

Indicatorenset In opzet curatieve behandeling prostaatcarcinoom

Uitvraag ziekenhuizen/ZBC's over verslagjaar 2020

Versie, oktober 2019

Meer informatie op:

- OmniQ (portaal van DHD) voor aanlevering kwaliteitsgegevens verslagjaar 2020
<https://extranet.dhd.nl/producten/OmniQ>
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen: www.nvz-ziekenhuizen.nl
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra: www.nfu.nl.
- Zelfstandige Klinieken Nederland: www.zkn.nl.
- Zorginstituut Nederland: <http://www.zorginzicht.nl>.

Samengesteld door:

- Nederlandse Federatie van kankerpatiënten organisaties
- ProstaatKankerStichting
- Nederlandse Vereniging voor Urologie
- Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie
- Nederlandse Internisten Vereniging
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland Urologie
- Federatie Medisch Specialisten
- 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	Aanlevering van de gegevens	4
2.3	Indicatorenwerkgroep	4
3	Indicatoren	5
4	Wijzigingstabel	10

1 Overzicht indicatoren

Indicator-nummer	Indicator-naam	Transparantie?¹
1	Volume	verplicht
2	30-dagen complicaties en mortaliteit	vrijwillig
3	PROMS	operationalisatie 1a+1b: verplicht operationalisatie 2: verplicht
4	PSA waarde	verplicht

¹ 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.

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

2.2 Aanlevering van de gegevens

Via www.zorginzicht.nl is het processchema te raadplegen voor de aanlevering van de gegevens behorende bij de indicatoren.

2.3 Indicatorenwerkgroep

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

NVU:	Dhr. J. van Moorselaar, uroloog Amsterdam UMC Mw. I. van Oort, uroloog Radboudumc
NVRO:	Dhr. M. Hulshoff, radiotherapeut-oncoloog Amsterdam Dhr. K. Hinnen, radiotherapeut-oncoloog Amsterdam UMC
NIV/NVMO:	Mw. F. van den Berkmortel, internist-oncoloog Dhr. R. van Alphen, internist-oncoloog
Federatie Medisch Specialisten:	Mw. I. Maas, senior beleidsadviseur
NFK:	Mw. I. Dingemans, projectleider kwaliteit van zorg
ProstaatKankerStichting	Dhr. H. Niekus, patiëntvertegenwoordiger Mw. E. Wolak, projectleider (t/m 2018)
NVZ:	Dhr. S. van Aalst, beleidsadviseur Kwaliteit & Organisatie
V&VN:	Mw. E. van Koeveringe, secretaris
ZN:	Mw. L. Vunderink, vertegenwoordiger Mw. C. Ziedses des Plantes Mw. J Gehlen, medisch adviseur

3 Indicatoren

1 - Volume

Indicatornaam	Indicator 1 - Volume
Indicatornummer	1
Operationalisatie	Hoeveel radicale prostatectomieën voor prostaatkanker werden in het verslagjaar op uw ziekenhuislocatie verricht? Én Door hoeveel urologen werden in het verslagjaar op uw ziekenhuislocatie radicale prostatectomieën uitgevoerd?
Informatie voor cliënten	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 prostaatcarcinoom is in onderzoek aangetoond dat hogere volumes leiden tot betere zorguitkomsten.
Transparantie	verplicht
Type indicator	structuur
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit, cliëntgerichtheid
Datatype	aantal
Bron (achtergrond) van de indicator	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 volumennorm verhoogd zal worden.
Rekenregels en definities	
Teller 1a	Hoeveel radicale prostatectomieën voor prostaatkanker werden in het verslagjaar op uw ziekenhuislocatie verricht?
Teller 1b	Door hoeveel urologen werden in het verslagjaar op uw ziekenhuislocatie radicale prostatectomieën uitgevoerd?
Databron (registratie)	Ziekenhuisregistratie / EPD. <i>De informatie wordt lokaal bij het ziekenhuis uitgevraagd. Ziekenhuizen moeten de informatie zelf invullen.</i>
Norm	
Meetperiode	01-01-2020 tot en met 31-12-2020
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Aanleverniveau	concernniveau met verwijzende opmerkingen bij iedere locatie

