



Indicatorenset Blaascarcinoom

Uitvraag 2011

Inhoudsopgave

Overzicht indicatoren Blaascarcinoom en invulformulier	3
Deel 1: Zorginhoudelijke indicatoren	8
1. Algemene informatie over zorginhoudelijke indicatoren	9
2. Factsheets zorginhoudelijke indicatoren Blaascarcinoom	12
3. Lijst te verzamelen variabelen	27
Bijlage 1: Wijzigingstabel zorginhoudelijke indicatoren	33
Bijlage 2: Autorisatie zorginhoudelijke indicatoren door wetenschappelijke verenigingen	34
Deel 2: Klantpreferentievragen	35
1. Klantpreferentievragen Blaascarcinoom	36
Bijlage 1: Wijzigingstabel klantpreferentievragen	40
Afkortingenlijst	41

1. Overzicht indicatoren Blaascarcinoom en invulformulier

In dit overzicht vindt u alle indicatoren die in het kader van Zichtbare Zorg voor deze aandoening uitgevraagd worden. U kunt dit overzicht gebruiken om in uw ziekenhuis te verspreiden. In de laatste kolom kunnen indicatorwaarden worden ingevuld. Ook is er ruimte om een opmerking/toelichting te plaatsen over de indicator(waarden).

Zorginhoudelijke indicatoren:

1. Multidisciplinair overleg	
Worden patiënten met een niet-gemetastaseerd spierinvasief blaascarcinoom structureel besproken in een multidisciplinair overleg?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<i>Opmerking over indicator:</i>	
<i>Toelichting bij de data (voor openbare database):</i>	

2. Eenmalige spoeling 24 uur na TUR	
Teller: Totaal aantal Transuretrale resecties (TUR) van de blaas, waarna een eenmalige blaasspoeling met een cytostaticum binnen 24 uur is gegeven bij patiënten met een niet-spierinvasief blaascarcinoom.	
Noemer: Totaal aantal Transuretrale resecties (TUR) van de blaas bij patiënten met een niet-spierinvasief blaascarcinoom.	
Het percentage transuretrale resecties (TUR) van de blaas, waarna een eenmalige blaasspoeling met een cytostaticum binnen 24 uur is gegeven bij patiënten met een niet-spierinvasief blaascarcinoom.	
<i>Opmerking over indicator:</i>	
<i>Toelichting bij de data (voor openbare database):</i>	

3. Aantal cystectomieën per ziekenhuis	
Aantal totale cystectomieën per ziekenhuis per jaar.	
N.b. wanneer uw ziekenhuis geen cystectomieën uitvoert omdat deze patiënten naar elders worden doorverwezen, dan hier '0' invullen	
<i>Opmerking over indicator:</i>	
<i>Toelichting bij de data (voor openbare database):</i>	

4. Mortaliteitsregistratie na behandeling voor invasief blaascarcinoom	
Worden van alle patiënten met invasief blaascarcinoom mortaliteitsgegevens opgevraagd bij het regionale integrale kankercentrum?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Indien ja: Worden die mortaliteitsgegevens op patiëntniveau gekoppeld aan de ASA klasse?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Indien ja: Worden die mortaliteitsgegevens op patiëntniveau gekoppeld aan de registratie van Salvage cystectomie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> N.v.t
<i>Opmerking over indicator:</i>	
<i>Toelichting bij de data (voor openbare database):</i>	

5. Patiënteninformatie	
Wordt er schriftelijke informatie aangeboden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<i>Opmerking over indicator:</i>	
<i>Toelichting bij de data (voor openbare database):</i>	

Klantpreferentievragen

Vraag 1	<p>A. Vul in hoeveel patiënten met blaascarcinoom er <u>per jaar</u> op uw ziekenhuislocatie worden behandeld door het specialisme urologie.</p> <p>- Het aantal urologen op uw ziekenhuislocatie dat patiënten met blaascarcinoom behandelt (<u>aantal personen</u>) ... urologen</p> <p>- Het aantal patiënten met blaascarcinoom dat op uw ziekenhuislocatie behandeld wordt door het specialisme urologie ... patiënten</p> <p>B. Vul in of het specialisme urologie op uw ziekenhuislocatie met coassistenten, artsen niet in opleiding tot specialist (ANIOS) en/of artsen in opleiding tot specialist (AIOS) werkt.</p>																		
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Specialisme</th> <th colspan="2">coassistenten</th> <th colspan="2">ANIOS</th> <th colspan="2">AIOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Urologie</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> nee</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> nee</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> nee</td> </tr> </tbody> </table>		Specialisme	coassistenten		ANIOS		AIOS		Urologie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee			
Specialisme	coassistenten		ANIOS		AIOS														
Urologie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee													
<p><i>Opmerking over indicator:</i></p> <p><i>Toelichting bij de data (voor openbare database):</i></p>																			

Vraag 2	<p>A. Hebben patiënten met blaascarcinoom op uw ziekenhuislocatie één vaste uroloog?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p> <p>B. Hoe worden patiënten met blaascarcinoom op uw ziekenhuislocatie in eerste instantie toegewezen aan een uroloog?</p> <p><input type="checkbox"/> N.a.v. wachttijd <input type="checkbox"/> N.a.v. aandachtsgebied/expertises van de uroloog <input type="checkbox"/> N.a.v. de voorkeur van de patiënt <input type="checkbox"/> Anders, namelijk ...</p>					
	<p><i>Opmerking over indicator:</i></p> <p><i>Toelichting bij de data (voor openbare database):</i></p>					

