

Toetstabel Blaascarcinoom 2025

| Operationalisatie | Aard van de wijziging | Criteria Toetsingskader | Advies werkgroep | PFN | FMS | V&VN | ZN | NVZ | NFU | ZKN | WSCie |
|---|---|--------------------------|--|---------|---------|---------------|---------|---------|---------|-----------|--|
| <i>Indicator 1. Volume</i> | <i>Toelichting</i> | <i>Criterium 1 t/m 6</i> | <i>Verplicht, vrijwillig/niet transparant/verwijderen/geen</i> | | | | | | | | <i>akkoord/geen akkoord + argument geef per partij dit aan</i> |
| 1. Volume | Toelichting aangepast (update) | | Verplicht | Akkoord | Akkoord | Niet aanwezig | Akkoord | Akkoord | Akkoord | Volgt NVZ | Akkoord |
| Overweging ZIN Invulinstructie bij consensus; Er is consensus in de werkgroep over het aanpassen van de toelichting. 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 Bij consensus volgen we het advies van de werkgroep | | | | | | | | | | | |
| <i>Indicator 3. PROMS</i> | <i>Toelichting</i> | <i>Criterium 1 t/m 6</i> | <i>Verplicht, vrijwillig/niet transparant/verwijderen/geen</i> | | | | | | | | <i>akkoord/geen akkoord</i> |
| 3. PROMS | Verwijzing naar Programma uitkomstgerichte zorg toegevoegd | Criterium 1 t/m 6 | Verplicht | Akkoord | Akkoord | Niet aanwezig | Akkoord | Akkoord | Akkoord | Volgt NVZ | Akkoord |
| Overweging ZIN Er is consensus in de werkgroep over het verwijzen naar het programma uitkomstgerichte zorg. De landelijke PROMs vragenset voor blaaskanker (opgesteld door het NVU) is opgenomen in de eindrapportage van de werkgroep 'uitkomstgerichte zorg blaaskanker'. Deze eindrapportage is geautoriseerd door veldpartijen. 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 Bij consensus volgen we het advies van de werkgroep | | | | | | | | | | | |
| <i>Indicator wens</i> | <i>Toelichting</i> | <i>Criterium 1 t/m 6</i> | <i>Verplicht, vrijwillig/niet transparant/verwijderen/geen consensus</i> | | | | | | | | <i>akkoord/geen akkoord</i> |
| Indicator: Doorlooptijd van diagnose tot start behandeling spierinvasief blaascarcinoom | Wens PFN toevoeging indicator over doorlooptijd van diagnose tot start behandeling. | Criterium 1 t/m 6 | Niet transparant | Akkoord | Akkoord | Niet aanwezig | Akkoord | Akkoord | Akkoord | Volgt NVZ | Akkoord |

| | | |
|-----------------------|--|--|
| Overweging ZIN | Er is consensus in de werkgroep over het niet toevoegen van een vrijwillige indicator over de doorlooptijd van diagnose tot start van de behandeling. Het proces van de samenwerkingsafspraken MSZ is goed 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 het gevolgde proces neemt het Zorginstituut het advies van de werkgroep over. | |
| Advies ZIN | Niet transparant | Het Zorginstituut volgt het advies van de werkgroep om deze indicator nog niet transparant te maken. Wel verzoeken wij de werkgroep om het toevoegen van deze indicator mee te nemen als ontwikkelwens voor de indicatorgids van vj2026. De informatie die transparant wordt gemaakt middels deze indicator is van belang voor de patient. |

Indicatorset Blaascarcinoom

Uitvraag ziekenhuizen/ZBC's over verslagjaar 2025

Versie 25 juni 2024

Meer informatie op:

- OmniQ (portaal van DHD) voor aanlevering kwaliteitsgegevens verslagjaar 2024 <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
- Leven met blaas- of nierkanker

Organisaties van zorgaanbieders of zorgverleners:

