

Indicatorset

DICA Prostaat (DPA)

Uitvraag ziekenhuizen/ZBC's over verslagjaar 2026

Versie 2026.3, september 2025

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
- Prostaat Kanker Stichting (PKS)

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	3
Alle 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
2.1 Externe partijen	5
3. Vast te leggen gegevens	6
4 Indicatoren 2026	7
Indicator 1 indicatorvelden, rekenregels en definities	7
Indicator 2 indicatorvelden, rekenregels en definities	9
Indicator 3 indicatorvelden, rekenregels en definities	11
Indicator 4 indicatorvelden, rekenregels en definities	13
Indicator 5 indicatorvelden, rekenregels en definities	15
5. Wijzigingstabel	17
Nieuw of gewijzigd in indicatorenset	17
Bijlage: toelichting op informatie per indicator	19
Toelichting indicatorvelden, rekenregels en definities	19

1 Overzicht indicatoren

In de bijlage staan alle velden in onderstaande indicatortabel toegelicht.

Alle indicatoren

Indicator-nummer	Indicatornaam	Bron	Transparantie
1	Volume	DPA 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 prostaatkanker en actieve behandeling	DPA Ziekenhuis Registratie / EPD	Verplicht

Toelichting kolomkoppen

- **Bron:** Vul hier de bron van de indicator in (bijvoorbeeld kwaliteitsregistratie X, EPD, ZIS, etc).
- **Transparantie:** Vrijwillige indicatoren worden niet opgenomen op de Transparantiekalender en dus niet aangeleverd aan en gepubliceerd door Zorginstituut Nederland. Vrijwillige indicatoren worden gedeeld met de Zorgverzekeraars, Patiëntenorganisaties 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 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 2025 uit de volgende personen:

NVU:	Dhr. dr. D.M. Somford, uroloog Dhr. dr. J.R. Oddens, uroloog Dhr. dr. R. van den Bergh, uroloog
NVRO:	Mw. drs. K. Wortel, radiotherapeut-oncoloog Mw. dr. C. van den Broek, radiotherapeut
NIV/NVMO:	Dhr. dr. R. van Alphen, internist-oncoloog Mw. dr. F. van den Berkmortel, medisch oncoloog
NVVP:	Mw. dr. C. F. Kweldam, patholoog
NVVR:	Dhr. dr. J. Noordmans, radioloog Dhr. dr. I.G. Schoots, radioloog
NVNG:	Dhr. dr. L.E. Weijs, nucleair geneeskundige
PKS:	Dhr. N. Visser, patiëntvertegenwoordiger
PKS:	Mw. L. Biegstraaten, senior beleidsadviseur PKS
DICA:	Mw. S. Talie, registratie coördinator Mw. M.F. van Donkelaar, arts-onderzoeker

2.1 Externe partijen

Tevens waren de volgende personen aanwezig bij de ontwikkeldag 2024:

Patiëntvertegenwoordiger DHFA:	T. van Helmond
CAB lid DPA:	J. Oddens
Amsterdam UMC:	Y. Elshot
CAB vz DMTR:	F. van den Eertwegh
ZN:	S. Vergeer
CAB lid DPA:	R. van den Bergh
NFK:	E. Wolak
St. Melanoom:	J. de Jong
UMC Utrecht, voorzitter DCCA	M.J. van den Boogaard
VGZ	A. van der Wal

3. Vast te leggen gegevens

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

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/>

4 Indicatoren 2026

In de bijlage staan alle velden in onderstaande indicatortabel toegelicht.

Indicator 1 indicatorvelden, rekenregels en definities

Indicatornaam	Inhoud
Indicatornummer	1
Operationalisatie	Hoeveel radicale prostatectomieën voor prostaatkanker werden in het verslagjaar op uw ziekenhuislocatie verricht? En 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
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-normeringsdocumentversie 12 (2024).
Meetperiode	01-07-2025 t/m 30-06-2026
Aanleverfrequentie	één keer per jaar

