

Indicatorset In opzet curatieve behandeling prostaatcarcinoom

Uitvraag ziekenhuizen/ZBC's over verslagjaar 2025

Versie 2025.1, juni 2024

Meer informatie op:

- OmniQ (portaal van DHD) voor aanlevering kwaliteitsgegevens voor betreffend verslagjaar <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
- ProstaatkankerStichting

Organisaties van zorgaanbieders of zorgverleners:

- Nederlandse Vereniging voor Urologie
- Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie
- Nederlandse Vereniging voor Nucleaire Geneeskunde
- Nederlandse Vereniging voor Pathologie
- Nederlandse Internisten Vereniging
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland Urologie
- Federatie Medisch Specialisten
- 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
- Contactgegevens DICA: indicatoren@dica.nl

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 2025 | 3 |
| 2 | Algemene informatie | 4 |
| 2.1 | Uitgangspunten | 4 |
| 2.2 | Populatiebepaling | 4 |
| 2.3 | Aanlevering van de gegevens | 4 |
| 2.4 | Indicatorenwerkgroep | 4 |
| 2.5 | Externe partijen | 45 |
| 3. | Vast te leggen gegevens | 6 |
| 4 | Indicatoren 2025 | 7 |
| 5. | Wijzigingstabel | 17 |
| 6 | Bijlage: toelichting op informatie per indicator | 18 |

1 Overzicht indicatoren 2025

| Indicator-nummer ¹ | Indicatornaam | Bron ² | Transparantie ? ³ |
|-------------------------------|--|---|---------------------------------|
| 1 | Volume | DPA ^{4,5} Ziekenhuis Registratie / EPD | Verplicht |
| 2 | 30-dagen complicaties en mortaliteit | DPA Ziekenhuis Registratie / EPD | Verplicht |
| 3 | PROMS | DPA Ziekenhuis registratie/ EPD | Verplicht |
| 4 | PSA-waarde | DPA Ziekenhuis Registratie / EPD | Verplicht |
| 5 | Patiënten met laag risico prostaatcancer en actieve behandeling | DPA Ziekenhuis Registratie / EPD | niet 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

⁴ Per 2024 worden betreffende gegevens verwerkt door DICA, in de Dutch Prostate Audit (DICA)

⁵ In verband met het opstarten van de DICA registratie prostaatcancer (DPA) in 2023 zijn in het verslagjaar 2025 mogelijk nog niet alle ziekenhuizen aangesloten bij de DPA. Ziekenhuizen die nog niet aangesloten zijn kunnen in het verslagjaar 2025 de indicatoren direct aan DHD aanleveren.

2 Algemene informatie

2.1 Uitgangspunten

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

- Gepubliceerde transparante gegevens uit de openbare database zijn bedoeld voor (meerkeuze):
 - 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 prostaatkarcinoom

2.2 Populatiebepaling

Voor alle indicatoren in deze indicatorset bestaat de populatie uit:

- Zie indicatoren.

Inclusiecriteria:

- De inclusiecriteria voor de registratie omvatten gevallen van lokaal prostaatkanker dat niet is gemetastaseerd (TNM: T1-4 NX/0/1 M0)

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 prostaatkarcinoom bestond in 2024 uit de volgende personen:

| | |
|-----------|---|
| NVU: | Dhr. D.M. Somford, uroloog Dhr. J.R. Oddens, uroloog Dhr. R. van den Bergh, uroloog |
| NVRO: | Dhr. K. Hinnen, radiotherapeut-oncoloog Mw. C. van den Broek, radiotherapeut |
| NIV/NVMO: | Dhr. R. van Alphen, internist-oncoloog Mw. F. van den Berkmortel, medisch oncoloog |
| NVVP: | Mw. C. F. Kweldam, patholoog |
| NVVR: | Dhr. J. Noordmans, radioloog Dhr. I.G. Schoots, radioloog |
| NVNG: | Dhr. L.E. Weijs, nucleair geneeskundige |
| DICA: | Mw. S. Talie, registratie coördinator |

2.5 Externe partijen

Tevens waren de volgende personen aanwezig bij de ontwikkeldagen 2023:

Mw. I. Dingemans – NFK

Dhr. S. Koopman – voorzitter DPAA

Mw. S. Nieuwenhuis - NVU

Mw. M. van der Linde - NVZ

3. Vast te leggen gegevens

Om als zorgaanbieder deze indicatorset te kunnen aanleveren, moeten per cliënt de volgende gegevens (variabelen) worden vastgelegd:⁵

De informatie over de vast te leggen gegevens voor deze indicatorenset zijn te vinden in de datadictionary van de DPA op <https://support.mrdm.nl/registraties/dpa/>

⁵ 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.