Vraag 3	Binnen welke termijn vinden onderstaande onderzoeken of afspraken plaats?		
	termijn contactmoment	Termijn	Niet van toepassing
	Eerste patiëntenconsult hematurie	<input type="checkbox"/> ... werkdagen	<input type="checkbox"/>
	TUR vanaf diagnose blaastumor	<input type="checkbox"/> ... werkdagen	<input type="checkbox"/>
	CT-scan	<input type="checkbox"/> ... werkdagen	<input type="checkbox"/>
	Cystectomie vanaf diagnose hoogrisico blaastumor	<input type="checkbox"/> ... werkdagen	<input type="checkbox"/>
	Poliklinische nabespreking	<input type="checkbox"/> ... werkdagen	<input type="checkbox"/>

	TUR		
	Poliklinische nabespreking CT-scan	<input type="checkbox"/> ... werkdagen	<input type="checkbox"/>
	Nabespreking uitslag Cystectomie	<input type="checkbox"/> ... werkdagen	<input type="checkbox"/>

Opmerking over indicator:

Toelichting bij de data (voor openbare database):

Vraag 4 Op welke wijze(n) wordt op uw ziekenhuislocatie over de onderstaande onderwerpen informatie verstrekt aan patiënten met blaascarcinoom?

Onderwerp \ Methode	Mondeling (persoonlijk gesprek)	Schriftelijk (folder/brief)	Beeld (foto/video)	Digitaal (website)	Anders, namelijk ...	Geen informatie
Diagnose blaascarcinoom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prognose na diagnose blaascarcinoom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Complicaties en bijwerkingen van behandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zorgtraject	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicatie en bijwerkingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandel-mogelijkheden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anders, namelijk ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Opmerking over indicator:

Toelichting bij de data (voor openbare database):

Vraag 5 Biedt uw ziekenhuislocatie de volgende mogelijkheden aan voor een blaasvervanging?

Methode	Aangeboden door ziekenhuislocatie?	
Houtmannblaas	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Bricker	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Indiana Pouch	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Anders, namelijk _____		

Opmerking over indicator:

Toelichting bij de data (voor openbare database):

<p>Vraag 6</p>	<p>A. Hoeveel minuten worden er per patiënt voor een <u>eerste consult ingepland</u> bij de uroloog op uw ziekenhuislocatie?</p> <p>... minuten</p> <p>B. Hoeveel minuten worden er per patiënt met een blaascarcinoom ingepland voor een <u>vervolgconsult</u> bij de uroloog op uw ziekenhuislocatie?</p> <p>... minuten</p> <p>C. Hoe gaat uw ziekenhuislocatie om met patiënten die méér tijd willen inruimen dan standaard wordt ingepland voor een consult bij de uroloog?</p> <p><input type="checkbox"/> Patiënten kunnen tijdens het maken van de afspraak aangeven méér tijd te willen</p> <p><input type="checkbox"/> Patiënten krijgen tijdens het consult meer tijd indien dit nodig blijkt</p> <p><input type="checkbox"/> Patiënten kunnen zowel tijdens consult als bij het maken van de afspraak meer tijd krijgen</p> <p><input type="checkbox"/> Anders, namelijk ...</p>
<p><i>Opmerking over indicator:</i></p> <p><i>Toelichting bij de data (voor openbare database):</i></p>	

Deel 1: Zorginhoudelijke indicatoren

1. Algemene informatie over zorginhoudelijke indicatoren Blaascarcinoom

Indicatorwerkgroep

De werkgroep voor de indicatorenset Blaascarcinoom bestond uit de volgende personen:

Dr. R.F.M. Bevers, uroloog, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden
Dhr. W. de Blok, nurse-practitioner, Nederlands Kanker Instituut/ Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis, Amsterdam
Dhr. J.G. van Burk, Vereniging Waterloop, Uden
Drs. W.C. du Fossé, uroloog, Ziekenhuis Rivierenland, Tiel
Prof. Dr. S. Horenblas, uroloog, Nederlands Kanker Instituut/ Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis, Amsterdam
Drs. G.J. Molijs, uroloog Ziekenhuisgroep Twente, Locatie Twenteborg Ziekenhuis, Almelo
Drs. G.W. Salemink, arts maatschappij en gezondheid, Achmea Zorg, Amsterdam
Dr. G.A.H.J Smits, uroloog Alysis Zorggroep, Locatie Rijnstate, Arnhem
Mr. Drs. M.M. Versluijs, Beleidsmedewerker Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, Utrecht
Drs. B.P. Wijsman, uroloog TweeSteden ziekenhuis, Tilburg
Prof. Dr. J.A. Witjes, voorzitter werkgroep externe indicatoren blaascarcinoom, uroloog, Universitair Medisch Centrum Sint Radboud, Nijmegen

Afstemming met bestaande richtlijnen

Voor deze indicatorenset is gebruik gemaakt van de volgende richtlijnen: Guidelines on Bladder Cancer muscle-invasive and metastatic (EAU, 2004), Guidelines on bladder cancer (Oosterlinck 2002), The European guideline on bladder cancer: TaT1 (Non-muscle invasive) (Oosterlinck, 2006), Urotheelcarcinoom van de blaas (VIKC, 2009), Management of transitional cell carcinoma of the bladder. A national clinical guideline (SIGN, 2005) en Guidelines on Bladder Cancer muscle-invasive and metastatic (EAU, 2004)

Populatiebepaling Blaascarcinoom

De eerste stap in het bepalen van de indicatoren is het vaststellen van de populatie. Voor alle Zichtbare Zorg sets is als uitgangspunt gekozen om de populatie te bepalen aan de hand van de gesloten Diagnose Behandel Combinaties (DBC's).

