

# Indicatorset

## In opzet curatieve behandeling prostaatcarcinoom

Uitvraag ziekenhuizen/ZBC's over verslagjaar 2023

Versie 1, aug 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](http://www.nvz-ziekenhuizen.nl)
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra: [www.nfu.nl](http://www.nfu.nl)
- Zelfstandige Klinieken Nederland: [www.zkn.nl](http://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 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 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). Dit 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	5
2.3 Aanlevering van de gegevens	5
2.4 Indicatorenwerkgroep	5
3 Indicatoren	6
4 Wijzigingstabel	16

## 1 Overzicht indicatoren

<b>Indicator-nummer<sup>1</sup></b>	<b>Indicatornaam</b>	<b>Bron<sup>2</sup></b>	<b>Transparantie ?<sup>3</sup></b>
1	Volume	Ziekenhuis registratie/ EPD	Verplicht
2	30-dagen complicaties en mortaliteit	Nederlandse Kankerregistratie (NKR)	Verplicht
3	PROMS	Ziekenhuis registratie/ EPD	Verplicht
4	PSA-waarde	Nederlandse Kankerregistratie (NKR)	Verplicht
5	Patiënten met laag risico prostaatcancer en actieve behandeling	Nederlandse Kankerregistratie (NKR)	Vrijwillig
6	Percentage patiënten met grote kans op lymfeklier metastasen die een prostatectomie ondergaan met pelviene lymfeklier dissectie.	Nederlandse Kankerregistratie (NKR)	Vrijwillig

<sup>1</sup> 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.

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

<sup>3</sup> 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 (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 prostaatcarcinoom

## 2.2 Populatiebepaling

Voor alle indicatoren in deze indicatorset bestaat de populatie uit:

- Zie indicatoren.

## 2.3 Aanlevering van de gegevens

Via [www.zorginzicht.nl](http://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 prostaatcarcinoom bestond in 2021 uit de volgende personen:

NVU:	Dhr. J. van Moorselaar, uroloog
	Dhr. M. Busstra, uroloog
NVRO:	Dhr. K. Hinnen, radiotherapeut-oncoloog
NIV/NVMO:	Dhr. R. van Alphen, internist-oncoloog
NFK/PKS:	Mw. I. Dingemans, belangenbehartiger kwaliteit van zorg
	Mw. E. Wolak, projectleider kwaliteit van zorg
NVZ:	Dhr. S. van Aalst, beleidsadviseur Kwaliteit & Organisatie
V&VN:	Mw. E. van Koeveringe, secretaris
ZN:	Mw. L. Vunderink, vertegenwoordiger
	Mw. J Gehlen, medisch adviseur
IKNL:	Mw. K. Aben, senior onderzoeker
	Mw. S. Venlet, senior adviseur oncologie

## 3 Indicatoren

<b>Indicatornaam</b>	<i>Indicator 1 – volume</i>
<b>Indicatornummer</b>	1
<b>Operationalisatie</b>	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?
<b>Informatie voor cliënten</b>	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.
<b>Relevantie en toepasbaarheid</b>	Kwaliteitsdomein: effectiviteit, cliëntgerichtheid
<b>Type indicator</b>	structuur
<b>Achtergrond van de indicator</b>	Richtlijn Prostaatcarcinoom Partij: NVU
<b>Doel van het meten en publiceren</b>	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.
<b>Transparantie</b>	verplicht
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Datatype</b>	aantal
<b>Teller 1a</b>	Hoeveel radicale prostatectomieën voor prostaatkanker werden in het verslagjaar op uw ziekenhuislocatie verricht?
<b>Teller 1b</b>	Door hoeveel urologen werden in het verslagjaar op uw ziekenhuislocatie radicale prostatectomieën uitgevoerd?
<b>Vraag</b>	
<b>Antwoordopties</b>	één antwoord mogelijk
<b>Definitie</b>	
<b>Aggregatieniveau</b>	concernniveau met verwijzende opmerkingen bij iedere locatie
<b>In-/exclusiecriteria populatie</b>	
<b>Rekenregels en casemixcorrecties</b>	
<b>Databron (registratie)</b>	Ziekenhuisregistratie / EPD: de informatie wordt lokaal bij het ziekenhuis uitgevraagd. Ziekenhuizen moeten de informatie zelf invullen.
<b>Norm</b>	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.
<b>Meetperiode</b>	01-07-2022t/m 30-06-2023
<b>Aanleverfrequentie</b>	één keer per jaar
<b>Eerste</b>	Maart 2023