4 Indicatoren 2025

| | |
|---|--|
| Indicatornaam | <i>Indicator 1 – volume</i> |
| 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. |
| Relevantie en toepasbaarheid | Kwaliteitsdomein: effectiviteit, cliëntgerichtheid |
| Type indicator | structuur |
| Achtergrond van de indicator | Richtlijn Prostaatcarcinoom Partij: NVU |
| Doel van het meten en publiceren | 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 volumennormen 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. |
| Transparantie | verplicht |
| Rekenregels en definities | |
| Datatype | aantal |
| 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? |
| Vraag | |
| Antwoordopties | één antwoord mogelijk |
| Definitie | *: Hier gaat het om 1) Radicale prostatectomie of 2) Radicale prostatectomie + lymfeklier dissectie, |
| Aggregatieniveau | concernniveau met verwijzende opmerkingen bij iedere locatie |
| In-/exclusiecriteria populatie | |
| Databron (registratie) | DPA Ziekenhuisregistratie/EPD (indien nog niet aangesloten bij DPA) |
| Norm | Het aantal radicale prostatectomieën voor prostaatcarcinoom bedraagt vanaf 1 januari 2019 minimaal 100 per jaar per locatie. Deze indicator is onderdeel van de SONCOS-uitvraag/ het SONCOS-normeringsdocument. Specificatie van het normeringsrapport met versie. SONCOS normeringsrapport - versie 12 (2024) |
| Meetperiode | 01-01-2025 t/m 31-12-2025 |

| | |
|-----------------------------|-------------------|
| Aanleverfrequentie | één keer per jaar |
| Eerste aanleverdatum | Maart 2026 |

| | |
|---|--|
| Indicatornaam | <i>Indicator 2 – 30 dagen complicaties en mortaliteit</i> |
| 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. |
| Relevantie en toepasbaarheid | Effectiviteit |
| Type indicator | uitkomst |
| Achtergrond van de indicator | <p><input type="checkbox"/> De kwaliteit van een radicale prostatectomie wordt bepaald door de indicatiestelling, de radicaliteit van de ingreep (zich uitend in oncologische resultaten en ziekte specifieke 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><input type="checkbox"/> 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> |
| Doel van het meten en publiceren | |
| Transparantie | verplicht |
| Rekenregels en definities | |
| Datatype | percentage |
| 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 en/of 4 en/of 5, 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, en /of 5 geregistreerd is en neem enkel de hoogste score mee.</i> |
| Noemer | 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> |
| Antwoordopties | |
| Definitie | n.v.t. |
| Aggregatieniveau | concernniveau met verwijzende opmerkingen bij iedere locatie |

| | |
|---|---|
| In-/exclusiecriteria populatie | <u>Inclusie:</u> Primaire behandeling prostaatacarcinoom <u>Exclusie:</u> Salvage prostatectomie |
| Rekenregels en casemixcorrecties | Rekenregel: zie teller/noemer. Er is geen casemixcorrectie toegepast bij deze indicator. Het aantal complicaties met scores 3, 4 en 5 is relatief laag en daardoor is er te weinig statistische power om een goede casemixcorrectie voor deze indicator te ontwikkelen. Mogelijk dat dit in de toekomst wel mogelijk is. |
| Databron (registratie) | DPA Ziekenhuisregistratie/EPD (indien nog niet aangesloten bij DPA) |
| Norm | n.v.t. |
| Meetperiode | 01-01-2025 t/m 31-12-2025 |
| Aanleverfrequentie | één keer per jaar |
| Eerste aanleverdatum | Maart 2026 |

