

Indicatorenset Blaascarcinoom

Uitvraag ziekenhuizen/ZBC's over verslagjaar 2021

Versie, juni 2022

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:

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

Contactinformatie:

- Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU)

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

Inhoud

1	Overzicht indicatoren	3
2	Algemene informatie	4
2.1	Uitgangspunten	4
2.2	Populatiebepaling	4
2.3	Aanlevering van de gegevens	4
2.4	Indicatorenwerkgroep	4
3	Indicatoren	5
4	Wijzigingstabel	11
5	Bijlage	12

1 Overzicht indicatoren

Indicator-nummer	Indicatornaam	Transparantie?¹
1	Volume	Verplicht
2	30-dagen complicaties en mortaliteit	Verplicht
3	PROMS	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.

2.2 Populatiebepaling

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

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

2.3 Aanlevering van de gegevens

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

2.4 Indicatorenwerkgroep

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

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

3 Indicatoren

1 - Volume

Indicatornaam	Indicator 1 – Volume
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.
Transparantie	Verplicht
Type indicator	Structuur
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit, cliëntgerichtheid
Datatype	Aantal
Bron (achtergrond) van de indicator	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.
Rekenregels en definities	
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?
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
Databron (registratie)	Ziekenhuisregistratie / EPD: de informatie wordt lokaal bij het ziekenhuis uitgevraagd. Ziekenhuizen moeten de informatie zelf invullen.
Norm	
Meetperiode	01-07-2020 t/m 30-06-2021
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Aanleverniveau	concernniveau met verwijzende opmerkingen bij iedere locatie

2 – 30 dagen complicaties en mortaliteit

Indicator naam	Indicator 2 – 30 dagen complicaties en mortaliteit
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.
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.
Transparantie	Verplicht
Type indicator	Uitkomst
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit
Datatype	Percentage
Bron (achtergrond) van de indicator	De kwaliteit van een radicale cyst(prostat)ectomie wordt bepaald door de indicatiestelling, de radicaliteit van de ingreep (zich uitend in oncologische resultaten en ziektespecifieke overleving), en het aantal complicaties. Inherent aan de chirurgische behandeling van blaascarcinoom is het optreden van complicaties. Zoals in de literatuur bekend is er frequent sprake van complicaties waarvan de minderheid score 3 en 4 volgens Clavien Dindo maar er bestaat (internationaal) variatie. ^{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.
Rekenregels en definities	
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.

Definitie	n.v.t.
In-/exclusiecriteria	
Casemix	ASA-score, zie bijlage 1
Databron (registratie)	NKR
Norm	n.v.t.
Meetperiode	Teller en noemer 2a: 01-07-2020 t/m 30-06-2021 Teller en noemer 2b: 01-07-2018 tot en met 30-06-2020* Teller en noemer 2c: 01-07-2020 t/m 30-06-2021 <i>Mortaliteit wordt berekend over 3 jaar.</i>
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Aanleverniveau	concernniveau met verwijzende opmerkingen bij iedere locatie

***) Advies werkgroep januari 2022:** In indicator 2b is een onvolkomenheid ontdekt. De mortaliteit wordt berekend over 3 jaar omdat dit betrouwbaardere informatie geeft doordat de aantallen groter zijn. Dit staat ook in de tekst bij de indicator, maar het genoemde tijdsinterval bij Teller en Noemer 2b betreft slechts 2 jaar.

De werkgroep *adviseert* daarom aan de ziekenhuizen om de genoemde indicator te rapporteren over een periode van 3 jaar (van **01-07-2018 tot en met 30-06-2021**). De ziekenhuizen hebben de vrijheid om te rapporteren over een periode van 2 jaar, conform het in de gids opgenomen tijdsinterval. Zie bijlage voor de brief van de werkgroep met dit advies die in januari is gedeeld met de instellingen.

