

Indicatorset Blaascarcinoom

Uitvraag ziekenhuizen/ZBC's over verslagjaar 2022

Versie 2, juni 2021

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
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra: www.nfu.nl
- Zelfstandige Klinieken Nederland: www.zkn.nl
- Zorginstituut Nederland: <http://www.zorginzicht.nl>

Samengesteld door:

Organisaties van cliënten:

- Nederlandse Federatie van Kankerpatiënten organisaties
- Leven met blaas- of nierkanker

Organisaties van zorgaanbieders of zorgverleners:

- Nederlandse Vereniging voor Urologie
- Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie
- Nederlandse Internisten Vereniging
- Federatie Medisch Specialisten
- Verzorgenden & Verpleegkundigen Nederland, Urologie
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen

Organisaties van zorgverzekeraars of Wlz-uitvoerders:

- Zorgverzekeraars Nederland

Overig:

- Integraal Kankercentrum Nederland

Aanspreekpunt:

- Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU)
- Contactgegevens IKNL (afdeling NKR): 088 234 64 00

Deze indicatorset is na toetsing opgenomen in het Register van Zorginstituut Nederland. Verplichte en eventuele vrijwillige indicatoren worden aangeleverd via het door de partijen 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	5
2.4 Indicatorenwerkgroep	5
3 Vast te leggen gegevens	6
4 Indicatoren	7
5 Wijzigingstabel	12
Bijlage 1: toelichting op informatie per indicator	13

1 Overzicht indicatoren

Indicator-nummer¹	Indicatornaam	Bron²	Transparantie?³
1	Volume	Ziekenhuis-registratie/EPD	verplicht
2	30—dagen complicaties en mortaliteit	Nederlandse Kankerregistratie (NKR)	verplicht
3	PROMS	Ziekenhuis-registratie/EPD	verplicht

¹ Kies in de gids voor een heldere nummering: 1, 2, 3 en voor subindicatoren 1a, 1b, 1c. Gelaagdheid, gebruik van punten of romeinse cijfers zorgt voor onduidelijkheid. Het indicatornummer is handig voor gebruik in deze gids, maar zorgt bij het raadplegen van gegevens van verschillende jaren vaak voor verwarring, omdat indicatornummers vaak wijzigen, terwijl de indicator zelf gelijk blijft. Om die reden geeft Zorginstituut Nederland een uniek indicator-ID (INID) af voor iedere verplichte indicator.

² Vul hier de bron in waarin de gegevens voor de indicator worden vastgelegd (bijvoorbeeld kwaliteitsregistratie X, EPD, ZIS, etc)

³ Vrijwillige indicatoren worden niet opgenomen op de Transparantiekalender en dus niet aangeleverd aan en gepubliceerd door Zorginstituut Nederland. Vrijwillige indicatoren worden gedeeld met zorgverzekeraars, cliëntorganisaties en zorgaanbieders

2 Algemene informatie

2.1 Uitgangspunten

- Doel van deze indicatorset is:
 - interne sturing (waaronder leren & verbeteren)
 - verkrijgen van transparantie over verleende zorg (waaronder informatie ten behoeve van ziekenhuiskeuze door patiënten en zorginkoop door zorgverzekeraars)
 - het afleggen van externe verantwoording

- Gepubliceerde transparante gegevens uit de openbare database zijn bedoeld voor:
 - Patiënten
 - Zorgaanbieders en zorgverleners
 - Zorgverzekeraars
 - Wlz-uitvoerders en andere financiers
 - Toezichthouders, waaronder de IGJ en NZa
 - Onderzoekers

De indicatoren zijn gebaseerd op:

- Professionele standaard, namelijk: richtlijn blaascarcinoom

Let op:

- De indicatoren moeten helpen bij de keuze voor goede zorg door cliënten (en/of hun naasten), eventueel samen met zorgverleners. De patiënt-/cliëntinformatie is hier ook op afgestemd.
- Er dient per indicator gespecificeerd te zijn op welk niveau de indicator aangeleverd moet worden (bijvoorbeeld op niveau van een locatie of op concernniveau bij aanwezigheid van meerdere locaties).
- Er dient per indicator inzichtelijk te worden gemaakt voor welke doelgroep, voor welke fase in het zorgproces en voor welk type zorginstelling de indicator relevant is.