Indicator naam	Inhoud
Eerste aanleverdatum	2019

Indicator 2 indicatorvelden, rekenregels en definities

Veldnaam	Inhoud
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
Datatype	percentage
Teller	<p>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.</p> <p><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></p>
Noemer	<p>Het aantal patiënten dat een radicale prostatectomie onderging als primaire behandeling voor prostaatkanker</p> <p><i>Selecteer alle patiënten met prostaatkarcinoom bij wie een radicale prostatectomie is uitgevoerd.</i></p>
Antwoordopties	
Definitie	n.v.t.
Aggregatieniveau	concernniveau met verwijzende opmerkingen bij iedere locatie

Veldnaam	Inhoud
Indicatornaam	<i>Indicator 2 – 30 dagen complicaties en mortaliteit</i>
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 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	01-07-2025 t/m 30-06-2026
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2023

Indicator 3 indicatorvelden, rekenregels en definities

Veldnaam	Inhoud
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
Datatype	ja/nee + percentage
Teller 3a	Het aantal patiënten dat de PROM vragenlijst op baseline heeft ontvangen en geretourneerd. ingevuld retour heeft gestuurd. Selecteer alle patiënten die in de periode 01-01-2026 t/m 31-12-2026 een prostatectomie/radiotherapie hebben ondergaan en die een "prom vragenlijst op baseline" hebben ontvangen en die vervolgens hebben teruggestuurd. Ziekenhuizen die deze teller in verslagjaar 2026 nog niet uit het EPD kunnen halen, kunnen de indicator beantwoorden met 'Niet van toepassing'.
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 01-01-2026 t/m 31-12-2026 een prostatectomie/radiotherapie hebben ondergaan en die een "prom vragenlijst op baseline" hebben ontvangen</i> <i>Ziekenhuizen die deze noemer in verslagjaar 2026 nog niet uit het EPD kunnen halen, kunnen de indicator beantwoorden met 'niet van toepassing'.</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 heeft ontvangen en geretourneerd: <i>Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie patiënten verzameld onder de noemer. Selecteer de patiënten die in de periode 01-01-2026 tot en met 31-12-2026 de vragenlijst ingevuld retour hebben gestuurd.</i>
Noemer 3c	Het aantal patiënten dat de 'PROM vragenlijst na 12 maanden

Veldnaam	Inhoud
	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 van toepassing' 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 (erectiestoornis) 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	3a: Baseline vragenlijsten retour ontvangen in verslagjaar 2026 (01-01-2026 tot en met 31-12-2026). 3a: Patiënten die in de periode 01-01-2026 tot en met 31-12-2026 een een prostatectomie/radiotherapie hebben ondergaan en die een baselnevragenlijst hebben ontvangen. 3c: 12 maanden vragenlijst retour ontvangen in verslagjaar 2026 (01-01-2026 tot en met 31-12-2026). 3c: Patiënten die in de periode 01-01-2025 tot en met 31-12-2025 een prostatectomie/radiotherapie hebben ondergaan en die een 12 maanden vragenlijst hebben ontvangen.
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	3a: 2025 3b: 2019 3c: 2021

Indicator 4 indicatorvelden, rekenregels en definities

Veldnaam	Inhoud
Indicatornaam	Indicator 4 – PSA-waarde
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 doorgesloeiende 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
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	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-</i>

Veldnaam	Inhoud
	<i>07-2025 tot en met 30-06-2026 een radicale prostatectomie is uitgevoerd en waarbij een PSA waarde gemeten is na 6 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	01-07-2025 t/m 30-06-2026
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2023

Indicator 5 indicatorvelden, rekenregels en definities

Veldnaam	Inhoud
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
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	Hoeveel procent van de behandeling was laag risico. Patiënten met laag risico prostaatkanker en actieve behandeling binnen 12 maanden. Laag risico prostaatkanker zijn alle patiënten met cT1c-cT2a, Gleason score <7, iPSA <10 ng/mL. Laag risico prostaatkanker zijn alle patiënten met cT1c-cT2a, Gleason score <7, iPSA <10 ng/mL/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 toevallsbevinding bij cystoprostatectomie.
Rekenregels en casemixcorrecties	Rekenregel: zie Teller/noemer