| | |
|---|--|
| Indicator naam | <i>Indicator 3 – PROMs voor prostaatkanker</i> |
| Indicator nummer | 3 |
| Operationalisatie | Worden PROMS voor prostaatkanker 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 (verwijdering van de prostaat) of radiotherapie, zijn een zorg voor veel patiënten en kunnen een significante impact hebben op de lange termijn. PROM vragenlijsten geven inzicht hoe patiënten zelf hun gezondheid ervaren. Als deze vragenlijst structureel worden 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 | Kwaliteitsdomein: cliëntgerichtheid |
| Type indicator | Structuur en proces |
| 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. |
| Doel van het meten en publiceren | Zie 'achtergrond van de indicator' |
| Transparantie | verplicht |
| Rekenregels en definities | |
| Datatype | ja/nee + percentage |
| Teller 3a | Het aantal patiënten dat de PROM vragenlijst op baseline ingevuld retour heeft gestuurd. <i>Selecteer alle patiënten die in de periode 01-01-2025 t/m 31-12-2025 een prostatectomie/radiotherapie hebben ondergaan en die een "prom vragenlijst op baseline" hebben ontvangen en die vervolgens hebben teruggestuurd</i> <i>Ziekenhuizen die deze teller in verslagjaar 2025 nog niet uit het EPD kunnen halen, kunnen de indicator beantwoorden met 'Niet van toepassing/opleverbaar'.</i> |
| Noemer 3a | Het aantal patiënten dat de PROM vragenlijst op baseline heeft ontvangen vanuit het ziekenhuis/ de zorgverlener. <i>Selecteer alle patiënten die in de periode 01-01-2025 t/m 31-12-2025 een prostatectomie/radiotherapie hebben ondergaan en die een "prom vragenlijst op baseline" hebben ontvangen</i> <i>Ziekenhuizen die deze noemer in verslagjaar 2025 nog niet uit het EPD kunnen halen, kunnen de indicator beantwoorden met 'niet van toepassing'. 'Niet-opleverbaar'.</i> |
| Vraag 3b | Worden PROMS voor prostaatkanker 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 01-01-2025 tot en met 31-12-2025 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 01-01-2025 t/m 31-12-2025 een prostatectomie/radiotherapie hebben ondergaan en die na 12 maanden een 'PROM vragenlijst na 12 maanden' hebben ontvangen.</i> |
| Antwoordopties | 3a en 3c percentage of 'niet <u>van toepassingopleverbaar</u> ' 3b Ja/Nee |
| Definitie | 3b: Met 'structureel' wordt bedoeld dat het bespreken van de PROMS met de patiënt is ingebed in de werkwijze van het ziekenhuis. 3a en 3c: Minimale uitvraag: vraag 5 (ongewild urineverlies) en vraag 18 (ereectiestoornis) uit de EPIC26-vragenlijst. |
| Aggregatieniveau | concernniveau met verwijzende opmerkingen bij iedere locatie |
| In-/exclusiecriteria populatie | n.v.t. |
| Rekenregels en casemixcorrecties | Rekenregel: zie Teller/noemer Bij vullingsindicatoren wordt er geen case-mix correctie toegepast. |
| Databron (registratie) | DPA Ziekenhuisregistratie/EPD (indien nog niet aangesloten bij DPA) |
| Norm | n.v.t. |
| Meetperiode | Vragenlijsten retour ontvangen in verslagjaar 2025 (01-01-2025 tot en met 31-12-2025). <i>Selecteer de patiënten die in de periode 01-01-2025 tot en met 31-12-2025 de vragenlijst ingevuld retour hebben gestuurd.</i> |
| Aanleverfrequentie | één keer per jaar |
| Eerste aanleverdatum | Maart 2026 |

| | |
|---|---|
| Indicator naam | <i>Indicator 4 – PSA-waarde</i> |
| Indicator nummer | 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. |
| Relevantie en toepasbaarheid | Kwaliteitsdomein: Effectiviteit |
| Type indicator | Uitkomst |
| Achtergrond van de indicator | <p>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.</p> <p>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.</p> <p>De overschreden indicatiestelling kan door een lokaal doorgesloede 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.</p> |
| Doel van het meten en publiceren | |
| Transparantie | verplicht |
| Rekenregels en definities | |
| Datatype | Percentage |
| Teller 4 | <p>Het aantal patiënten dat een primaire radicale prostatectomie onderging, waarbij na 6 maanden plus of min 1 maand, een PSA >0.1 ng/ml gemeten wordt en/of die 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> <p>* NB: het onderscheid tussen adjuvante radiotherapie (gegeven tot 6 maanden na ingreep) en (early) salvage radiotherapie (vanaf 6 maanden na ingreep) kan lastig zijn.</p> |
| Noemer 4 | <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 01-01-2025 tot en met 31-12-2025 een radicale prostatectomie is uitgevoerd en waarbij een PSA waarde gemeten is na 6</i></p> |