2.2 Populatiebepaling

Voor alle indicatoren in deze indicatorset bestaat de populatie uit:

Radicale cystectomie	36250 Totale cystectomie, open procedure (zie 036256 voor laparoscopisch). 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 blaasvervangng 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 blaasvervangng met behulp van een geïsoleerd darmsegment zonder stoma, open procedure (zie 036258 voor laparoscopisch). 36258 Totale blaasvervangng 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 is het processchema te raadplegen voor de aanlevering van de gegevens behorende bij de indicatoren.

2.4 Indicatorenwerkgroep

De werkgroep voor het onderhoud van de indicatorset blaascarcinoom bestond in 2021 uit de volgende personen:

- NVU: Mw. A. Leliveld, uroloog
Dhr. J. Oddens, uroloog
- NVRO: Dhr. J. Noteboom, radiotherapeut-oncoloog
- NIV/NVMO: Dhr. R. van Alphen, internist-oncoloog
- NFK: Mw. I. Dingemans, belangenbehartiger kwaliteit van zorg
- Leven met blaas- of nierkanker: Dhr. G. Venderbosch, patiëntvertegenwoordiger
Mw. E. Wolak, projectleider
- NVZ: Dhr. S. van Aalst, beleidsadviseur
- V&VN: Mw. E. van Koeveringe, secretaris
- ZN: Mw. L. Vunderink, vertegenwoordiger
Mw. J. Gehlen, medisch adviseur
- IKNL: Mw. K. Aben, senior onderzoeker
Ms. S. Venlet, senior adviseur

3 Vast te leggen gegevens

Om als zorgaanbieder deze indicatorset te kunnen aanleveren, moeten per cliënt de volgende gegevens (variabelen) worden vastgelegd:⁴

T.b.v. verplichte indicatoren

Variabele ⁵	Naam	Waardebereik / format	Bron	Extra? ⁶	Afspraken gegevens-uitwisseling ⁷
V01	Identificatienummer	Uniek nummer	ZIS		NL-CM:0.1.7 uit ZIB Patiënt v3.1.1
V02	Zorgproduct	Zorgproducten binnen inclusiecriteria	DBC-registratie		
V03	Geboortedatum	{mm/dd/yyyy}	ZIS		NL-CM:0.1.10 uit ZIB Patiënt v3.1.1
V04	Waarde ureum / kreatineklaring	Groep A = > 15 ml/min/1.73 Groep B = ≤ 15 ml/min/1.73	ZIS		

T.b.v. dynamische aggregatie extra vast te leggen

Met dynamisch aggregeren van gegevens bedoelen we de mogelijkheid om vastgelegde gegevens over de zorgverlening aan, of de gezondheid van, een cliënt samen te voegen om zo informatie te geven over alle cliënten binnen één groep. Om die groepen (aggregaties) te maken, is het essentieel overal dezelfde cliëntkenmerken vast te leggen, zodat gegevens voor verschillende aggregaties te gebruiken zijn. Bij het gebruik van bijvoorbeeld een keuzehulp kunnen cliënten en zorgverleners verschillende selecties maken. Daarmee kunnen zij de zorg kiezen die het beste bij de cliënt past.

Variabele	Naam	Waardebereik / format	Bron	Extra?	Afspraken gegevensuitwisseling
V06	Tabakgebruik-	Keuzelijst in ZIB	ZIS		NL-CM:7.2.10 uit ZIB TabakGebruik v3.2
V07	Geslacht	ongedifferentieerd, man, vrouw, onbekend	ZIS		GeslachtCodelijst Valueset OID: 2.16.840.1.113883.2.4.3.11.60.40.2.0.1.1
V08	Gewenst activiteitsniveau	hardlopen, skiën, wandelen, lopend boodschappen doen, n.v.t.	ZIS	ja	

⁴ Als alle zorgaanbieders dezelfde (kwaliteits)registratie gebruiken kun je dit hoofdstuk leeg laten. Als er echter verschillen zijn in registratie of verwerker van gegevens is dit overzicht noodzakelijk om kwaliteit van de gegevens te borgen.

