

Toetstabel indicatorenset Prostaatacarcinoom vj2019

| Operationalisatie | Aard van de wijziging | Criteria Toetsingskader | Advies werkgroep | PFN | FMS | V&VN | ZN | NVZ | NFU | ZKN |
|-----------------------------|---|-------------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------------------|------------------------|-----------------------|---|------------------|---------------|
| Indicator 1, 2, en 4 | | | | | | | | | | |
| | | Criterion 1 t/m 5 | Verplicht transparant | akkoord | akkoord | akkoord | akkoord | akkoord | | akkoord |
| Overweging ZIN | Er is consensus in de werkgroep over het verplicht transparant stellen van de indicatoren. Het proces van de samenwerkingsafspraken MSZ is gevolgd. Dit proces is vormgegeven als een verbetercyclus waarin de relevante partijen hun eigen toetsing uitvoeren (betrokkenheid relevante partijen en registraties, uitvoeren registratietoets, autoriseringsronde). Conform dit proces neemt het Zorginstituut het advies van de werkgroep over. | | | | | | | | | |
| Advies ZIN | Verplicht transparant | | | | | | | | | |
| Indicator 3.1 | | | | | | | | | | |
| | | Criterion 1 t/m 5 | Verplicht transparant | Akkoord | Akkoord | Akkoord | Akkoord | Niet akkoord: niet transparant, Deelname aan een PROM en respons hierop geeft geen informatie over de toepassing ervan. Er is geen sprake van implementatie van de PROM in de spreekkamer. Er is geen sprake van duidelijk beleid dat hierop aanstuurt. Op deze manier wordt het werken met PROMs tot een scoringsinstrument. Het zou om zinvolle toepassing moeten gaan. | Niet transparant | Niet aanwezig |
| Overweging ZIN | Er was consensus in de werkgroep om de indicatoren 3.1a en 3.1b verplicht transparant te stellen. Het proces van de samenwerkingsafspraken MSZ is gevolgd. Dit proces is vormgegeven als een verbetercyclus waarin de relevante partijen hun eigen toetsing uitvoeren (betrokkenheid relevante partijen en registraties, uitvoeren registratietoets, autoriseringsronde). NVZ geeft in de autoriseringsronde aan niet akkoord te gaan met deze indicator. Omdat PROM respons en deelname geen informatie geeft over de toepassing ervan. Zodoende wordt het werken met PROMs een scoringsinstrument. Partijen hebben bestuurlijk aangegeven meer uitkomst informatie te willen vaststellen. Met deze PROMs indicator wordt een stap in die richting gezet. Deze indicatoren waren voor vj 2018 reeds verplicht transparant. Bij geen consensus en ongewijzigde indicator zal in principe de transparantielijin van vorig verslagjaar worden aangehouden. Daarom is het advies van het Zorginstituut om de indicator verplicht transparant te maken. | | | | | | | | | |
| Advies ZIN | Verplicht transparant | | | | | | | | | |
| Indicator 3.2 | | | | | | | | | | |
| | | Criterion 1 t/m 5 | geen consensus | Verplicht transparant | NVU en NVRO: vrijwillig transparant | Vrijwillig transparant | Verplicht transparant | Niet transparant, Deelname aan een PROM en respons hierop geeft geen informatie over de toepassing ervan. Er is geen sprake van implementatie van de PROM in de spreekkamer. Er is geen sprake van duidelijk beleid dat hierop aanstuurt. Op deze manier wordt het werken met PROMs tot een scoringsinstrument. Het zou om zinvolle toepassing moeten gaan. | Niet transparant | Niet aanwezig |
| Overweging ZIN | Er is geen consensus in de werkgroep over het verplicht transparant stellen van de indicatoren. Het proces van de samenwerkingsafspraken MSZ is gevolgd. Dit proces is vormgegeven als een verbetercyclus waarin de relevante partijen hun eigen toetsing uitvoeren (betrokkenheid relevante partijen en registraties, uitvoeren registratietoets, autoriseringsronde). Partijen hebben bestuurlijk aangegeven meer uitkomst informatie te willen vaststellen. Met deze PROMs indicator wordt een stap in die richting gezet. Vorig jaar was de indicator vrijwillig. Om weer een stap voorwaarts te maken in dit proces adviseren we bij elke PROMs indicator een stap vooruit te zetten op deze door de partijen gehanteerde 'ladder van getrapte transparantie'. Daarom adviseert Zorginstituut deze indicator verplicht transparant te stellen. | | | | | | | | | |
| Advies ZIN | Verplicht transparant | | | | | | | | | |

