

Toetstabel Prostaatcarcinoom verslagjaar 2022

Operationalisatie	Aard van de wijziging	Criteria Toetsingskader	Advies werkgroep	PFN	FMS	V&VN	ZN	NVZ	NFU	ZKN	WSCie
Indicator 1 t/m 4											
1. Volume 2. 30-dagen complicaties en mortaliteit 3. PROMS 4. PSA-waarde	Geen wijzigingen	Criterium 1 t/m 6	Verplicht transparant	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord
Overweging ZIN											
Er is consensus in de werkgroep over het verplicht transparant houden 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 5											
Patiënten met laag risico prostaatkanker en actieve behandeling	Nieuwe indicator	Criterium 1 t/m 6	Vrijwillig transparant	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord
Overweging ZIN											
Er is consensus in de werkgroep over het vrijwillig transparant stellen van de indicator. 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											
Vrijwillig transparant											
Indicator 6											
Percentage patiënten met grote kans op lymfeklier metastasen die een prostatectomie ondergaan met pelviene lymfeklier dissectie.	Nieuwe indicator	Criterium 1 t/m 6	Vrijwillig transparant	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord
Overweging ZIN											
Er is consensus in de werkgroep over het vrijwillig transparant stellen van de indicator. 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											
Vrijwillig transparant											

Indicatorset

In opzet curatieve behandeling prostaatcarcinoom

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 Kankerpatiëntenorganisaties
- 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

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
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

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 (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 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

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 (verwijdering van de prostaat) in verband met prostaatkanker 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	
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	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.
Meetperiode	01-07-2021 t/m 30-06-2022
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste	Maart 2023

aanleverdatum	
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 (verwijdering van de prostaat). 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>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>
Doel van het meten en publiceren	
Transparantie	verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	percentage
Teller 2a	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>
Teller 2b	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>
Noemer a+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>
Antwoordopties	
Definitie	n.v.t.
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	n.v.t.
Databron (registratie)	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>
Norm	n.v.t.
Meetperiode	01-07-2021 t/m 30-06-2022
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	Maart 2023

Indicatornaam	<i>Indicator 3 – PROMs voor prostaatkanker</i>
Indicatornummer	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
Vraag 3a	Worden PROMS voor prostaatkanker structureel aan patiënten aangeboden in uw ziekenhuis?
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 01-01-2022 tot en met 31-12-2022 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 01-01-2021 t/m 31-12-2021 een prostatectomie/radiotherapie hebben ondergaan en die na 12 maanden een 'PROM vragenlijst na 12 maanden' hebben ontvangen.</i>
Antwoordopties	3a Ja/Nee, 3b Ja/Nee
Definitie	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.
Aggregatieniveau	concernniveau met verwijzende opmerkingen bij iedere locatie
In-/exclusiecriteria populatie	n.v.t.
Rekenregels en casemixcorrecties	n.v.t.
Databron (registratie)	Ziekenhuis registratie / EPD

Norm	n.v.t.
Meetperiode	Vragenlijsten retour ontvangen in verslagjaar 2022 (01-01-2022 tot en met 31-12-2022). <i>Selecteer de patiënten die in de periode 01-01-2022 tot en met 31-12-2022 de vragenlijst ingevuld retour hebben gestuurd.</i>
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	Maart 2023

Indicatornaam	<i>Indicator 4 – PSA-waarde</i>
Indicatornummer	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 doorgegroeiende 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 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	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 01-07-2021 tot en met 31-06-2022 een radicale prostatectomie is uitgevoerd.</i>
Antwoordopties	

Definitie	
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	n.v.t.
Databron (registratie)	NKR
Norm	n.v.t.
Meetperiode	01-07-2021 t/m 30-06-2022
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	Maart 2023

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 opzicht 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.
Doel van het meten en publiceren	
Transparantie	Vrijwillig
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 toevallsbevinding 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	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.
Rekenregels en casemixcorrecties	
Databron (registratie)	NKR
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	01-01-2021 t/m 31-12-2021
Aanleverfrequentie	1 keer per jaar

Eerste aanleverdatum	Maart 2023
---------------------------------	------------

Indicatornaam	<i>Indicator 6 – Percentage patiënten met grote kans op lymfeklier metastasen die een prostatectomie ondergaan met pelviene lymfeklier dissectie</i>
Indicatornummer	6
Operationalisatie	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.
Informatie voor cliënten	Bij het verwijderen van de prostaat wordt bij patiënten met een grote kans op uitzaaiingen in de lymfeklieren in de richtlijnen geadviseerd ook de lymfeklieren te verwijderen. Deze indicator geeft inzicht in hoeverre ziekenhuizen dit ook doen en of ze werken volgens de door artsen opgestelde richtlijnen.
Relevantie en toepasbaarheid	
Type indicator	Uitkomst
Achtergrond van de indicator	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.
Doel van het meten en publiceren	
Transparantie	Vrijwillig
Rekenregels en definities	
Datatype	Percentage
Teller 6	Aantal patiënten met cT2c, of Gleason score >7, of iPSA >20 ng/mL behandeld met radicale prostatectomie + PLND.
Noemer 6	Aantal patiënten met cT2c, of Gleason score >7, of iPSA >20 ng/mL behandeld met radicale prostatectomie.
Antwoordopties	
Definitie	n.v.t.
Aggregatieniveau	Ziekenhuis conform NKR-definitie
In-/exclusiecriteria populatie	Inclusie patiënten conform NKR inclusie criteria. Patiënten woonachtig in Nederland. Exclusie: patiënten met onbekende iPSA, Gleason score en/of cT stadium.
Rekenregels en casemixcorrecties	n.v.t.
Databron (registratie)	NKR
Norm	>90%
Meetperiode	01-07-2021 t/m 30-06-2022
Aanleverfrequentie	1 keer per jaar
Eerste aanleverdatum	Maart 2023

4 Wijzigingstabel

Beknopt overzicht met wijzigingen ten opzichte van de gids van verslagjaar [jaar eerder].

Indicator	Wijziging
5	Indicator 5 is toegevoegd
6	Indicator 6 is toegevoegd

Let op: de meetperiode voor de indicatoren 1, 2, 3, 4 en 6 is conform NKR-registratie: 01-07-2021 t/m 30-06-2022. De meetperiode van indicator 5 is 01-01-2021 t/m 31-12-2021