In de set van Blaascarcinoom zitten twee populaties. Eén voor de blaasspoeling binnen 24 uur en één voor het aantal cystectomieën.

Populatie bepaling voor blaasspoeling binnen 24 uur:

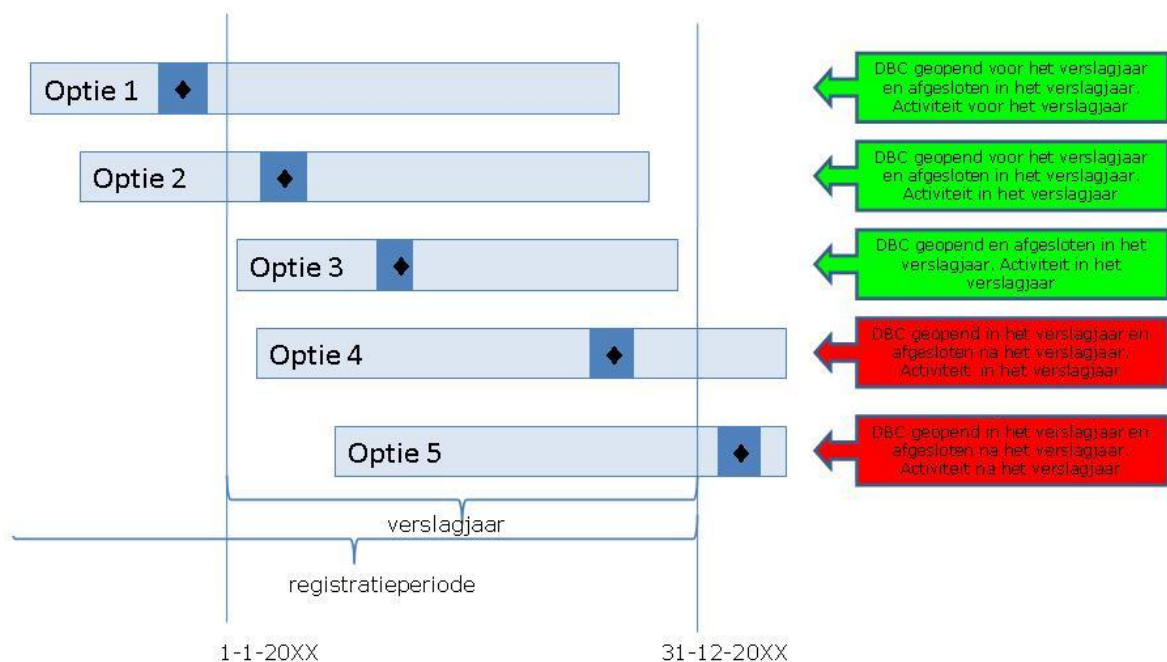
- De DBC's met de onderstaande codering die zijn gesloten in het verslagjaar, dienen geselecteerd te worden.
 - 06.11.30.321
 - 06.11.30.322
 - 06.11.30.323
 - 06.11.30.326
 - 06.11.30.331
 - 06.11.30.332
 - 06.11.30.333
 - 06.11.30.336
 - 06.21.30.321
 - 06.21.30.322
 - 06.21.30.323
 - 06.21.30.326
 - 06.21.30.331
 - 06.21.30.332
 - 06.21.30.333
 - 06.21.30.336

- Het kan dus zijn dat de DBC is geopend voor de begindatum van het verslagjaar.
- Binnen de DBC moet de onderstaande verrichting zijn uitgevoerd:
 - 36223 Transur. res. gr. papil. e/o mal. Blaastum (variabele B3)

Parallele DBC's worden meegenomen. Wel wordt gekeken naar alle verrichtingen die aangevraagd en/of uitgevoerd zijn door de uroloog in de looptijd van de DBC aangezien verrichtingen aan de verkeerde DBC gekoppeld kunnen zijn.

Voor DBC codes en instructies: zie hoofdstuk 3 (variabelenlijsten).

De indicatoren worden meegenomen in het verslagjaar waarin de DBC's worden gesloten (zie figuur). De lichtblauwe balk geeft de DBC weer en het zwarte puntje in de donkerblauwe balk de activiteit c.q. verrichting. Voor inclusie moet een DBC gesloten zijn voor het einde van het verslagjaar. De registratieperiode kan echter al wel voor het begin van het verslagjaar zijn begonnen.



Figuur 1. Populatiebepaling blaascarcinoom

Bij het meten van de heroperaties en heropnamen als gevolg van een nabloeding moet in sommige gevallen voorbij de registratieperiode gekeken worden. In dit geval maximaal 14 dagen.