Indicatorenset In opzet curatieve behandeling prostaatcarcinoom

Uitvraag ziekenhuizen/ZBC's over verslagjaar 2019

| **Versie januari-juni 2018 – concept**

Colofon

Internet:

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

*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 2020 over verslagjaar 2019 wettelijk verplicht is.

Inhoudsopgave Prostaatcarcinoom

| | |
|---|----|
| Overzicht indicatoren Prostaatcarcinoom | 5 |
| Indicatorwerkgroep | 6 |
| Algemene informatie over zorginhoudelijke indicatoren | 7 |
| Zorginhoudelijke indicatoren | 8 |
| Klantpreferentievragen | 19 |
| Wijzigingstabel 2019 | 19 |

Overzicht Indicatoren Prostaatkarcinoom over verslagjaar 2019

| Zorginhoudelijke indicatoren | | |
|------------------------------|---------------------|--|
| 1 | Volume | Aantal radicale prostatectomieën voor prostaatkanker die in het verslagjaar werden verricht. Aantal urologen die in het verslagjaar radicale prostatectomieën uitvoerden. |
| 2 | MDO | Aantal patiënten met een primair gediagnosticeerd prostaatkarcinoom dat besproken is in het MDO. |
| 23 | Complicaties | Aantal patiënten waarbij complicaties na een radicale prostatectomie optreden. |
| 34 | PROMS | Gebruik van PROMS prostaatkanker in het ziekenhuis |
| 45 | PSA waarde | Aantal patiënten dat een primaire radicale prostatectomie onderging, waarbij na 6 maanden <u>(plus of min 1 maand)</u> een PSA <0.1 ng/ml gemeten wordt. |

Indicatorwerkgroep

De werkgroep voor de doorontwikkeling van de indicatorenset Prostaatcarcinoom bestond in 2017-2018 uit de volgende personen:

| | |
|------------|---|
| Federatie: | Mw. I. Maas, beleidsadviseur |
| NFK: | Mw. I. Dingemans, adviseur projectleider kwaliteit van zorg <u>Mw. D. van Bethem, projectleider</u> |
| NVRO: | Dhr. M. Hulshoff, radiotherapeut-oncoloog AMC <u>Dhr. K. Hinnen, radiotherapeut-oncoloog AMC</u> |
| NVU: | Dhr. G. van Andel, uroloog OLVG Dhr. J. van Moorselaar, uroloog VUMC Mw. I. van Oort, uroloog Radboudumc |
| NVZ: | Mw. S. van Aalst, beleidsadviseur Kwaliteit & Organisatie |
| PKS: | Dhr. H. Niekus, patiëntvertegenwoordiger <u>Mw. E. Wolak, beleidsmedewerker kwaliteit van zorg</u> |
| V&VN: | Mw. E. van Koeveringe, secretaris V&VN Urologie Verpleegkundigen |
| ZN: | Mw. L. Vunderink, vertegenwoordiger Zorgverzekeraars Nederland Dhr. G. van Hoof, vertegenwoordiger Zorgverzekeraars Nederland Dhr. H. Otten, vertegenwoordiger Zorgverzekeraars Nederland <u>Mw. C. Ziedses des Plantes, Zorgverzekeraars Nederland</u> <u>Mw. Jolanda Gehlen, CZ</u> |