2 – 30 dagen complicaties en mortaliteit

Indicatornaam	Indicator 2 – 30 dagen complicaties en mortaliteit
Indicatornummer	2
Operationalisatie	Het aantal patiënten, dat een radicale prostatectomie onderging, waarbij binnen 30 dagen na de primaire behandeling complicaties zijn opgetreden met Clavien-Dindo score 3, 4 of 5.
Informatie voor cliënten	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.
Transparantie	vrijwillig
Type indicator	uitkomst
Kwaliteitsdomein	effectiviteit
Datatype	percentage
Bron (achtergrond) van de indicator	<p>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, 4 en 5 volgens Clavien-Dindo weliswaar laag is maar dat er (internationaal) variatie bestaat. De verwachting is dat deze variatie ook in Nederland aanwezig is.</p> <p>Als gevolg van het weinig frequent voorkomen van complicaties score 3, 4 en 5 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.</p>
Rekenregels en definities	
Teller 2a	Het aantal patiënten dat een radicale prostatectomie onderging, waarbij binnen 30 dagen na de primaire behandeling complicaties zijn opgetreden met Clavien-Dindo score 3 en/of 4, waarbij de hoogste score per patiënt wordt meegenomen. <i>Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie patiënten verzameld onder de noemer. Selecteer de patiënten bij wie binnen 30 dagen na radicale prostatectomie 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.</i>
Teller 2b	Het aantal patiënten dat een radicale prostatectomie onderging, waarbij binnen 30 dagen na de primaire behandeling complicaties zijn opgetreden met Clavien-Dindo score 5. <i>Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie patiënten verzameld onder de noemer. Selecteer de patiënten bij wie binnen 30 dagen na radicale prostatectomie Clavien Dindo score 5 geregistreerd is (overleden).</i>
Noemer a+b	Het aantal patiënten dat een radicale prostatectomie onderging als primaire behandeling voor prostaatkanker <i>Selecteer alle patiënten met prostaatkarcinoom bij wie een radicale prostatectomie is uitgevoerd.</i>

Definitie	n.v.t.
In-/exclusiecriteria	<u>Inclusie:</u> Primaire behandeling prostaatcarcinoom <u>Exclusie:</u> Salvage prostatectomie
Casemix	n.v.t.
Databron (registratie)	Nederlandse Kankerregistratie (NKR): <i>NKR is een landelijke registratie, deze heeft vanwege het beperken van de registratielast de voorkeur. Om deze reden wordt het registratiejaar van de NKR aangehouden, Ook de mortaliteit (teller b) wordt om praktische redenen per jaar gerapporteerd ondanks de lage aantallen.</i>
Norm	n.v.t.
Meetperiode	01-06-2019 tot en met 31-05-2020
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Aanleverniveau	concernniveau met verwijzende opmerkingen bij iedere locatie

3 – PROMS deelname en respons

Indicatornaam	Indicator 3 - PROMS
Indicatornummer	3
Operationalisatie	Worden PROMS voor prostaatcancer structureel aan patiënten aangeboden en met patiënten besproken in de spreekkamer? En wat is de respons op de uitgezette vragenlijsten?
Informatie voor cliënten	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.
Transparantie	3a, 3b, en 3c: verplicht
Type indicator	Structuur en proces
Kwaliteitsdomein	cliëntgerichtheid
Datatype	ja/nee + percentage
Bron (achtergrond) van de indicator	De werkgroep verwacht dat ziekenhuizen die nog niet met PROMS werken, door het toewerken in deze indicatorenset naar een uitkomstindicator, gemotiveerd worden dit in de praktijk te gaan gebruiken.
Rekenregels en definities	
Vraag 3a	Worden PROMS voor prostaatcancer structureel aan patiënten aangeboden in uw ziekenhuis?
Vraag 3b	Worden PROMS voor prostaatcancer structureel met patiënten besproken in de spreekkamer?
Teller 3c	Het aantal patiënten dat de 'PROM vragenlijst na 12 maanden ingevuld retour heeft gestuurd: <i>Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie patiënten verzameld onder de noemer. Selecteer de patiënten die in de periode 01-01-2020 tot en met 31-12-2020 de vragenlijst ingevuld retour hebben gestuurd.</i>
Noemer 3c	Het aantal patiënten dat de 'PROM vragenlijst na 12 maanden heeft ontvangen vanuit het ziekenhuis/de zorgverlener: <i>Selecteer alle patiënten die in de periode 01-01-2019 t/m 31-12-2019 een prostatectomie/radiotherapie hebben ondergaan en die na 12 maanden een 'PROM vragenlijst na 12 maanden' hebben ontvangen.</i>
Antwoordopties	3a Ja/Nee, 3b Ja/Nee
Definitie	3a + 3b: Met 'structureel' wordt bedoeld dat iedere patiënt hiermee in aanraking komt, omdat het is ingebed in de werkwijze van het ziekenhuis.