Populatiebepaling cystectomieën

De tweede populatiebepaling betreft een rechte telling van het aantal uitgevoerde cystectomieën. Daarbij wordt het aantal unieke patiënten geteld waarbij een van de onderstaande ingrepen is uitgevoerd (variabele B7):

- 36250 Totale cystectomie, alleen open procedure
- 36251 Cystectomie met eenvoudige deviatie van de urinewegen

- 36252 Tot. cystectomie, dev. geisol. darmsegm.
- 36253 Tot. cystectomie, continent urostaoma
- 36255 Totale blaasvervangning met behulp van een geïsoleerd darmsegment zonder stoma, inclusief de cystectomie, in een zitting (deze code is vanaf juni 2009 vervangen door 36257 en 36258)
- 36256 Endoscopische totale cystectomie (zie 036250 voor open procedure)
- 36257 Totale blaasvervangning 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).

De CTG-code 36255 was geldig tot 30 juni 2009, deze is vervangen door de codes 36257 en 36258. Gezien het gebruik van gesloten DBC's codes is het mogelijk dat de DBC die bij de genoemde verrichtingscode hoort, pas in dit verslagjaar gesloten wordt. Daarom mogen alle drie de verrichtingscodes gebruikt worden.

In- en exclusiecriteria

Om een eerlijke vergelijking tussen zorgaanbieders te kunnen maken heeft de werkgroep in- en exclusiecriteria vastgesteld. Zo kunnen patiënten bijvoorbeeld op leeftijd of co-morbiditeit worden uitgesloten. Ook kunnen extra eisen gesteld worden aan de DBC. Bijvoorbeeld het voorkomen van een specifieke verrichting.

In- en exclusiecriteria hoeven niet per definitie voor alle indicatoren in de set gelijk te worden toegepast. Soms dienen er bijvoorbeeld extra gegevens te worden verzameld om later te kunnen corrigeren voor co-morbiditeit die de waarde van de indicator beïnvloedt. Op basis van de populatie en de in- en exclusiecriteria wordt de noemer van de indicator vastgesteld.

Bij de populatie voor de Blaasspoeling binnen 24 uur na TUR worden alleen patiënten met een niet spierinvasief carcinoom meegenomen (TaT1 patiënten).

Peildatum

Enkele indicatoren in de set worden, in verband met de actualiteit, eenmaal per jaar op peildatum 1 april geregistreerd.

2. Zorginhoudelijke indicatoren Blaascarcinoom

1. Multidisciplinair overleg	
Relatie tot kwaliteit	De werkgroep verwacht dat het preoperatief multidisciplinair bespreken van patiënten met een spierinvasief blaascarcinoom een relatie heeft met een betere kwaliteit van zorg. Hier is echter in de literatuur geen evidence voor te vinden. Het multidisciplinair overleg (MDO) speelt bij patiënten met blaascarcinoom met name een rol bij het vaststellen van de optimale behandeling. Aan een MDO nemen minstens de volgende professionals deel: radiotherapeut, internist-oncoloog, uroloog.
Operationalisatie	Worden patiënten met een niet-gemetastaseerd spierinvasief blaascarcinoom structureel besproken in een multidisciplinair overleg? <i>Ja/Nee</i>
Definitie(s)	<i>Multidisciplinair overleg:</i> De werkgroep is van mening dat aan een multidisciplinair overleg minstens de volgende professionals moeten deelnemen: radiotherapeut, internist-oncoloog, uroloog. Op indicatie kan een (uro)patholoog of een radioloog aanschuiven. Alle leden van het multidisciplinair overleg hebben ervaring met cystectomie en urinedeviaties. De gespecialiseerd verpleegkundige/ nurse practitioner kan de patiënt opvangen en voorlichting bieden bij het bespreken van de diagnose en behandelopties. De aanwezigheid van een gespecialiseerd verpleegkundige/ nurse practitioner bij het multidisciplinair overleg is aan te bevelen. Het MDO moet plaatsvinden als de diagnose niet-gemetastaseerd spierinvasief blaascarcinoom is gesteld. Dus niet voor de TUR om vast te stellen of er sprake is van een spierinvasief carcinoom.
In-/exclusiecriteria	Inclusie: spierinvasief blaascarcinoom (T2, T3, T4) Exclusie: T1-tumoren, gemetastaseerd carcinoom (M+, cN+).
Bron	Protocol/afspraken
Meetfrequentie	1x per jaar
Peildatum	01-04-2011
Rapportagefrequentie	1x per jaar
Type indicator	Structuurindicator
Meetniveau	Ziekenhuisniveau
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit, veiligheid

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

Blaascarcinoom is een levensbedreigende aandoening waarbij de 5-jaarsoverleving voor patiënten met invasief blaascarcinoom gemiddeld 37% bedraagt (Chahal, 2003). Dit is echter sterk afhankelijk van het stadium, namelijk van een 5-jaarsoverleving van 70% (63-83%) voor pT2 tumoren tot een 5-jaarsoverleving van 10-15% voor patiënten waarbij de klieren zijn aangedaan (N+) of metastasen (M+) aanwezig zijn.