3 – PROMs deelname en respons

Indicatornaam	Indicator 3 – PROMs
Indicatornummer	3
Operationalisatie	Worden PROMS voor 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 hebben op de lange termijn.
Transparantie	Verplicht
Type indicator	Structuur
Kwaliteitsdomein	Cliëntgerichtheid
Datatype	ja/nee
Bron (achtergrond) van de indicator	Er is momenteel geen uniforme landelijke PROM-vragenlijst voor blaascarcinoom beschikbaar. De NVU zal op basis van de BlaZIB resultaten een aanbeveling geven over de te gebruiken vragenlijsten voor het registreren van de PROMS. Hierbij zullen ook de patiëntenorganisaties betrokken worden.
Rekenregels en definities	
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.
In-/exclusiecriteria	n.v.t.
Casemix	n.v.t.
Databron (registratie)	Ziekenhuis registratie / EPD
Norm	n.v.t.
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Aanleverniveau	concernniveau met verwijzende opmerkingen bij iedere locatie

Bijlage – tabel 1

Casemix factoren bij indicator 2:

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

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

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

Leeswijzer:

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

gelijk of lager dan het landelijke gemiddelde (vergelijkbare of betere
conditie van patiënt), dan zal de navraag gedaan worden wat de redenen
hiervan kunnen zijn.

Voorbeeld:

Ziekenhuis X tegenover het landelijke gemiddelde.

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

4 Wijzigingstabel

Wijzigingstabel ten opzichte van de gids van verslagjaar 2020

Indicator	Wijziging
1	De meetperiode is aangepast naar 1-7-2020 t/m 30-06-2021 (volgens NKR)
2	De bron NVU is aangepast naar bron NKR en de meetperiode is aangepast naar 1-7-2020 t/m 30-06-2021
2	Bij indicator 2 is een advies van de werkgroep over de meetperiode van indicator 2b toegevoegd. De volledige brief is ter informatie in de bijlage opgenomen.

5 Bijlage

Amsterdam, 27 januari 2022

Betreft: Indicatorenset Blaascarcinoom verslagjaar 2021, onduidelijkheid in Indicator 2 – 30 dagen mortaliteit

Geachte collega,

Bij de registratie van de gegevens die worden gevraagd in de Indicatorenset Blaascarcinoom, merkte het IKNL, dat voor veel van de ziekenhuizen deze gegevens verzamelt, op dat er in de gids voor verslagjaar 2021 een onvolkomenheid staat.

In de Indicatorenset Blaascarcinoom is een indicator opgenomen die betrekking heeft op de mortaliteit. De mortaliteit wordt berekend over 3 jaar. Een berekening over 3 jaar geeft betrouwbaarder informatie dan indien een korter interval wordt gekozen. De aantallen zijn anders te klein.

Dit staat ook in de tekst bij de indicator, maar het genoemde tijdsinterval bij Teller en Noemer 2b betreft slechts 2 jaar.

In het overleg met de werkgroep transparantieoverleg blaascarcinoom dd 18-01-2022 is deze discrepantie besproken. De indicatorset 2021 kan niet meer inhoudelijk worden aangepast, nu deze reeds definitief is vastgesteld. Daarom is een aanbeveling opgesteld over de wijze waarop hiermee kan worden omgegaan.

1. De werkgroep adviseert aan de ziekenhuizen om de genoemde indicator te rapporteren over een periode van 3 jaar (van **01-07-2018 tot en met 30-06-2021**).
2. De ziekenhuizen hebben de vrijheid om te rapporteren over een periode van 2 jaar, conform het in de gids opgenomen tijdsinterval.
3. In de eindrapportage van de indicatorset vragen we aan het Zorginstituut een toelichting toe te voegen dat er in verslagjaar 2021 op 2 manieren gerapporteerd kan worden: over 2 jaar of over 3 jaar.

Voor het verslagjaar 2022 is de indicator op de juiste wijze aangepast.

Namens de werkgroep Indicator gids blaascarcinoom,

Jorg Oddens
Uroloog
Bestuur NVU