| | |
|---|--|
| | <i>maanden plus of min 1 maand.</i> |
| Antwoordopties | |
| Definitie | |
| Aggregatieniveau | concernniveau met verwijzende opmerkingen bij iedere locatie |
| In-/exclusiecriteria populatie | <u>Inclusie:</u> Primaire behandeling prostaatcarcinoom <u>Exclusie:</u> Salvage prostatectomie |
| Rekenregels en casemixcorrecties | Rekenregel: zie Teller/noemer. Er is geen casemixcorrectie toegepast omdat er nog geen model opgesteld is. Het is mogelijk dat het in de toekomst nog gedaan wordt. |
| Databron (registratie) | DPA Ziekenhuisregistratie/EPD (indien nog niet aangesloten bij DPA) |
| Norm | n.v.t. |
| Meetperiode | 01-07-2024 t/m 30-06-2025 |
| Aanleverfrequentie | één keer per jaar |
| Eerste aanleverdatum | Maart 2026 |

| | |
|---|--|
| Indicatornaam | <i>Indicator 5 – Patiënten met laag risico prostaatkanker en actieve behandeling</i> |
| Indicatornummer | 5 |
| Operationalisatie | Het percentage patiënten met cT1c-cT2a, Gleason score <7, iPSA <10 ng/mL behandeld met radiotherapie en/of radicale prostatectomie en/of systemische en of focale therapie ten opzichte van het totaal aantal patiënten met cT1c-cT2a, Gleason score <7, iPSA <10 ng/mL. |
| Informatie voor cliënten | Volgens de richtlijn heeft het bij patiënten met laag risico prostaatkanker de voorkeur om niet meteen te gaan behandelen maar deze patiënten actief te volgen. Dan wordt regelmatig gecontroleerd of de prostaatkanker groeit. Zolang de kanker niet groeit, is geen behandeling nodig en worden de negatieve effecten van een behandeling die niet nodig is, voorkomen. Doel van deze indicator is het voorkomen van zogenaamde 'overbehandeling'. |
| Relevantie en toepasbaarheid | |
| Type indicator | Uitkomst |
| Achtergrond van de indicator | Gezien de nadelige effecten van behandeling verdient volgens de richtlijn bij patiënten met laag risico prostaatkanker een beleid van actief volgen de voorkeur en dient directe behandeling uitgesteld te worden. Het doel van deze indicator is het tegengaan van overbehandeling. De WOU (werkgroep oncologische urologie van de NVU) geeft aan dat de signalerende norm maximaal 30% zou moeten zijn. De 10% uitbijters zullen kritisch worden geanalyseerd. |
| Doel van het meten en publiceren | |
| Transparantie | Niet verplicht |
| Rekenregels en definities | |
| Datatype | Percentage |
| Teller 5 | Het aantal patiënten met cT1c-cT2a, Gleason score <7, iPSA <10 ng/mL behandeld met radiotherapie of radicale prostatectomie of systemische therapie of focale therapie. |
| Noemer 5 | Totaal aantal patiënten met cT1c-cT2a, Gleason score <7, iPSA <10 ng/mL exclusief patiënten met prostaatkanker als toevulsbevinding bij cystoprostatectomie. |
| Antwoordopties | |
| Definitie | Laag risico prostaatkanker zijn alle patiënten met cT1c-cT2a, Gleason score <7, iPSA <10 ng/mL. |
| Aggregatieniveau | Concernniveau met verwijzende opmerkingen bij iedere locatie |
| In-/exclusiecriteria populatie | Exclusie: patiënten met onbekende iPSA, Gleason score en/of cT stadium. Patiënten met prostaatkanker als toevulsbevinding bij cystoprostatectomie. |
| Rekenregels en casemixcorrecties | Rekenregel: zie Teller/noemer |
| Databron (registratie) | DPA Ziekenhuisregistratie/EPD (indien nog niet aangesloten bij DPA) |
| Norm | De WOU (werkgroep oncologische urologie van de NVU) geeft aan dat de signalerende norm maximaal 30% zou moeten zijn. De 10% uitbijters zullen kritisch worden geanalyseerd. |

| | |
|-----------------------------|---------------------------|
| Meetperiode | 01-01-2025 t/m 31-12-2025 |
| Aanleverfrequentie | 1 keer per jaar |
| Eerste aanleverdatum | Maart 2026 |