<b>aanleverdatum</b>	
<b>Indicatornaam</b>	<i>Indicator 2 – 30 dagen complicaties en mortaliteit</i>
<b>Indicatornummer</b>	2
<b>Operationalisatie</b>	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.
<b>Informatie voor cliënten</b>	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.
<b>Relevantie en toepasbaarheid</b>	Effectiviteit
<b>Type indicator</b>	uitkomst
<b>Achtergrond van de indicator</b>	<p>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>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>
<b>Doel van het meten en publiceren</b>	
<b>Transparantie</b>	verplicht
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Datatype</b>	percentage
<b>Teller 2a</b>	Het aantal patiënten dat een radicale prostatectomie onderging, waarbij binnen 30 dagen na de primaire behandeling complicaties zijn opgetreden met Clavien-Dindo score 3 en/of 4, waarbij de hoogste score per patiënt wordt meegenomen. <i>Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie patiënten verzameld onder de noemer. Selecteer de patiënten bij wie binnen 30 dagen na radicale prostatectomie Clavien Dindo 3 en/of 4 geregistreerd is en neem enkel de hoogste score mee. Patiënten met score 5 worden niet meegenomen, die komen in teller 2b terug.</i>
<b>Teller 2b</b>	Het aantal patiënten dat een radicale prostatectomie onderging, waarbij binnen 30 dagen na de primaire behandeling complicaties zijn opgetreden met Clavien-Dindo score 5. <i>Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie patiënten verzameld onder de noemer. Selecteer de patiënten bij wie binnen 30 dagen na radicale prostatectomie Clavien Dindo score 5 geregistreerd is (overleden).</i>
<b>Noemer a+b</b>	Het aantal patiënten dat een radicale prostatectomie onderging als primaire behandeling voor prostaatkanker

	<i>Selecteer alle patiënten met prostaatcarcinoom bij wie een radicale prostatectomie is uitgevoerd.</i>
<b>Antwoordopties</b>	
<b>Definitie</b>	n.v.t.
<b>Aggregatieniveau</b>	concernniveau met verwijzende opmerkingen bij iedere locatie
<b>In-/exclusiecriteria populatie</b>	<u>Inclusie:</u> Primaire behandeling prostaatcarcinoom <u>Exclusie:</u> Salvage prostatectomie
<b>Rekenregels en casemixcorrecties</b>	n.v.t.
<b>Databron (registratie)</b>	Nederlandse Kankerregistratie (NKR): <i>De NKR is een landelijke registratie, deze heeft vanwege het beperken van de registratielast de voorkeur. Om deze reden wordt het registratiejaar van de NKR aangehouden, Ook de mortaliteit (teller b) wordt om praktische redenen per jaar gerapporteerd ondanks de lage aantallen.</i>
<b>Norm</b>	n.v.t.
<b>Meetperiode</b>	01-07-2022 t/m 30-06-2023
<b>Aanleverfrequentie</b>	één keer per jaar
<b>Eerste aanleverdatum</b>	Maart 2023