- Nederlandse Vereniging voor Urologie
 - Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie
 - Nederlandse Internisten Vereniging
 - Federatie Medisch Specialisten
 - Verzorgenden & Verpleegkundigen Nederland, Urologie
 - Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
 - Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
- Organisaties van zorgverzekeraars of Wlz-uitvoerders:
- Zorgverzekeraars Nederland
 - Met inbreng van Integraal Kankercentrum Nederland

Aanspreekpunt:

- Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU)

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 | 4 |
| 2.3 Aanlevering van de gegevens | 5 |
| 2.4 Indicatorenwerkgroep | 5 |
| 3 Vast te leggen gegevens | 6 |
| 4 Indicatoren | 7 |
| 5 Wijzigingstabel | 13 |
| Bijlage 1: toelichting op informatie per indicator | 14 |

1 Overzicht indicatoren

| Indicatornummer¹ | Indicatornaam | Bron² | Transparantie?³ |
|------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| 1 | Volume | Ziekenhuisregistratie/EPD | verplicht |
| 2 | 30—dagen complicaties en mortaliteit | Ziekenhuisregistratie/EPD | verplicht |
| 3 | PROMS | Ziekenhuisregistratie/EPD | 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

2 Algemene informatie

2.1 Uitgangspunten

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

- Gepubliceerde transparante gegevens uit de openbare database zijn bedoeld voor:
 - Patiënten
 - Zorgaanbieders en zorgverleners
 - Zorgverzekeraars
 - Wlz-uitvoerders en andere financiers
 - Toezichhouders, waaronder de IGJ en NZa
 - Onderzoekers

De indicatoren zijn gebaseerd op:

- Professionele standaard, namelijk: richtlijn blaascarcinoom

Let op:

- De indicatoren moeten helpen bij de keuze voor goede zorg door cliënten (en/of hun naasten), eventueel samen met zorgverleners. De patiënt/cliëntinformatie is hier ook op afgestemd.
- Er dient per indicator gespecificeerd te zijn op welk niveau de indicator aangeleverd moet worden (bijvoorbeeld op niveau van een locatie of op concernniveau bij aanwezigheid van meerdere locaties).
- Er dient per indicator inzichtelijk te worden gemaakt voor welke doelgroep, voor welke fase in het zorgproces en voor welk type zorginstelling de indicator relevant is.

2.2 Populatiebepaling

Voor alle indicatoren in deze indicatorset bestaat de populatie uit:

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

36258 Totale blaasvervangning met behulp van een geïsoleerd darmsegment zonder stoma, inclusief de cystectomie, laparoscopisch (zie 036257 voor open procedure).

2.3 Aanlevering van de gegevens

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

2.4 Indicatorenwerkgroep

De werkgroep voor het onderhoud van de indicatorset blaascarcinoom bestond in 2021 uit de volgende personen:

- NVU: Mw. A. Leliveld, uroloog
Dhr. J. Oddens, uroloog
- NVRO: Dhr. J. Noteboom, radiotherapeut-oncoloog
- NIV/NVMO: Dhr. R. van Alphen, internist-oncoloog
- Patiëntenvereniging Blaas- of nierkanker:
Mw. E. Wolak, projectleider
- NVZ: Mw M. van der Waals, beleidsadviseur
- V&VN: Mw. E. van Koeveringe, secretaris
- ZN: Mw. L. Vunderink, vertegenwoordiger
Mw. J Gehlen, medisch adviseur
- IKNL (adviserend): Mw. K. Aben, senior onderzoeker

3 Vast te leggen gegevens

Om als zorgaanbieder deze indicatorset te kunnen aanleveren, moeten per cliënt de volgende gegevens (variabelen) worden vastgelegd:⁴

