</b>	Jaarlijks
<b>Verslagjaar</b>	01-01-2018 tot en met 31-10-2018. Voor retournering van de vragenlijsten mag het verslagjaar uitgebreid worden tot en met 31-12-2018.
<b>Meetniveau</b>	Ziekenhuislocatie
<b>Toelichting</b>	De indicator is opgenomen in deze gids met de achterliggende gedachte om stapsgewijs deze indicator richting uitkomstindicator (gerapporteerde impotentie en incontinentie na prostatectomie en/of radiotherapie) aan te passen. Aangezien het tweede deel van de indicator (4.2) vrijwillige aanlevering betreft, zijn deze resultaten nog niet geschikt voor keuzeinformatie en/of zorginkoop. Deze indicator is momenteel ingericht voor ziekenhuizen om te laten zien waar ze mee bezig zijn en wat de stand van zaken is.

Unaniem advies vanuit werkgroep:

- verplichte transparantie voor de structuurindicator (4.1)
- vrijwillige transparantie voor de responsindicator (4.2)

## Rekenregels

Indicator 4	PROMS	Formule
<b>Teller 2A</b>	Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie patiënten verzameld onder de noemer. Selecteer de patiënten die de vragenlijst ingevuld retour hebben gestuurd.	Aantal patiënten die voldoen aan P5
<b>Noemer 2A</b>	Selecteer alle patiënten die een prostatectomie/radiotherapie hebben ondergaan en die een 'PROM vragenlijst na 3 maanden' hebben ontvangen.	Aantal patiënten die voldoen aan P1 en P4
<b>Teller 2B</b>	Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie patiënten verzameld onder de noemer. Selecteer de patiënten die de vragenlijst ingevuld retour hebben gestuurd.	Aantal patiënten die voldoen aan P7
<b>Noemer 2B</b>	Selecteer alle patiënten die een prostatectomie/radiotherapie hebben ondergaan en die een 'PROM vragenlijst na 12 maanden' hebben ontvangen.	Aantal patiënten die voldoen aan P1 en P6

### Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

Blijvende effecten op kwaliteit van leven die optreden na een prostatectomie of radiotherapie, zijn een centraal punt van zorg voor veel patiënten en hebben significante impact op de lange termijn. Internationale voorbeelden laten praktijkvariatie zien.

### Mogelijkheden tot verbetering

De werkgroep verwacht dat ziekenhuizen die nog niet met PROMS werken, door het toewerken in deze indicatorset naar een uitkomstindicator, gemotiveerd wordend dit in de praktijk te gaan gebruiken.

### Beperkingen bij gebruik en interpretatie

Er is momenteel geen uniforme landelijke PROMS vragenlijsten beschikbaar. De NVU zal op basis van de ProZiB resultaten een aanbeveling geven over de te gebruiken vragenlijsten voor het registreren van de PROMS. Hierbij zullen ook de patiëntenorganisaties betrokken worden.

### Vergelijkbaarheid

De uitkomsten van de structuurindicator (4.1) zijn goed te vergelijken met elkaar. De uitkomsten van de responsindicator (4.2) zijn niet met elkaar te vergelijken aangezien het op dit moment een vrijwillig aanlevering betreft en mogelijk nog verschillende PROM vragenlijsten worden gebruikt.

### Registratiebetrouwbaarheid

De werkgroep verwacht dat deze indicator op betrouwbare wijze is te meten, aangezien het om een structuurindicator gaat. Structuurindicatoren zullen altijd gevoelig blijven voor het geven van wenselijke antwoorden, maar de werkgroep verwacht dat dit wel een trigger geeft om de PROMS in de praktijk te gaan implementeren.

### Informatie voor patiënten

Middels een PROM-vragenlijst worden patiënten gevraagd naar de uitkomsten van de behandeling, mogelijke bij-effecten en kwaliteit van leven. De ingevulde vragenlijst kan gebruikt worden in het gesprek met de arts om bepaalde problemen/klachten te bespreken en eventueel te komen tot aanpassing van de behandeling of verwijzing voor aanvullende zorg. Daarnaast kunnen de resultaten gebruikt worden om meer zicht te krijgen op de kwaliteit van de zorg in ziekenhuizen.