Veldnaam	Inhoud
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	2023

5. Wijzigingstabel

Wijzigingstabel ten opzichte van de gids van verslagjaar 2025

Nieuw of gewijzigd in indicatorenset

Indicatornummer (deze gids)	Type wijziging	Toelichting wijziging
3	<input type="checkbox"/> Indicator is nieuw. <input type="checkbox"/> Indicatornummer is gewijzigd ten opzichte van de gids van vorig verslagjaar. <input checked="" type="checkbox"/> In de indicator zijn ter verduidelijking tekstuele wijzigingen doorgevoerd. De berekening wijzigt niet ten opzichte van het vorig verslagjaar. <input checked="" type="checkbox"/> In de indicator zijn wijzigingen doorgevoerd die impact hebben op de berekening of definitie. Hierdoor kan de data niet meer vergeleken worden met de data van het vorige verslagjaar. Een nieuwe INID-code wordt hiervoor aangemaakt.	Toevoeging aan de definitie dat het gaat om het aantal patiënten dat de PROM vragenlijst op baseline heeft ontvangen en geretourneerd. Tevens is de meetperiode voor 3a veranderd naar 01-01-2026 t/m 31-01-2026, voor noemer 3c is dat 12 maanden eerder.
1,2,4,5	<input type="checkbox"/> Indicator is nieuw. <input type="checkbox"/> Indicatornummer is gewijzigd ten opzichte van de gids van vorig verslagjaar. <input checked="" type="checkbox"/> In de indicator zijn ter verduidelijking tekstuele wijzigingen doorgevoerd. De berekening wijzigt niet ten opzichte van het vorig verslagjaar. <input type="checkbox"/> In de indicator zijn wijzigingen doorgevoerd die impact hebben op de berekening of definitie. Hierdoor kan de data niet meer vergeleken worden met de data van het vorige verslagjaar. Een nieuwe INID-code wordt hiervoor aangemaakt.	Meetperiode veranderd conform IKNL meetperiode
5	<input type="checkbox"/> Indicator is nieuw. <input type="checkbox"/> Indicatornummer is gewijzigd ten opzichte van de gids van vorig verslagjaar. <input checked="" type="checkbox"/> In de indicator zijn ter verduidelijking tekstuele wijzigingen doorgevoerd. De berekening wijzigt niet ten opzichte van het vorig verslagjaar.	Definitie aangepast: Patiënten met laag risico prostaatkanker en actieve behandeling binnen 12 maanden. Tevens de meetperiode veranderd naar 01-01-2026 t/m 31-12-2026.

Indicatornummer (deze gids)	Type wijziging	Toelichting wijziging
	<input type="checkbox"/> In de indicator zijn wijzigingen doorgevoerd die impact hebben op de berekening of definitie. Hierdoor kan de data niet meer vergeleken worden met de data van het vorige verslagjaar. Een nieuwe INID-code wordt hiervoor aangemaakt.	

Bijlage: toelichting op informatie per indicator

Toelichting indicatorvelden, rekenregels en definities

Term	Toelichting
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)
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

Term	Toelichting
Operationalisatie	De indicator in één korte zin omschreven. Let op: vermeld duidelijk de eenheid van de indicator in deze zin. Bijvoorbeeld: 'wachtijd in dagen'.
	vraag aan de instelling hier geplaatst worden. De 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"
Antwoordopties	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.
Definitie	Indien in de indicator termen worden gebruikt die enige toelichting nodig hebben, zodat betrouwbaar kan worden geregistreerd, dan wordt een definitie gegeven.
Aggregatieniveau	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.
In-/exclusiecriteria populatie	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.
Rekenregels en casemixcorrecties	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.
Databron (registratie)	De te gebruiken bron voor het berekenen van de indicatorwaarde. Bijvoorbeeld: LROI, NKR, DLCA-R, EPD, Zorgkaart Nederland
Norm	Als de indicator een norm kent, wordt deze hier in de indicatorgids vermeld. Ook de bron van de norm wordt vermeld.
Meetperiode	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.
Aanleverfrequentie	De frequentie waarmee de indicatoren aangeleverd

Term	Toelichting
Operationalisatie	De indicator in één korte zin omschreven. Let op: vermeld duidelijk de eenheid van de indicator in deze zin. Bijvoorbeeld: 'wachttijd in dagen'.
	worden. Afspraken over de frequentie worden landelijk gemaakt. Dit is momenteel één keer per jaar.
Eerste aanleverdatum	Geef aan op welke datum deze versie van de indicator bij het Zorginstituut moet worden aangeleverd. Deze datum wordt opgenomen op de Transparantiekalender.