T.b.v. verplichte indicatoren

| Variabele ⁵ | Naam | Waardebereik / format | Bron | Extra? ⁶ | Afspraken gegevensuitwisseling ⁷ |
|------------------------|---------------------|---------------------------------------|-----------------|---------------------|---|
| V01 | Identificatienummer | Uniek nummer | ZIS | | NL-CM:0.1.7 uit ZIB Patiënt v3.1.1 |
| V02 | Zorgproduct | Zorgproducten binnen inclusiecriteria | DBC-registratie | | |
| V03 | Geboortedatum | {mm/dd/yyyy} | ZIS | | NL-CM:0.1.10 uit ZIB Patiënt v3.1.1 |
| | | | | | |

T.b.v. dynamische aggregatie extra vast te leggen

Met dynamisch aggregeren van gegevens bedoelen we de mogelijkheid om vastgelegde gegevens over de zorgverlening aan, of de gezondheid van, een cliënt samen te voegen om zo informatie te geven over alle cliënten binnen één groep. Om die groepen (aggregaties) te maken, is het essentieel overal dezelfde cliëntkenmerken vast te leggen, zodat gegevens voor verschillende aggregaties te gebruiken zijn. Bij het gebruik van bijvoorbeeld een keuzehulp kunnen cliënten en zorgverleners verschillende selecties maken. Daarmee kunnen zij de zorg kiezen die het beste bij de cliënt past.

| Variabele | Naam | Waardebereik / format | Bron | Extra? | Afspraken gegevensuitwisseling |
|-----------|------|-----------------------|------|--------|--------------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

4 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.

5 Geef de variabele een code zodat je ernaar kunt verwijzen bij de indicatoren. Bijvoorbeeld V01, V02.

6 Geef hier '_ja' aan als de variabele alléén voor deze indicatorset moet worden vastgelegd, en dus verder niet in het primaire proces wordt gebruikt.

7 Als er afspraken zijn gemaakt over gegevensvastlegging en/of -uitwisseling, vermeld deze dan hier, zodat iedereen dezelfde codering hanteert.

4 Indicatoren

| | |
|-------------------------------------|--|
| Indicatornaam | <i>Indicator 1 - volume</i> |
| Indicatornummer | 1 |
| Operationalisatie | Aantal cystectomieën voor blaaskanker in het verslagjaar op uw ziekenhuislocatie en het aantal urologen op de peildatum cystectomieën voor blaaskanker op uw ziekenhuislocatie uitvoeren. |
| Informatie voor cliënten | Patiënten geven aan dat zij graag behandeld willen worden door een arts die vaak een bepaalde handeling doet; het vaker verrichten van de handeling vergroot de vaardigheid. |
| Relevantie en toepasbaarheid | <p>Hogere volumes van cystectomieën zijn geassocieerd met betere uitkomsten voor patiënten, waaronder lagere sterftecijfers en een verminderd risico op complicaties. Hoewel er geen universeel aanvaarde drempel is voor het optimale jaarlijkse volume, suggereren meerdere studies dat ziekenhuizen met volumes van 20 of meer cystectomieën per jaar over het algemeen betere resultaten behalen.</p> <p>In de Europese blaaskanker richtlijn is daarom de aanbeveling opgenomen om ten minste 10 maar bij voorkeur >20 procedures per jaar te verrichten.</p> <p>Referenties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • EAU Guideline 2024 Muscle-invasive and Metastatic Bladder Cancer: https://uroweb.org/guidelines/muscle-invasive-and-metastatic-bladder-cancer/chapter/disease-management • Bruins, H.M., et al. The Importance of Hospital and Surgeon Volume as Major Determinants of Morbidity and Mortality After Radical Cystectomy for Bladder Cancer: A Systematic Review and Recommendations by the European Association of Urology Muscle-invasive and Metastatic Bladder Cancer Guideline Panel. <i>Eur Urol Oncol</i>, 2020. 3: 131. • Richters, A., et al. Hospital volume is associated with postoperative mortality after radical cystectomy for treatment of bladder cancer. <i>BJU Int</i>, 2021. 128: 511. • Llorente, C., et al. Effect of hospital volume on 90-day mortality after radical cystectomy for bladder cancer in Spain. <i>World J Urol</i>, 2020. 38: 1221. • Herrera JC et al. National Trends and Impact of Regionalization of Radical Cystectomy on Survival Outcomes in Patients with Muscle Invasive Bladder Cancer. <i>Clin Genitourin Cancer</i>. 2020 Dec;18(6):e762-e770. |
| Type indicator | structuur |
| Achtergrond van de indicator | Richtlijn blaascarcinoom Partij: NVU/EAU |