<b>Indicatornaam</b>	<i>Indicator 3 – PROMs voor prostaatkanker</i>
<b>Indicatornummer</b>	3
<b>Operationalisatie</b>	Worden PROMS voor prostaatkanker structureel aan patiënten aangeboden en met patiënten besproken in de spreekkamer? En wat is de respons op de uitgezette vragenlijsten?
<b>Informatie voor cliënten</b>	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.
<b>Relevantie en toepasbaarheid</b>	Kwaliteitsdomein: cliëntgerichtheid
<b>Type indicator</b>	Structuur en proces
<b>Achtergrond van de indicator</b>	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.
<b>Doel van het meten en publiceren</b>	Zie 'achtergrond van de indicator'
<b>Transparantie</b>	verplicht
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Datatype</b>	ja/nee + percentage
<b>Vraag 3a</b>	Worden PROMS voor prostaatkanker structureel aan patiënten aangeboden in uw ziekenhuis?
<b>Vraag 3b</b>	Worden PROMS voor prostaatkanker structureel met patiënten besproken in de spreekkamer?
<b>Teller 3c</b>	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 01-01-2023 tot en met 31-12-2023 de vragenlijst ingevuld retour hebben gestuurd.</i>
<b>Noemer 3c</b>	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 01-01-2022 t/m 31-12-2022 een prostatectomie/radiotherapie hebben ondergaan en die na 12 maanden een 'PROM vragenlijst na 12 maanden' hebben ontvangen.</i>
<b>Antwoordopties</b>	3a Ja/Nee, 3b Ja/Nee
<b>Definitie</b>	3a + 3b: Met 'structureel' wordt bedoeld dat iedere patiënt hiermee in aanraking komt, omdat het is ingebed in de werkwijze van het ziekenhuis. 3c: Minimale uitvraag: vraag 5 (ongewild urineverlies) en vraag 18 (erectiestoornis) uit de EPIC26-vragenlijst.
<b>Aggregatieniveau</b>	concernniveau met verwijzende opmerkingen bij iedere locatie
<b>In-/exclusiecriteria populatie</b>	n.v.t.
<b>Rekenregels en casemixcorrecties</b>	n.v.t.
<b>Databron (registratie)</b>	Ziekenhuis registratie / EPD

<b>Norm</b>	n.v.t.
<b>Meetperiode</b>	Vragenlijsten retour ontvangen in verslagjaar 2023 (01-01-2023 tot en met 31-12-2023). <i>Selecteer de patiënten die in de periode 01-01-2023 tot en met 31-12-2023 de vragenlijst ingevuld retour hebben gestuurd.</i>
<b>Aanleverfrequentie</b>	één keer per jaar
<b>Eerste aanleverdatum</b>	Maart 2023

<b>Indicatornaam</b>	<i>Indicator 4 – PSA-waarde</i>
<b>Indicatornummer</b>	4
<b>Operationalisatie</b>	Percentage patiënten, na radicale prostatectomie, dat 6 maanden (plus of min 1 maand) na operatie een PSA heeft dat >0.1 ng/ml is.
<b>Informatie voor cliënten</b>	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.
<b>Relevantie en toepasbaarheid</b>	Kwaliteitsdomein: Effectiviteit
<b>Type indicator</b>	Uitkomst
<b>Achtergrond van de indicator</b>	<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>
<b>Doel van het meten en publiceren</b>	
<b>Transparantie</b>	verplicht
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Datatype</b>	Percentage
<b>Teller 4</b>	<p>Het aantal patiënten dat een primaire radicale prostatectomie onderging, waarbij na 6 maanden plus of min 1 maand, een PSA &gt;0.1 ng/ml gemeten wordt en/of postoperatief bestraald zijn: <i>voor de teller wordt uitgegaan van de populatie patiënten verzameld onder de noemer. Selecteer de patiënten met een PSA &gt;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>
<b>Noemer 4</b>	Het aantal patiënten dat een radicale prostatectomie onderging als primaire behandeling voor prostaatkanker: <i>Selecteer alle patiënten met een prostaatcarcinoom bij wie in de periode 01-07-2022 tot en met 31-06-2023 een radicale prostatectomie is uitgevoerd.</i>
<b>Antwoordopties</b>	

<b>Definitie</b>	
<b>Aggregatieniveau</b>	concernniveau met verwijzende opmerkingen bij iedere locatie
<b>In-/exclusiecriteria populatie</b>	<u>Inclusie:</u> Primaire behandeling prostaatcarcinoom <u>Exclusie:</u> Salvage prostatectomie
<b>Rekenregels en casemixcorrecties</b>	n.v.t.
<b>Databron (registratie)</b>	NKR
<b>Norm</b>	n.v.t.
<b>Meetperiode</b>	01-07-2022 t/m 30-06-2023
<b>Aanleverfrequentie</b>	één keer per jaar
<b>Eerste aanleverdatum</b>	Maart 2023