⁵ Geef de variabele een code zodat je ernaar kunt verwijzen bij de indicatoren. Bijvoorbeeld V01, V02.

⁶ Geef hier 'ja' aan als de variabele alléén voor deze indicatorset moet worden vastgelegd, en dus verder niet in het primaire proces wordt gebruikt.

⁷ Als er afspraken zijn gemaakt over gegevensvastlegging en/of -uitwisseling, vermeld deze dan hier, zodat iedereen dezelfde codering hanteert.

4 Indicatoren

Indicatornaam	<i>Indicator 1 - volume</i>
Indicatornummer	1
Operationalisatie	Aantal cystectomieën voor blaaskanker in het verslagjaar op uw ziekenhuislocatie en het aantal urologen op de peildatum cystectomieën voor blaaskanker op uw ziekenhuislocatie uitvoeren.
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.
Relevantie en toepasbaarheid	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.
Type indicator	structuur
Achtergrond van de indicator	Richtlijn blaascarcinoom Partij: NVU/EAU
Doel van het meten en publiceren	Kwaliteitsdomein: effectiviteit en cliëntgerichtheid.
Transparantie	verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	aantal
Teller 1a	Hoeveel urologen voerden op de peildatum cystectomieën voor blaaskanker uit op uw ziekenhuislocatie?
Teller 1b	Hoeveel cystectomieën voor blaaskanker werden in het verslagjaar op uw ziekenhuislocatie verricht?
Antwoordopties	één antwoord mogelijk
Definitie	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
Aggregatieniveau	concernniveau met verwijzende opmerkingen bij iedere locatie
In-/exclusiecriteria populatie	
Rekenregels en casemixcorrecties	
Databron (registratie)	Ziekenhuisregistratie / EPD: de informatie wordt lokaal bij het ziekenhuis uitgevraagd. Ziekenhuizen moeten de informatie zelf invullen.

Norm	minimaal 20 ingrepen per jaar per locatie uitgevoerd door gekwalificeerde urologen. Deze indicator is onderdeel van de SONCOS-uitvraag/ het SONCOS-normeringsdocument.
Meetperiode	01-07-2021 t/m 30-06-2022
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	Maart 2023

Indicator naam	<i>Indicator 2 – 30 dagen complicaties en mortaliteit</i>
Indicator nummer	2
Operationalisatie 2a	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).
Operationalisatie 2b	Het percentage patiënten waarbij blaaskanker is vastgesteld en dat binnen 30 dagen na de cystectomie is overleden (Clavien Dindo score 5).
Operationalisatie 2c	De gemiddelde ASA score van patiënten met blaaskanker waarbij als primaire behandeling een cystectomie is uitgevoerd, berekend als totaal van alle ASA scores/aantal patiënten met bekende ASA score.
Informatie voor cliënten	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.
Relevantie en toepasbaarheid	Kwaliteitsdomein: effectiviteit
Type indicator	Uitkomst
Achtergrond van de indicator	De kwaliteit van een radicale cystectomie wordt bepaald door de indicatiestelling, de radicaliteit van de ingreep (zich uitend in oncologische resultaten en ziekte specifieke 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. ^{3,4} 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.
Doel van het meten en publiceren	
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	2a + 2b: percentage 2c: getal
Teller 2a	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>
Teller 2b	Het aantal patiënten dat een cystectomie onderging voor blaaskanker en dat binnen 30 dagen na de ingreep is overleden. (Clavien Dindo score 5)
Noemer 2a + 2b	Het aantal patiënten dat een cystectomie onderging als behandeling voor blaaskanker.
Teller 2c	De som van alle ASA scores van patiënten met blaaskanker waarbij als primaire behandeling een cystectomie is uitgevoerd.