5. Wijzigingstabel

Beknopt overzicht met wijzigingen ten opzichte van de gids van verslagjaar 2024

| Indicator (nummer oud, nummer nieuw, INID) | Wijziging |
|---|---|
| Indicatornummer 1 | Er is een definitie van prostaatoperaties toegevoegd aan de gids: dit omvat 1) Radicale prostatectomie of 2) Radicale prostatectomie met lymfeklierdissectie. De norm is bijgesteld: Specificatie van het normeringsrapport met versie. SONCOS normeringsrapport - versie 12 (2024) |
| Indicatornummer 2 | Teller 2a + 2b zijn samengevoegd, dus als CD-345. Dus: "Selecteer de patiënten bij wie binnen 30 dagen na radicale prostatectomie Clavien Dindo 3 en/of 4, en /of 5 geregistreerd is." Teller/ Noemer 2b is verwijderd. Casemixcorrectie toegevoegd of verduidelijkt. |
| Indicatornummer 3 | Casemixcorrectie toegevoegd of verduidelijkt. |
| Indicatornummer 4 | Casemixcorrectie toegevoegd of verduidelijkt. Meetperiode aangepast van kalenderjaar naar 01-07-2024 t/m 30-06-2025 |
| Indicatornummer 5 | Casemixcorrectie toegevoegd of verduidelijkt. En omgezet naar niet verplicht. |
| Populatiebepaling | Inclusiecriteria toegevoegd: - De inclusiecriteria voor de registratie omvatten gevallen van lokaal prostaatkanker dat niet is gemetastaseerd (TNM: T1-4 NX/0/1 M0) |
| Organisaties van zorgaanbieders of zorgverleners | De toevoeging van de Nederlandse Vereniging voor Nucleaire Geneeskunde & de Nederlandse Vereniging voor Pathologie |

6 Bijlage: toelichting op informatie per indicator

| | |
|---|---|
| Operationalisatie | De indicator in één korte zin omschreven. Let op: vermeld duidelijk de eenheid van de indicator in deze zin. Bijvoorbeeld: 'wachtijd in dagen'. |
| Informatie voor cliënten | Het belang van en de betekenis van de indicator wordt hier kort zonder vaktermen verwoord. Een indicator is een meetbaar onderdeel van de zorg wat iets kan zeggen over de kwaliteit van zorg. In de informatie van cliënten wordt beknopt omschreven wat de indicator betekent en hoe deze geïnterpreteerd moet worden ('lager is beter', 'een instelling moet onder de norm van X scoren'). |
| Relevantie en toepasbaarheid | Geef aan waarom de indicator relevant is en voor wie. |
| Type indicator | <ul style="list-style-type: none"> - Uitkomst - Proces - Structuur |
| Achtergrond van de indicator | Op basis waarvan is de indicator opgesteld? Verwijs naar een richtlijn/standaard, of een internationale indicatorset waarin de indicator ook is opgenomen. Dit vergroot de validiteit van de indicator: zegt deze indicator echt iets over kwaliteit van zorg? |
| Doel van het meten en publiceren | Beschrijf wat beoogd wordt met het meten en publiceren. Geef aan voor welke fase in het zorgproces de indicator relevant is; eventueel voor welke type zorginstelling. Geef ook aan – waar van toepassing - in welke situatie de indicator niet langer relevant is. |
| Transparantie | <ul style="list-style-type: none"> - verplicht (publicatie in Openbare Database van Zorginstituut Nederland) - vrijwillig (geen openbare publicatie. Doorlevering alleen naar patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en zorgaanbieders) |
| Rekenregels en definities | |
| Datatype | Het datatype dat moet worden aangeleverd: <ul style="list-style-type: none"> - tekst (vrije tekst of een keuze uit een lijst in de indicatorgids) - ja/nee - aantal (een geheel getal) - getal - percentage (een getal tussen 0 en 100. Teller/noemer *100) |
| Teller(s) | Het getal boven de streep van een breuk. De teller is altijd een deelverzameling van de noemer. Om lange formuleringen te vermijden, is de volledige omschrijving van de deelverzameling niet altijd herhaald in de teller. |
| Noemer | Het getal onder de streep van een breuk. Nauwkeurige beschrijving van de cliëntenpopulatie. Indien er sprake van een structuurindicator is, dan is noemer niet van toepassing. |
| Vraag | Wanneer er een vraag wordt gesteld over de organisatie van de zorg (vaak een klantpreferentievraag), dan kan de vraag aan de instelling hier geplaatst worden. De |