Het is essentieel om de meest optimale therapie aan te bieden. Hierbij spelen co-morbiditeit en de wensen van de patiënt een belangrijke rol. Bij chirurgie komen postoperatieve complicaties veelvuldig voor. Met name het vervaardigen van een urinedeviatie is een bron voor complicaties, ook op de lange termijn. Een bedreigende vorm van kanker, een risicovolle ingreep met mogelijk langdurig ziekenhuisverblijf, het hebben van een urinedeviatie en de invloed op seksualiteit zijn allemaal factoren die de kwaliteit van leven van de patiënt ernstig kunnen bedreigen. In de internationale literatuur is geen evidence te vinden dat het multidisciplinair bespreken van patiënten met een invasief blaascarcinoom een relatie heeft met een betere kwaliteit van zorg.

De werkgroep is echter van mening dat bij deze patiëntengroep de grootst mogelijk zorgvuldigheid betracht moet worden. Het inbrengen van deze patiëntengroep in een MDO kan hierbij een onderdeel zijn. De rol van radiotherapeuten en internist-oncologen bij de behandeling zal gering zijn omdat adjuvante of neo-adjuvante radiotherapie en chemotherapie thans (nog) nauwelijks worden toegepast. Hun expertise in oncologie (ook bij deze vorm van kanker) maakt hen echter wel geschikte partners voor overleg. Deze expertise kan alleen maar groeien als patiënten met invasief blaascarcinoom structureel worden besproken.

Bij een oppervlakkig blaascarcinoom is multidisciplinaire bespreking slechts in bepaalde gevallen zinnig; voor het overgrote deel van de patiënten is multidisciplinaire bespreking niet nodig. De groep patiënten met oppervlakkig blaascarcinoom is om die reden niet opgenomen in de indicator. Bij gemetastaseerd blaascarcinoom neemt de oncoloog het voortouw. Gemetastaseerd blaascarcinoom is om die reden niet opgenomen in de indicator.

Er zijn geen cijfers beschikbaar waaruit is af te lezen hoeveel ziekenhuizen in Nederland patiënten met blaascarcinoom multidisciplinair bespreken. De ervaring van de leden uit de werkgroep leert echter dat er in Nederland ziekenhuizen zijn waar dit nog niet gebeurt. Als patiënten wel multidisciplinair besproken worden, dan wordt dit overleg in de diverse ziekenhuizen op verschillende manieren georganiseerd.

De wijze waarop een multidisciplinair overleg georganiseerd is, is afhankelijk van het "type" ziekenhuis. Niet ieder ziekenhuis kan bijvoorbeeld beschikken over een patholoog bij ieder multidisciplinair overleg. In dit geval kan dan echter wel een MDO georganiseerd worden door middel van een 'conference call' of 'video-conferencing'. De bespreking mag echter niet een ophoud veroorzaken in het behandeltraject van de patiënt en de werkgroep kan zich voorstellen dat in duidelijke gevallen de bespreking na de operatie zal plaatsvinden.

Samenstelling multidisciplinair overleg

De werkgroep is van mening dat aan een multidisciplinair overleg minstens de volgende professionals moeten deelnemen: radiotherapeut, internist-oncoloog, uroloog.

Op indicatie kan een (uro)patholoog of een radioloog aanschuiven. Alle leden van het multidisciplinair overleg hebben ervaring met cystectomie en urinedeviaties.

De gespecialiseerd verpleegkundige/ nurse practitioner kan de patiënt opvangen en voorlichting bieden bij het bespreken van de diagnose en behandelopties. De aanwezigheid van een gespecialiseerd verpleegkundige/ nurse practitioner bij het multidisciplinair overleg is aan te bevelen.

Mogelijkheden tot verbetering

De werkgroep gaat er vanuit dat nog niet alle ziekenhuizen patiënten met invasief blaascarcinoom multidisciplinair bespreken. Uit de uitvraag over het verslagjaar 2009 is gebleken dat 91% van de ziekenhuizen patiënten met invasief blaascarcinoom multidisciplinair bespreken. Er lijkt dus een kleine ruimte voor verbetering.

Validiteit

Er zijn geen onderzoeken gevonden naar het effect op de kwaliteit van zorg van een multidisciplinair team bij blaaskankerpatiënten. In 2004 beoordeelden Kee et al. (2004) de waarde van het (long)oncologische multidisciplinaire team aan de hand van de mate waarin beslissingen van de individuele specialist door discussie binnen het team werden veranderd. Het artikel gaf geen steun aan de stelling dat discussie binnen een multidisciplinair team de besluitvorming verbetert. Een onderzoek bij borstkankerpatiënten van Chang (2001) liet juist zien dat het multidisciplinaire team bij 43% van de patiënten tot een ander behandelingsadvies kwam dan de individuele specialist.

In de richtlijn van de European Association of Urology (EAU, 2004) wordt als voorwaarde voor een succesvolle behandeling (radiotherapie) genoemd: een multidisciplinaire benadering waarbij uroloog, radiotherapeut, oncoloog en de patholoog vertegenwoordigd zijn.

De rol van de nurse practitioner of de verpleegkundig specialist binnen het multidisciplinaire team bestaat uit het geven van informatie en steun aan de patiënt en vormt de link tussen patiënt en overige professionals binnen het team (Ansell, 2001).

Uit gesprek met patiënten (dus niet op basis van literatuur) wordt aangegeven dat bespreking in het multidisciplinaire overleg doorwerkt in het vertrouwen van patiënten in de behandeling. Het geeft de patiënt vertrouwen dat de expertise van de verschillende behandelaars wordt meegenomen alsmede de kennis vanuit ieders vakgebied.