Met opmaak: Lettertype: 10 pt

Met opmaak: Standaard

Met opmaak: Lettertype: 10 pt

Met opmaak: Lettertype: 11 pt, Vet, Cursief

Met opmaak: Lettertype: 10 pt

Met opmaak: Lettertype: 10 pt

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 | |
|------------------------------|--|
| Relatie tot kwaliteit | 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. |
| Operationalisatie A | Hoeveel radicale prostatectomieën voor prostaatkanker werden in het verslagjaar op uw ziekenhuislocatie verricht? |
| Operationalisatie B | Door hoeveel urologen werden in het verslagjaar op uw ziekenhuislocatie radicale prostatectomieën uitgevoerd? |
| Definitie(s) | operateur: urologen die de operatie zelf uitvoeren of supervisie geven aan AIOS/ANIOS |
| In- /exclusiecriteria | Zie NVU-registratie |
| Bron | NVU-registratie* |
| Meetfrequentie | Continu in NVU-registratie |
| Verslagjaar | 01-01-2019 tot en met 31-12-2019 |
| Meetniveau | 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: verplicht transparant

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 **laah**oog-volume chirurgie verder te bevorderen. Het minimaal aantal radicale prostatectomieën per jaar per ziekenhuislocatie is recent opgehoogd en bedraagt, vanaf januari 2019, 100 per jaar (NVU, oktober 2017). Het signaal om samenwerking te zoeken bij een jaarlijks volume dat duidelijk lager is dan 100 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 slechts gebruikt worden om het afgeleide volume per uroloog te bepalen, omdat operaties door meer dan één uroloog kunnen worden uitgevoerd.](#)

[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.](#)

Inhoudvaliditeit

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 Prostaatacarcinoom, Nederlandse Vereniging voor Urologie, versie 4, oktober 2017.

| Indicator 2: MDO | |
|------------------------------|--|
| Relatie tot kwaliteit | Het is wenselijk dat patiënten worden besproken in een MDO waarbij verschillende specialisten en gespecialiseerde verpleegkundigen aanwezig zijn. Een MDO voorafgaand aan de behandeling is een NVU en SONCOS norm en leidt tot een betere kwaliteit van zorg. |
| Operationalisatie | Percentage patiënten, waarbij de diagnose prostaatkanker is gesteld, die voorafgaand aan de primaire behandeling in een MDO zijn besproken. <i>{teller, noemer, percentage}</i> |
| Teller | Het aantal patiënten, waarbij de diagnose prostaatkanker is gesteld en dat voorafgaand aan de primaire behandeling besproken is in een MDO. |
| Noemer | Het aantal patiënten waarbij de diagnose prostaatkanker is gesteld. |
| Definitie(s) | n.v.t. |
| In-/exclusiecriteria | Zie NVU registratie |
| Bron | NVU registratie |
| Meetfrequentie | Continu in NVU registratie |
| Verslagjaar | 01-01-2019 tot en met 31-12-2019 |
| Meetniveau | Ziekenhuislocatie |
| Toelichting | 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 welk % van de patiënten een MDO hebben gekregen voorafgaand 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 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 verbetert.

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 dat een prostaatverwijdering ondergaat én voor de behandeling besproken is 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 32: Complicaties | |
|------------------------------|--|
| Relatie tot kwaliteit | 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. |
| 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. <i>[teller, noemer, percentage]</i> |
| Teller | 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. |
| Noemer | Het aantal patiënten dat een radicale prostatectomie onderging als primaire behandeling voor prostaatkanker |
| Definitie(s) | n.v.t. |
| In-/exclusiecriteria | Zie NVU-registratie |
| Bron | NVU-registratie* |
| Meetfrequentie | Continu in NVU-registratie |
| Verslagjaar | 01-01-2019 tot en met 31-12-2019 |
| Meetniveau | Ziekenhuislocatie |

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

Unaniem advies vanuit werkgroep: verplicht transparant.