	3c: Minimale uitvraag: vraag 5 (ongewild urineverlies) en vraag 18 (erectiestoornis) uit de EPIC26-vragenlijst.
In-/exclusiecriteria	n.v.t.
Casemix	n.v.t.
Databron (registratie)	Ziekenhuis registratie / EPD
Norm	n.v.t.
Meetperiode	Vragenlijsten retour ontvangen in verslagjaar 2020 (01-01-2020 tot en met 31-12-2020).
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Aanleverniveau	concernniveau met verwijzende opmerkingen bij iedere locatie

4 – PSA-waarde

Indicatornaam	Indicator 4 – PSA-waarde
Indicatornummer	4
Operationalisatie	Percentage patiënten, na radicale prostatectomie, dat 6 maanden plus of min 1 maand) na operatie een PSA heeft dat >0.1 ng/ml is.
Informatie voor cliënten	Na een prostaatverwijdering moet de PSA waarde na enkele maanden naar minder dan 0,1 ng/ml (eigenlijk dus onmeetbaar) dalen. Indien dit niet het geval is of indien na enige tijd de PSA weer boven de 0,1 ng/ml stijgt, kan tumor achtergebleven zijn in het prostaatgebied (irradicale resectie) of op afstand (overschreden operatie indicatie). Beide zullen ook bij goede zorgkwaliteit voorkomen, maar dienen binnen een bepaalde bandbreedte te blijven.
Transparantie	verplicht
Type indicator	uitkomst
Kwaliteitsdomein	effectiviteit
Datatype	percentage
Bron (achtergrond) van de indicator	Contra-indicaties voor een radicale prostatectomie zijn onder andere een verhoogde kans op irradicaliteit en snelle PSA progressie. Deze gegevens kunnen respectievelijk een maat zijn voor kwaliteit van de chirurgische ingreep en een overschreden indicatiestelling. Een meetbaar PSA 6 maanden na operatie kan een indicatie zijn dat er tumorresten zijn achtergebleven na de radicale prostatectomie. Deze PSA waarde moet hiervoor wel meerdere keren gemeten zijn, waarbij een stijging van de waarden zichtbaar is. De overschreden indicatiestelling kan door een lokaal doorgroeide tumor komen, maar ook door een tumor met dergelijk slechte prognostische kenmerken dat de kans op afstandsmetastasen heel groot is en daarmee een radicale prostatectomie niet meer geïndiceerd is. Indien er toch een prostatectomie uitgevoerd wordt, is postoperatieve bestraling vaak benodigd.
Rekenregels en definities	
Teller	Het aantal patiënten dat een primaire radicale prostatectomie

	<p>onderging, waarbij na 6 maanden plus of min 1 maand, een PSA >0.1 ng/ml gemeten wordt en/of postoperatief bestraald zijn: <i>voor de teller wordt uitgegaan van de populatie patiënten verzameld onder de noemer. Selecteer de patiënten met een PSA >0.1 ng/ml 6 maanden na de operatie en de patiënten die postoperatief bestraald zijn.</i></p>
Noemer	<p>Het aantal patiënten dat een radicale prostatectomie onderging als primaire behandeling voor prostaatkanker: <i>Selecteer alle patiënten met een prostaatkarcinoom bij wie in de periode 01-06-2019 tot en met 31-05-2020 een radicale prostatectomie is uitgevoerd.</i></p>
Definitie	
In-/exclusiecriteria	<p><u>Inclusie:</u> Primaire behandeling prostaatkarcinoom <u>Exclusie:</u> Salvage prostatectomie</p>
Casemix	n.v.t.
Databron (registratie)	<p>Ziekenhuisregistratie / EPD. <i>De informatie wordt lokaal bij het ziekenhuis uitgevraagd. Ziekenhuizen moeten de informatie zelf invullen.</i></p>
Norm	n.v.t.
Meetperiode	01-01-2020 tot en met 31-12-2020
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Aanleverniveau	concernniveau met verwijzende opmerkingen bij iedere locatie

4 Wijzigingstabel

Wijzigingstabel ten opzichte van de gids van verslagjaar 2019

Indicator	Wijziging
2	Deze indicator is gewijzigd
3	Deze indicator is gewijzigd aanpassing 26-11-2019 Operationalisatie 2 van indicator 3 is aangepast naar verplicht transparant, conform toetstabel vj 2020.