Betrouwbaarheid

De werkgroep verwacht dat deze indicator op een betrouwbare manier te meten is en onder gelijkblijvende omstandigheden (min of meer) dezelfde resultaten oplevert.

Discriminerend vermogen

Aangezien er variatie in de organisatie van de zorg bestaat, kan er onderscheid gemaakt worden tussen verschillende ziekenhuizen. De werkgroep verwacht dat de indicator voldoende tussen de ziekenhuizen zal discrimineren.

Minimale bias/ beschrijving relevante case-mix

Controle voor verschillen in demografische en sociaal-economische samenstelling of in gezondheidsstatus van patiëntengroepen is niet nodig volgens de werkgroep.

Registreerbaarheid/ haalbaarheid registratie

De gevraagde gegevens worden op dit moment niet structureel vastgelegd in een geautomatiseerd systeem. Mogelijkheden om een registratie op te zetten zijn bijvoorbeeld:

- Elektronisch agendabeheer
- Verslaglegging van de bespreking in EPD of status.

Referenties

- Ansell W. Multidisciplinary team working in urological cancer: one CNS's role. Prof Nurse. 2001;17(4):243-6
- Chahal R, Sundaram SK, Iddenden, R, Forman DF, Weston PM, Harrison SC. A study of the morbidity, mortality and long-term survival following radical cystectomy and radical radiotherapy in the treatment of invasive bladder cancer in Yorkshire. Eur Urol 2003;43(3):246-57
- Jakse G, Algaba F, Fossa S, Stenzl A, Sternberg C. European Association of Urology (EAU). Guidelines on Bladder Cancer muscle-invasive and metastatic. 2004
- Kee F, Owen T, Leathem R. Does team discussion result in better quality decisions? Med Decis Making 2004;24(6),602-613
- Soloway MS, Ikard M, Tidwell M. Role of nurse clinician in urologic oncology. Urology 1978;12(6):685-8

2. Eenmalige spoeling 24 uur na TUR

Relatie tot kwaliteit	Het is aangetoond dat het eenmalig spoelen van de blaas, binnen 24 uur na TUR met een cytostaticum, het aantal recidieven vermindert.
Operationalisatie	Het percentage transuretrale resecties (TUR) van de blaas, waarna een eenmalige blaasspoeling met een cytostaticum binnen 24 uur is gegeven bij patiënten met een niet-spierinvasief blaascarcinoom.
Teller	Totaal aantal Transuretrale resecties (TUR) van de blaas, waarna een eenmalige blaasspoeling met een cytostaticum binnen 24 uur is gegeven bij patiënten met een niet-spierinvasief blaascarcinoom.
Noemer	Totaal aantal Transuretrale resecties (TUR) van de blaas bij patiënten met een niet-spierinvasief blaascarcinoom.
Definitie(s)	<i>TUR:</i> Blaasgezwollen ("blaaspoliepen") worden transurethraal (langs de urethra) weggesneden. Het gaat om alle TUR's zowel bij een primair blaascarcinoom als een recidief blaascarcinoom.
In-/exclusiecriteria	Inclusie: niet spierinvasief blaascarcinoom (TaT1). Exclusie: spierinvasief blaascarcinoom (T2 , T3, T4) en gemetastaseerd blaascarcinoom.
Bron Teller	DBC registratie, Verrichtingen registratie, Status/EPD
Bron Noemer	DBC registratie, Status/EPD
Meetfrequentie	1x per verslagjaar
Verslagjaar	01-01-2010 tot en met 31-12-2010
Rapportagefrequentie	1x per verslagjaar
Type indicator	Procesindicator
Meetniveau	Patiëntniveau. Rapportage op ziekenhuisniveau
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit

* op deze indicator hoeft geen 100% gescoord te worden. Er zijn verschillende redenen waarom geen eenmalige spoeling na TUR binnen 24 uur wordt gegeven: zwangerschap, blaasperforatie, allergie voor cytostaticum.

Rekenregels

Indicator 2	Eenmalige spoeling 24 uur na TUR	Formule
Teller	Voor de teller wordt uitgegaan van de ingrepen die zijn verzameld voor de noemer. Bepaal van de geselecteerde ingrepen of een blaasspoeling binnen 24 uur na de ingreep is gegeven.	Aantal patiënten noemer waarbij $B6 = ja$ & $B8 = < 1$ dag
Noemer	Bepaal de noemer door het aantal TUR-operatie via de DBC te achterhalen (zie populatiebepaling). Selecteer de ingrepen bij patiënten met T-score TaT1.	Aantal ingrepen waarbij $B1$ & $B3$ is uitgevoerd & waarbij $B2 = TaT1$

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

Oppervlakkig blaascarcinoom heeft na TUR een hoge recidiefkans. Deze varieert in de literatuur van 30 tot 75% (Sylvester, 2006). Blaasspoelingen met chemo- of immunotherapie verkleinen de kans op recidief blaascarcinoom (Lu, 2006; Ali-elDein, 1997; Sylvester, 2006). Deze blaasspoelingen worden in verschillende intensieve schema's toegepast.