| | |
|---|---|
| Doel van het meten en publiceren | Kwaliteitsdomein: effectiviteit en cliëntgerichtheid. |
| Transparantie | verplicht |
| Rekenregels en definities | |
| Datatype | aantal |
| Teller 1a | Hoeveel urologen voerden op de peildatum cystectomieën voor blaaskanker uit op uw ziekenhuislocatie? |
| Teller 1b | Hoeveel cystectomieën voor blaaskanker werden in het verslagjaar op uw ziekenhuislocatie verricht? |
| Antwoordopties | één antwoord mogelijk |
| Definitie | Indien n.v.t. wordt aangevinkt, worden alleen de vragen gesteld die niet over de operatie gaan. Dit is bedoeld voor ziekenhuizen die minimaal diagnostiek voor blaascarcinoom verrichten |
| 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 | minimaal 20 ingrepen per jaar per locatie uitgevoerd door gekwalificeerde urologen. Deze indicator is onderdeel van de SONCOS-uitvraag/ het SONCOS normeringsrapport - versie 12 (2024). |
| Meetperiode | 01-07-2024 t/m 30-06-2025 |
| Aanleverfrequentie | één keer per jaar |
| Eerste aanleverdatum | Maart 2022 |

| | |
|---|--|
| Indicator naam | <i>Indicator 2 – 30 dagen complicaties en mortaliteit</i> |
| Indicator nummer | 2 |
| Operationalisatie 2a | Het percentage patiënten waarbij blaaskanker is vastgesteld en dat binnen 30 dagen na de cystectomie complicaties ondervindt (ClavienDindo score 3 en/of 4, m.u.v. 5). |
| Operationalisatie 2b | Het percentage patiënten waarbij blaaskanker is vastgesteld en dat binnen 30 dagen na de cystectomie is overleden (ClavienDindo score 5). |
| Operationalisatie 2c | De gemiddelde ASA score van patiënten met blaaskanker waarbij als primaire behandeling een cystectomie is uitgevoerd. |
| Informatie voor cliënten | Patiënten geven aan dat zij graag inzicht hebben in de korte en lange termijn complicaties wanneer de diagnose blaaskanker wordt gesteld. Het relateren van overleving aan kwaliteit van de geleverde zorg is lastig, aangezien overleving grotendeels gerelateerd is aan de ziekte zelf (onafhankelijk van de geleverde zorg). Hierbij is het erg van belang om patiënt-karakteristieken in kaart te brengen, aangezien deze ook een rol kunnen spelen. |
| Relevantie en toepasbaarheid | Kwaliteitsdomein: effectiviteit |
| Type indicator | Uitkomst |
| Achtergrond van de indicator | De kwaliteit van een radicale cystectomie wordt bepaald door de indicatiestelling, de radicaliteit van de ingreep (zich uitend in oncologische resultaten en ziektespecifieke overleving), en het aantal complicaties. Inherent aan de chirurgische behandeling van blaascarcinoom is het optreden van complicaties. Zoals in de literatuur bekend is er frequent sprake van complicaties waarvan de minderheid score 3 en 4 volgens ClavienDindo maar er bestaat (internationaal) variatie. ^{3,4} De verwachting is dat deze variatie ook in Nederland aanwezig is. Bij overlijden (ClavienDindo score 5) binnen 30 dagen na de cystectomie is er een verband te verwachten met de ingreep. Vastgesteld is dat de 30-dagen mortaliteit niet boven de 6% moet komen in Nederland. Hierbij speelt de comorbiditeit van de patiënt een rol en hiermee zal rekening moeten worden gehouden mocht men dit gaan meten. |
| Doel van het meten en publiceren | |
| Transparantie | Verplicht |
| Rekenregels en definities | |
| Datatype | Percentage |
| Teller 2a | Het aantal patiënten dat een cystectomie onderging voor blaaskanker en dat binnen 30 dagen na de ingreep complicaties ondervindt, zijnde ClavienDindo score 3 en/of 4, waarbij de hoogste score per patiënt wordt meegenomen) <i>Patiënten met score 5 worden niet meegenomen.</i> |
| Teller 2b | Het aantal patiënten dat een cystectomie onderging voor blaaskanker en dat binnen 30 dagen na de ingreep is overleden. (ClavienDindo score 5) |