| | |
|---|--|
| | <p>operationalisatie is dan hoe de indicator wordt gepubliceerd. Bijvoorbeeld: Vraag: "Op welke manier kunnen patiënten na de operatie contact opnemen bij vragen?" Operationalisatie: "Aangeboden manieren post-operatief contact"</p> |
| Antwoordopties | <p>Bij vragen is het belangrijk aan te geven of er slechts één antwoord mogelijk is of meerdere antwoorden mogelijk zijn. Daarnaast moeten de antwoordopties vermeld worden.</p> |
| Definitie | <p>Indien in de indicator termen worden gebruikt die enige toelichting nodig hebben, zodat betrouwbaar kan worden geregistreerd, dan wordt een definitie gegeven.</p> |
| Aggregatieniveau | <p>Het niveau waarop de indicatoren worden aangeleverd; in beginsel worden alle indicatoren op locatieniveau aangeleverd. In de uitgangspunten in de indicatorgids wordt voor de hele set aangegeven hoe hier mee om wordt gegaan. Per indicator kunnen specifieke aanwijzingen worden gegeven, bijvoorbeeld voor proces- en uitkomstindicatoren afkomstig uit kwaliteitsregistraties op concernniveau.</p> |
| In-/exclusiecriteria populatie | <p>Een duidelijke definiëring van de cliëntenpopulatie vertaalt zich uiteindelijk in duidelijke in- en exclusiecriteria. Daarnaast kunnen exclusiecriteria gebruikt worden om vergelijkbaarheid te vergroten. Bijvoorbeeld als bepaalde cliëntengroepen niet gelijk over instellingen zijn verdeeld.</p> |
| Rekenregels en casemixcorrecties | <p>Rekenregels voor het berekenen van de indicatorwaarde. Wanneer het relevant is voor een indicator kunnen cliëntkenmerken gebruikt worden voor het corrigeren van de indicatorwaarde. Hier moet worden aangegeven of er een casemixcorrectie plaatsvindt en op welke variabelen.</p> |
| Databron (registratie) | <p>De te gebruiken bron voor het berekenen van de indicatorwaarde. Bijvoorbeeld: LROI, NKR, DLCA-R, EPD, Zorgkaart Nederland</p> |
| Norm | <p>Als de indicator een norm kent, wordt deze hier in de indicatorgids vermeld. Ook de bron van de norm wordt vermeld.</p> |
| Meetperiode | <p>De meetperiode is de periode waarin de metingen worden gedaan. Dit is standaard het hele kalenderjaar (01-01 t/m 31-12), maar hier kan van worden afgeweken. Bij follow-upmetingen moet een expliciete keuze worden gemaakt: een meting drie maanden post-operatief binnen het verslagjaar betekent dat de operatie ook in de laatste drie maanden van het voorgaande jaar kan zijn uitgevoerd. Soms wordt er een peildatum gebruikt in plaats van een meetperiode (vaak bij structuurindicatoren). De peildatum ligt dan vaak op 01-03 van het jaar ná het verslagjaar.</p> |
| Aanleverfrequentie | <p>De frequentie waarmee de indicatoren aangeleverd worden. Afspraken over de frequentie worden landelijk gemaakt. Dit is momenteel één keer per jaar.</p> |
| Eerste aanleverdatum | <p>Geef aan op welke datum deze versie van de indicator bij het Zorginstituut moet worden aangeleverd. Deze datum wordt opgenomen op de Transparantiekalender.</p> |