Volgens de EAU richtlijn over oppervlakkig blaaskanker "TaT1 (Non-muscle invasive) Bladder Cancer" (update 2006) is het zinvol om bij alle oppervlakkige blaastumoren in elk geval eenmalig binnen 24 uur te spoelen met een cytostaticum (zie §5.1; 6e alinea van de EAU 2006-

update richtlijn). De werkgroep is dan ook van mening dat CIS en hooggradig urotheelcelcarcinoom niet als exclusiecriteria gelden. Het “verplicht stellen” van een eenmalige spoeling betekent overigens niet dat bij medium en highrisk patiënten ook volstaan kan worden met slechts een eenmalige spoeling.

Uit onderzoek van Witjes (2006) blijkt dat van de Nederlandse en Vlaamse urologen de meerderheid (57%) low-risk oppervlakkig blaascarcinoom behandelt met een eenmalige spoeling met mitomycine-C of epirubicine (n = 40). Bij de werkgroepleden overheerst de mening dat er in Nederland nog veel variatie is in het toepassen van een eenmalige blaasspoeling na TUR binnen 24 uur voor een oppervlakkig blaascarcinoom.

Mogelijkheid tot verbetering

Uit onderzoek is gebleken dat de eenmalige spoeling met een chemotherapeutikum binnen 24 uur na TUR bij oppervlakkige blaastumoren nog niet overal als standaard is ingevoerd. Witjes (2006) rapporteert dat 38,1% van de Nederlandse en Vlaamse urologen geen eenmalige spoeling geven na een behandeling van oppervlakkig blaascarcinoom. In een aantal gevallen wordt in plaats daarvan een schema van meerdere blaasinstillaties gegeven en worden patiënten “overbehandeld” en in andere gevallen wordt alleen een TUR uitgevoerd en worden patiënten “onderbehandeld”. De werkgroep meent dat invoering van deze indicator tot verbetering van de kwaliteit van zorg zal leiden.

Validiteit

Voor chemotherapie is in meerdere studies aangetoond dat het effect van een eenmalige blaasspoeling binnen 6 tot 24 uur na TUR hetzelfde effect heeft op de recidiefkans als een uitgebreid blaasspoelschema met chemotherapie dat pas na 1-2 weken na TUR start (Liu, 2006, Ali-elDein, 1997). Uit een meta-analyse is gebleken dat een eenmalige blaasspoeling binnen 24 uur de recidiefkans met 39% vermindert (Sylvester, 2004). In Nederland is voor intravesicale chemotherapie alleen mitomycine-C geregistreerd, alhoewel ook voor andere chemotherapeutica een zelfde werking is aangetoond.

Betrouwbaarheid

De werkgroep verwacht dat deze indicator op betrouwbare wijze is te meten en onder gelijkblijvende omstandigheden (min of meer) dezelfde resultaten oplevert.

Discriminerend vermogen

Aangezien er voldoende variatie in de praktijk blijkt te bestaan verwacht de werkgroep dat de indicator voldoende tussen ziekenhuizen discrimineert.

Minimale bias / beschrijving relevante case-mix

Het ontstaan van een blaasperforatie tijdens TUR vormt een contra-indicatie voor de directe toepassing van een blaasspoeling na TUR. Naar verwachting treedt dit in ca 4% van de patiënten op (Pycha, 2003).

Registreerbaarheid / haalbaarheid registratie

Voor de te verzamelen variabelen wordt verwezen naar hoofdstuk 3.

Referenties

- Ali-el-Dein B, Nabeeh A, el-Baz M, Shamaa S, Ashamalla A. Single-dose versus multiple instillations of epirubicin as prophylaxis for recurrence after transurethral resection of pTa and pT1 transitional-cell bladder tumours: a prospective, randomized controlled study. *Br J Urol.* 1997;79(5):731-5
- Liu B, Wang Z, Chen B, Yu J, Zhang P, Ding Q, Zhang Y. Randomized study of single instillation of epirubicin for superficial bladder carcinoma: long-term clinical outcomes. *Cancer Invest* 2006;24(2):160-3
- Oosterlinck W, Lobel B, Jakse G, Malmstrom PU, Stockle M, Sternberg C. Guidelines on bladder cancer. *Eur Urol* 2002;41:105-12

- Oosterlinck W, van der Meijden AP, Sylvester R, Böhle E, Rintala E, Solsona Narvón B, Lobel. The European guideline on bladder cancer: TaT1 (Non-muscle invasive) Bladder Cancer (update 2006)
- Pycha A, Lodde M, Lusuardi L, Palermo S, Signorello D, Galantini A, Mian C, Hohenfellner R. Teaching transurethral resection of the bladder: still a challenge? *Urology* 2003;62(1):46-8
- Sylvester RJ, Oosterlinck W, van der Meijden AP. A single immediate postoperative instillation of chemotherapy decreases the risk of recurrence in patients with stage Ta T1 bladder cancer: a meta-analysis of published results of randomized clinical trials. *J Urol* 2004;171:2186–90
- Sylvester RJ, van der Meijden AP, Oosterlinck W, Witjes JA, Bouffioux C, Denis L, Newling DW, Kurth KH. Predicting Recurrence and Progression in Individual Patients with Stage Ta T1 Bladder Cancer Using EORTC Risk Tables: A Combined Analysis of 2596 Patients from 7 EORTC Trials. *Eur Urol* 2006;49:466-77
- Witjes JA, Melissen DO, Kiemeneij LA. Current Practice in the Management of Superficial Bladder Cancer in the Netherlands and Belgian Flanders: A Survey *Eur Urol* 2006;49(3):478-84