| | |
|---|---|
| Noemer 2a + 2b | Het aantal patiënten dat een cystectomie onderging als behandeling voor blaaskanker. |
| Teller 2c | De som van alle ASA scores van patiënten met blaaskanker waarbij als primaire behandeling een cystectomie is uitgevoerd. |
| Noemer 2c | Het aantal patiënten dat een cystectomie onderging als behandeling voor blaaskanker en waarbij de ASA score bekend is. |
| Antwoordopties | |
| Definitie | n.v.t. |
| Aggregatieniveau | concernniveau met verwijzende opmerkingen bij iedere locatie |
| In-/exclusiecriteria populatie | |
| Rekenregels en casemixcorrecties | ASA-score, zie bijlage 1 |
| Databron (registratie) | Ziekenhuis registratie / EPD |
| Norm | De 30-dagen mortaliteit dient niet boven de 6% uit te komen(kwaliteitsnormen NVU blaascarcinoom) |
| Meetperiode | Teller en noemer 2a: 01-07-2024 t/m 30-06-2025 Teller en noemer 2b: 01-07-2022* tot en met 30-06-2025 Teller en noemer 2c: 01-07-2024 t/m 30-06-2025 <i>*Mortaliteit wordt berekend over 3 jaar.</i> |
| Aanleverfrequentie | één keer per jaar |
| Eerste aanleverdatum | Maart 2022 |

| | |
|---|---|
| Indicator naam | <i>Indicator 3–PROMS: deelname en respons</i> |
| Indicator nummer | 3 |
| Operationalisatie | Worden PROMS voor blaaskanker structureel aan patiënten aangeboden en met patiënten besproken in de spreekkamer? |
| Informatie voor cliënten | Blijvende effecten op kwaliteit van leven die optreden na een cystectomie (verwijdering van de blaas) 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 wordt 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 | |
| Type indicator | Structuur |
| Achtergrond van de indicator | In het NVU SKMS-project 'PROMs voor patiënten met blaaskanker' is een landelijke PROMs vragenset voor blaaskanker samengesteld (december 2022). Deze set is opgenomen in de eindrapportage van de werkgroep 'Uitkomstgerichte zorg blaaskanker'. Deze eindrapportage is geautoriseerd door veldpartijen (december 2023). De set PROMs (gevalideerde) vragenlijsten voor blaaskanker is online te vinden via: https://www.uitkomstgerichtezorg.nl/documenten/rapporten/2024/05/01/uitkomstenset---blaascarcinoom (p. 13-14 en bijlage 6) en kan gebruikt worden als voorbeeld van uit te vragen PROMs. De vragen(lijsten) betreffen de domeinen: algemene kwaliteit van leven, pijn, fysiek functioneren, vermoeidheid, angst en depressie, urinaire aandrang en urinaire frequentie, ervaring met seksleven, impact op naasten en vergeetachtigheid en concentratie. |
| Doel van het meten en publiceren | Kwaliteitsdomein: cliëntgerichtheid |
| Transparantie | Verplicht |
| Rekenregels en definities | |
| Datatype | Ja/nee |
| Vraag 3a | Worden PROMS voor blaaskanker structureel aan patiënten aangeboden in uw ziekenhuis? |
| Antwoordopties 3a | Ja/Nee/Nee, de instelling biedt geen PROMS voor blaaskanker aan, vanwege het niet beschikbaar zijn van een landelijke vragenlijst voor blaascarcinoom. |
| Vraag 3b | Worden PROMS voor blaaskanker structureel met patiënten besproken in de spreekkamer? |
| Antwoordopties 3b | Ja/Nee |