Advies NVU: Indicator 3 geldt voor alle behandelingen.

Met opmaak: Doorhalen

Rekenregels

| Indicator 32 | Complicaties | Formule |
|---------------|---|---|
| Teller | 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, 4 of 5. | Aantal patiënten bij wie P3, 30 dagen na P2 |
| Noemer | Selecteer alle patiënten met een prostaatacarcinoom 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 prostaatacarcinoom 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.

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, 4 en 5) 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, 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.

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 43: PROMS deelname en respons | |
|---|---|
| Relatie tot kwaliteit | 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. |
| Operationalisatie 1 | 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 |
| Definitie(s) | Met 'structureel' wordt bedoeld dat iedere patiënt hiermee in aanraking komt, omdat het is ingebed in de werkwijze van het ziekenhuis. |
| Operationalisatie 2 | 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. |
| Teller 2A | Het aantal patiënten dat de 'PROM vragenlijst na 3 maanden' ingevuld retour heeft gestuurd |
| Noemer 2A | Het aantal patiënten dat de 'PROM vragenlijst na 3 maanden' heeft ontvangen vanuit het ziekenhuis/de zorgverlener |
| Teller 2B | Het aantal patiënten dat de 'PROM vragenlijst na 12 maanden' ingevuld retour heeft gestuurd |
| Noemer 2B | Het aantal patiënten dat de 'PROM vragenlijst na 12 maanden' heeft ontvangen vanuit het ziekenhuis/de zorgverlener |
| Definitie(s) | Er is momenteel geen landelijke PROMS vragenlijst beschikbaar voor prostaatkanker, hiervoor worden lokale/regionale vragenlijsten gebruikt. |
| In- /exclusiecriteria | n.v.t. |
| Bron | Ziekenhuis registratie / EPD |
| Meetfrequentie | Jaarlijks |
| Verslagjaar | 01-01-2019 tot en met 31-10-2019. Voor retournering van de vragenlijsten mag het verslagjaar uitgebreid worden tot en met 31-12-2019. |
| Meetniveau | Ziekenhuislocatie |
| Toelichting | 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. |

Advies vanuit de werkgroep: Indicator 3; 1a+b: verplicht transparant

Werkgroep heeft geen consensus bereikt over indicator 3; 2a+b: ZN & PO stellen verplichte transparant voor; vrijwillige transparantie is het advies vanuit NVU, V&VN en NVZ.

Met opmaak: Lettertype: 10 pt, Cursief

Met opmaak: Lettertype: 10 pt, Cursief

Met opmaak: Lettertype: 10 pt, Cursief

Met opmaak: Lettertype: 10 pt, Cursief

Met opmaak: Lettertype: 10 pt, Cursief

Rekenregels

| Indicator 43 | PROMS | Formule |
|---------------------|---|---|
| Teller 2A | 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 |
| Noemer 2A | 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 |
| Teller 2B | 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 |
| Noemer 2B | 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 (34.1) zijn goed te vergelijken met elkaar. De uitkomsten van de responsindicator (43.2) 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 bijeffecten. Ook zijn artsen volgens hun eigen richtlijn verplicht hun persoonlijke resultaten op dit vlak met hun patiënt te delen.