Noemer 2c	Het aantal patiënten dat een cystectomie onderging als behandeling voor blaaskanker en waarbij de ASA score bekend is.
Antwoordopties	
Definitie	n.v.t.
Aggregatieniveau	concernniveau met verwijzende opmerkingen bij iedere locatie
In-/exclusiecriteria populatie	
Rekenregels en casemixcorrecties	ASA-score, zie bijlage 1
Databron (registratie)	NKR
Norm	De 30-dagen mortaliteit dient niet boven de 6% uit te komen (kwaliteitsnormen NVU blaascarcinoom)
Meetperiode	Teller en noemer 2a: 01-07-2021 t/m 30-06-2022 Teller en noemer 2b: 01-07-2019 tot en met 30-06-2022 Teller en noemer 2c: 01-07-2021 t/m 30-06-2022 <i>Mortaliteit wordt berekend over 3 jaar.</i>
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	Maart 2023

Indicatornaam	<i>Indicator 3 – PROMS: deelname en respons</i>
Indicatornummer	3
Operationalisatie	Worden PROMS voor prostaatkanker structureel aan patiënten aangeboden en met patiënten besproken in de spreekkamer?
Informatie voor cliënten	Blijvende effecten op kwaliteit van leven die optreden na een cystectomie zijn een zorg voor veel patiënten en kunnen een significante impact (verwijdering van de blaas) hebben op de lange termijn. PROM vragenlijsten geven inzicht hoe patiënten zelf hun gezondheid ervaren. Als deze vragenlijst structureel wordt gebruikt en besproken in de spreekkamer, is dit een goed startpunt om de zorg aan te passen op de persoonlijke behoeften van de patiënt.
Relevantie en toepasbaarheid	
Type indicator	Structuur
Achtergrond van de indicator	Er is momenteel geen uniforme landelijke PROM-vragenlijst voor blaascarcinoom beschikbaar. Deze wordt momenteel door de NVU ontwikkeld. Hierbij zullen ook de patiëntenorganisaties betrokken worden.
Doel van het meten en publiceren	Kwaliteitsdomein: cliëntgerichtheid
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Ja/nee
Vraag 3a	Worden PROMS voor blaaskanker structureel aan patiënten aangeboden in uw ziekenhuis?
Antwoordopties 3a	Ja/Nee/Nee, de instelling biedt geen PROMS voor blaaskanker aan, vanwege het niet beschikbaar zijn van een landelijke vragenlijst voor blaascarcinoom.
Vraag 3b	Worden PROMS voor blaaskanker structureel met patiënten besproken in de spreekkamer?
Antwoordopties 3b	Ja/Nee
Definitie	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.
Aggregatieniveau	concernniveau met verwijzende opmerkingen bij iedere locatie
In-/exclusiecriteria populatie	
Rekenregels en casemixcorrecties	
Databron (registratie)	Ziekenhuis registratie / EPD
Norm	n.v.t.
Meetperiode	01-07-2021 t/m 30-06-2022
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	Maart 2023

5 Wijzigingstabel

Beknopt overzicht met wijzigingen ten opzichte van de gids van verslagjaar 2021.

Indicator	Wijziging
1	Geen wijzigingen
2	Geen wijzigingen
3	Geen wijzigingen

Bijlage 1: toelichting op informatie per indicator

Case-mix factoren bij indicator 2:

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

Indicator 2: 30-dagen complicaties	Formule
Teller 2a	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.
Teller 2b	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).
Noemer 2a en 2b	Selecteer alle patiënten met een blaascarcinoom bij wie een cystectomie is uitgevoerd.
Teller 2	Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie patiënten verzameld onder de noemer. Tel de ASA score van deze patiënten bij elkaar op.
Noemer 2	Selecteer alle patiënten met een blaascarcinoom bij wie een cystectomie is uitgevoerd en een ASA score bekend is.

*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
Conclusie	Mortaliteit hoger bij slechter dan gemiddelde patiëntengroep: dus verklaarbaar hogere mortaliteit, geen verdere actie nodig.		