Impotentie en incontinentie van urine of ontlasting zijn veel voorkomende bij-effecten van een prostaatoperatie of bestraling voor prostaatkanker. Ervaring van de operateur, operatietechnieken en manier van bestralen kunnen een groot verschil maken in het al dan niet optreden van deze – blijvende- effecten van behandeling. Het is voor patiënten daarom belangrijk om met hun arts niet alleen de kansen op genezing van de prostaatkanker of mogelijke levensverlenging te bespreken, maar ook de kansen op deze bij-effecten. Ook zijn artsen volgens hun eigen richtlijn verplicht hun persoonlijke resultaten op dit vlak met hun patiënt te delen.

Tabel 1: Variabelen uit verschillende bronnen in het ziekenhuis

Varia- bele	Naam	Vast te leggen waarde	Bron	Instructie	Benodigd voor indicator
P0	Patiëntnummer		ZIS	Het patiëntnummer is het unieke element dat de basis vormt om koppelingen tussen registratiesystemen mogelijk te maken	3
P1	Radicale prostatectomie	036553 open prostatectomie 036556 laparoscopische prostatectomie	DBC-registratie	Patiënten die een radicale prostatectomie ondergaan hebben	3, 4.2
P2	Datum radicale prostatectomie	dd-mm-jjjj	DBC-registratie	Tel bij de datum van de radicale prostatectomie 30 dagen op om de indicator te kunnen bepalen	3
P3	Complicaties	Eén of meerdere complicaties met Clavien/Dindo score 3 of 4.			3
P4	PROM 3 maanden	Ja / Nee	ZIS	De werkgroep heeft vastgesteld dat goede ijkmomenten voor het uitvragen van een PROM na prostatectomie na 3 en 12 maanden is.	4.2
P5	Retour PROM 3 maanden	Ja / Nee	ZIS		4.2
P6	PROM 12 maanden	Ja / Nee	ZIS	De werkgroep heeft vastgesteld dat goede ijkmomenten voor het uitvragen van een PROM na prostatectomie na 3 en 12 maanden is.	4.2
P7	Retour PROM 12 maanden	Ja / Nee	ZIS		4.2



## **Doorontwikkelwensen zorginhoudelijke indicatoren 2019 en verder**

Naar aanleiding van de discussies over de indicatorgids voor verslagjaar 2018, zijn er een aantal concrete doorontwikkelwensen vanuit zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties. Vanuit de beroepsverenigingen is aangegeven dat er voor de gewenste items momenteel nog geen structurele registratie aanwezig is. Op basis van resultaten uit het wetenschappelijke onderzoek ProZiB (Prostaatanker Zorg in Beeld, waar bekeken wordt welke variabelen valide kunnen worden verzameld, onderscheidend zijn en daardoor daadwerkelijk iets zeggen over de kwaliteit van de geleverde zorg), zal hierover meer duidelijk worden. Dit is begin 2017 echter nog lopend onderzoek. Om niet te veel op deze uitkomsten vooruit te lopen, zullen de doorontwikkelwensen nader besproken worden voor verslagjaar 2019 en verder.

## **Klantpreferentievragen Prostaatcarcinoom**

Klantpreferentievragen gaan meestal in op het aanbod van de zorg rondom aan bepaalde aandoening. Deze informatie kan bijdragen aan de beeldvorming van de patiënt/consument om een keuze te maken voor een zorgaanbieder. De klantpreferentievragen worden opgesteld door Patiëntenfederatie Nederland, in samenwerking met de NFK en de ProstaatKankerStichting, patiëntenvereniging voor mensen met prostaatanker.

Voor verslagjaar 2018 zijn geen klantpreferentievragen opgesteld. De werkgroep streeft ernaar valide vragen op te nemen voor verslagjaar 2019 en verder.

## **Wijzigingstabel indicatoren en klantpreferenties**

Voor verslagjaar 2017 zijn geen indicatoren en klantpreferentievragen rondom prostaatcarcinoom uitgevraagd. Voor verslagjaar 2018 is ervoor gekozen een geheel nieuwe set te ontwikkelen.