| Indicator 34: PSA waarde | |
|------------------------------|---|
| Relatie tot kwaliteit | 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. |
| Operationalisatie | Percentage patiënten, na radicale prostatectomie, dat 66 maanden plus of min 1 maand na operatie een PSA heeft dat >0.1 ng/ml is. [teller, noemer, percentage] |
| Teller | Het aantal patiënten dat een primaire radicale prostatectomie onderging, waarbij na 66 maanden plus of min 1 maand , een PSA >0.1 ng/ml gemeten wordt en/of postoperatief bestraald zijn. |
| Noemer | Het aantal patiënten dat een radicale prostatectomie onderging als primaire behandeling voor prostaatkanker. |
| Definitie(s) | n.v.t. |
| In- /exclusiecriteria | Inclusie: - Primaire behandeling prostaatcarcinoom Exclusie: - Salvage prostatectomie. |
| Bron | NKR of EPDNVU-registratie. |
| Meetfrequentie | Jaarlijks |
| Verslagjaar | 01-01-2019 tot en met 31-12-2019 |
| Meetniveau | Ziekenhuislocatie |

Unaniem advies vanuit werkgroep: verplichte transparantie

Rekenregels

| Indicator 34 | PSA waarde | Formule |
|---------------|---|---|
| Teller | 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. | Aantal patiënten bij wie P8 en/of P9, 6 maanden na P2 |
| Noemer | Selecteer alle patiënten met een prostaatcarcinoom bij wie een radicale prostatectomie is uitgevoerd. | Aantal patiënten die voldoen aan P1 |

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

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.

Mogelijkheden tot verbetering

De werkgroep verwacht dat er ruimte is voor verbetering omtrent indicatiestelling en kwaliteit van de chirurgie.

Beperkingen bij gebruik en interpretatie

Indien adjuvante radiotherapie wordt gegeven is deze PSA meting niet betrouwbaar, vandaar dat dit is opgenomen in de teller van de indicator. Meetbaar PSA kan ook het gevolg zijn van metastasering. Dit blijkt uit de follow-up.

Inhoudvaliditeit

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 verbetert.

Statistisch betrouwbaar onderscheiden

Het statistisch betrouwbaar onderscheiden is lastig in te schatten. De werkgroep vindt de indicator echter dermate belangrijk dat zij deze wel wil opnemen.

Vergelijkbaarheid

Bij deze indicator kan case-mix zeker een rol spelen.

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.

Informatie voor patiënten

Als de PSA na operatie niet 0 wordt, is er zeer waarschijnlijk sprake van achtergebleven tumorweefsel in de prostaat zelf of elders en is de operatie niet doeltreffend geweest. Input vanuit NFK / LmBNK gevraagd.

Met opmaak: Lettertype: 10 pt

Referenties

-

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, 5 |
| P2 | Datum radicale prostatectomie | dd-mm-jjjj | DBC-registratie | Tel bij de datum van de radicale prostatectomie 30 dagen resp. 6 maanden op om de indicator te kunnen bepalen | 3, 5 |
| P3 | Complicaties | Eén of meerdere complicaties met Clavien/Dindo score 3, 4 of 5. | | | 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 |
| P8 | PSA waarde | ng/ml | ZIS | Selecteer de patiënten waarbij de PSA waarde <0.1 ng/ml is. | 5 |
| P9 | Postoperatieve bestraling | Ja / Nee | ZIS / DBC-registratie | Patiënten die postoperatief bestraald zijn na een radicale prostatectomie. | 5 |

Klantpreferentievragen Prostaatkarcinoom

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 prostaatkanker.

Voor verslagjaar 2019 zijn geen klantpreferentievragen opgesteld.

Wijzigingstabel indicatoren en klantpreferenties

| Indicator | Wijziging |
|------------------|--|
| 2 | Indicator 2: MDO wordt geschrapt uit de gids. Deze indicator is niet langer onderscheidend. Patiëntpopulatie aangepast van 'patiënten die een radicale prostatectomie ondergingen' naar 'patiënten met de diagnose prostaatkanker'. |
| 2 | Teller en noemer gespecificeerd |
| 3 2 | Clavien Dindo score 5 toegevoegd, nu dus 3, 4 en 5 in de indicator opgenomen. |
| 4 3.2 | Van vrijwillige transparantie naar verplichte transparantie (geen consensus) |
| 5 4 | Indicator betreft PSA waarde toegevoegd |