| | |
|--|---|
| Definitie | Met 'structureel' wordt bedoeld dat iedere patiënt hiermee in aanraking komt, omdat het is ingebed in de werkwijze van het ziekenhuis. Met 'besproken in de spreekkamer' wordt bedoeld dat de patiënten zijn eigen resultaten van de door hem ingevulde PROMs teruggekoppeld krijgt en dat deze met hem worden besproken door zijn medisch of verpleegkundig specialist en/of een gespecialiseerd verpleegkundige. |
| Aggregatieniveau | concernniveau met verwijzende opmerkingen bij iedere locatie |
| In- /exclusiecriteria populatie | |
| Rekenregels en casemixcorrecties | |
| Databron (registratie) | Ziekenhuis registratie / EPD |
| Norm | n.v.t. |
| Meetperiode | 01-07-2024 t/m 30-06-2025 |
| Aanleverfrequentie | één keer per jaar |
| Eerste aanleverdatum | Maart 2021 |

5 Wijzigingstabel

Wijzigingen ten opzichte van verslagjaar 2024

| Indicator (nummer oud, nummer nieuw, INID) | Wijziging |
|---|---|
| Hele gids | Aanpassing jaartallen naar verslagjaar 2025 |
| Indicator 1 | Toelichting aangepast (update) |
| Indicator 3 | Verwijzing naar Programma Uitkomstgerichte zorg toegevoegd. |

Bijlage 1: toelichting op informatie per indicator

Casemix factoren bij indicator 2:

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

| Indicator 2: 30-dagen complicaties | Formule |
|------------------------------------|---|
| Teller 2a | Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie patiënten verzameld onder de noemer. Selecteer de patiënten bij wie binnen 30 dagen na cystectomie ClavienDindo 3 en/of 4 geregistreerd is en neem enkel de hoogste score mee. Patiënten met score 5 worden niet meegenomen die komen in teller 1b terug. |
| Teller 2b | Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie patiënten verzameld onder de noemer. Selecteer de patiënten bij wie binnen 30 dagen na cystectomie ClavienDindo score 5 geregistreerd is (overleden). |
| Noemer 2a en 2 b | Selecteer alle patiënten met een blaascarcinoom bij wie een cystectomie is uitgevoerd. |
| Teller 2 | Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie patiënten verzameld onder de noemer. Tel de ASA score van deze patiënten bij elkaar op. |
| Noemer 2 | Selecteer alle patiënten met een blaascarcinoom bij wie een cystectomie is uitgevoerd en een ASA score bekend is. |

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

Leeswijzer:

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

Voorbeeld:

Ziekenhuis X tegenover het landelijke gemiddelde.

| | | | |
|-------------|------|------|---------------------------------|
| Mortaliteit | 3,9% | 3,5% | Mortaliteit hoger dan gemiddeld |
| ASA | 2,5 | 2 | ASA slechter dan gemiddeld |

| | |
|------------------|--|
| Conclusie | Mortaliteit hoger bij slechter dan gemiddelde patiëntengroep: dus verklaarbaar hogere mortaliteit, geen verdere actie nodig. |
|------------------|--|