<b>Indicatornaam</b>	<i>Indicator 5 – Patiënten met laag risico prostaatkanker en actieve behandeling</i>
<b>Indicatornummer</b>	5
<b>Operationalisatie</b>	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 opzicht van het totaal aantal patiënten met cT1c-cT2a, Gleason score <7, iPSA <10 ng/mL.
<b>Informatie voor cliënten</b>	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'.
<b>Relevantie en toepasbaarheid</b>	
<b>Type indicator</b>	Uitkomst
<b>Achtergrond van de indicator</b>	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.
<b>Doel van het meten en publiceren</b>	
<b>Transparantie</b>	Vrijwillig
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Datatype</b>	Percentage
<b>Teller 5</b>	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.
<b>Noemer 5</b>	Totaal aantal patiënten met cT1c-cT2a, Gleason score <7, iPSA <10 ng/mL exclusief patiënten met prostaatkanker als toevallsbevinding bij cystoprostatectomie.
<b>Antwoordopties</b>	
<b>Definitie</b>	Laag risico prostaatkanker zijn alle patiënten met cT1c-cT2a, Gleason score <7, iPSA <10 ng/mL.
<b>Aggregatieniveau</b>	Concernniveau met verwijzende opmerkingen bij iedere locatie
<b>In-/exclusiecriteria populatie</b>	Inclusie patiënten conform NKR inclusie criteria. Patiënten woonachtig in Nederland. Exclusie: patiënten met onbekende iPSA, Gleason score en/of cT stadium. Patiënten met prostaatkanker als toevallsbevinding bij cystoprostatectomie.
<b>Rekenregels en casemixcorrecties</b>	
<b>Databron (registratie)</b>	NKR
<b>Norm</b>	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.
<b>Meetperiode</b>	01-01-2022 t/m 31-12-2022
<b>Aanleverfrequentie</b>	1 keer per jaar
<b>Eerste aanleverdatum</b>	Maart 2023

<b>Indicatornaam</b>	<i>Indicator 6 – Percentage patiënten met grote kans op lymfeklier metastasen die een prostatectomie ondergaan met pelviene lymfeklier dissectie</i>
<b>Indicatornummer</b>	6
<b>Operationalisatie</b>	Percentage patiënten met cT2c, of Gleason score >7, of iPSA >20 ng/mL behandeld met radicale prostatectomie + PLND ten opzichte van het totaal aantal patiënten met cT2c, of Gleason score >7, of iPSA >20 ng/mL behandeld met radicale prostatectomie.
<b>Informatie voor cliënten</b>	
<b>Relevantie en toepasbaarheid</b>	
<b>Type indicator</b>	Uitkomst
<b>Achtergrond van de indicator</b>	Een pelviene lymfeklierdissectie (PLND) wordt uitgevoerd voor een goede stadiering en prognosebepaling. In de EAU richtlijn wordt aanbevolen een uitgebreide PLND te verrichten bij patiënten die een radicale prostatectomie ondergaan én een risico op pelviene lymfekliermetastasen hebben van meer dan 5%. In de Nederlandse richtlijn wordt een PLND geadviseerd bij patiënten met een risico op lymfekliermetastasen van meer dan 10%, voorafgaand aan een radicale prostatectomie.
<b>Doel van het meten en publiceren</b>	
<b>Transparantie</b>	Vrijwillig
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Datatype</b>	Percentage
<b>Teller 6</b>	Aantal patiënten met cT2c, of Gleason score >7, of iPSA >20 ng/mL behandeld met radicale prostatectomie + PLND.
<b>Noemer 6</b>	Aantal patiënten met cT2c, of Gleason score >7, of iPSA >20 ng/mL behandeld met radicale prostatectomie.
<b>Antwoordopties</b>	
<b>Definitie</b>	n.v.t.
<b>Aggregatieniveau</b>	Ziekenhuis conform NKR-definitie
<b>In-/exclusiecriteria populatie</b>	Inclusie patiënten conform NKR inclusie criteria. Patiënten woonachtig in Nederland. Exclusie: patiënten met onbekende iPSA, Gleason score en/of cT stadium.
<b>Rekenregels en casemixcorrecties</b>	n.v.t.
<b>Databron (registratie)</b>	NKR
<b>Norm</b>	>90%
<b>Meetperiode</b>	01-07-2022 t/m 30-06-2023
<b>Aanleverfrequentie</b>	1 keer per jaar
<b>Eerste aanleverdatum</b>	Maart 2023

#### 4 Wijzigingstabel

Geen wijzingen t.o.v. 2022