3. Aantal cystectomieën per ziekenhuis

Relatie tot kwaliteit	Er zijn aanwijzingen dat een hoger volume aan cystectomieën leidt tot een reductie van de mortaliteit. Op dit moment is er nog onvoldoende evidence om een norm vast te stellen. Deze kan mogelijk op termijn worden vastgesteld.
Operationalisatie	Aantal totale cystectomieën per ziekenhuis per jaar. N.b. wanneer uw ziekenhuis geen cystectomieën uitvoert omdat deze patiënten naar elders worden doorverwezen, dan hier '0' invullen
Definitie (s)	<i>Cystectomie:</i> Hieronder wordt de verwijdering van de urineblaas verstaan.
In-/exclusiecriteria	Inclusie: Alle totale cystectomieën die zijn uitgevoerd in een ziekenhuis inclusief op benigne indicatie (CTG-coderingen: 36250, 36251, 36252, 36253, 36255, 36256, 36257, 36258).
Bron	CTG verrichtingen registratie
Meetfrequentie	1x per verslagjaar
Verslagjaar	01-01-2010 tot en met 31-12-2010
Rapportagefrequentie	1x per verslagjaar
Type indicator	Procesindicator
Meetniveau	Patiëntniveau. Rapportage op ziekenhuisniveau
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit, patiëntveiligheid

Rekenregels

Indicator 3	Aantal cystectomieën per ziekenhuis	Formule
Teller	Tel het aantal uitgevoerde cystectomieën.	Aantal patiënten waarbij B7 uitgevoerd is
Noemer	Gebruik als noemer het getal 1	1

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

Verschillende studies hebben de relatie tussen het aantal cystectomieën op ziekenhuisniveau en mortaliteit onderzocht, waarvan een aantal ook op artsniveau (Birkmeyer, 2002; Finlayson 2003; Konety, 2005; McCabe, 2005; Elting, 2005; Konety, 2006). Hierbij is vooral gekeken naar de uitkomstmaat ziekenhuismortaliteit. Slechts één studie was daadwerkelijk opgezet om een afkappunt vast te stellen (McCabe, 2005). Hoewel er methodologisch wel wat op deze studies is aan te merken, lijkt er toch een trend te bestaan richting een omgekeerde relatie tussen aantal cystectomieën per ziekenhuis en ziekenhuismortaliteit.

Over het aantal cystectomieën per maatschap/ziekenhuis/behandelaar in Nederland zijn geen gegevens beschikbaar. De werkgroep vermoedt dat er ten aanzien van deze indicator variatie bestaat tussen ziekenhuizen in Nederland. De werkgroep verwacht dat er in Nederland maar enkele ziekenhuizen zijn die meer dan 20 cystectomieën per jaar uitvoeren. Veel centra zitten waarschijnlijk rond de tien operaties per jaar. Een kleinere groep blijft waarschijnlijk ruim onder de tien cystectomieën per jaar, mogelijk zelfs minder dan vijf per jaar.

Aangezien niet duidelijk is hoeveel cystectomieën per centrum worden verricht en de literatuur verre van éénduidig is met betrekking tot een minimum aantal ingrepen per jaar, stelt de werkgroep, ten aanzien van de operationalisatie van deze indicator, voor alleen het aantal te scoren en (nog) geen norm te hanteren.

Bij de in- en exclusiecriteria is opgenomen dat het gaat om alle patiënten die een totale cystectomie ondergaan (bijvoorbeeld ook in geval van incontinentie of een schrompelblaas). De

inschatting van de werkgroep is dat het dan in 5-10% van de gevallen niet om blaascarcinoom gaat.

Mogelijkheden tot verbetering

Al vele jaren is er een trend zichtbaar naar regionalisatie van meer gecompliceerde chirurgische ingrepen waaronder ook cystectomieën (o.a. Hollenbeck, 2005). Bij de werkgroep bestaat de verwachting dat deze trend zich verder zal doorzetten. De werkgroep verwacht echter niet dat centra worden “gedwongen” met het stoppen van de cystectomieën vanwege te lage aantallen, maar wel dat kleine centra “gedwongen” worden tot regionale samenwerking.

Validiteit

Het effect van volume bij cystectomie wegens blaascarcinoom is zowel op ziekenhuis- als artsniveau onderzocht. Hieronder worden de onderzoeken met betrekking tot volume op ziekenhuisniveau weergegeven vanaf 2000.

Uit verschillende studies blijkt een statistisch significant omgekeerde relatie tussen het aantal cystectomieën per ziekenhuis en de mortaliteit (zie onderstaande tabel). De mortaliteitsreductie van hoog-volume-ziekenhuizen ten opzichte van laag-volume-ziekenhuizen bedraagt ongeveer 2%. Er zijn grote verschillen in het aantal cystectomieën bij hoog- en laag-volume-ziekenhuizen tussen de verschillende studies.

Een Franse review concludeerde op basis van de studies van Birkmeyer (2002) en Konety (2005) dat ten minste 5 cystectomieën per jaar per ziekenhuis nodig zijn voor het beste resultaat. De studie van McCabe (2005) is daadwerkelijk opgezet om een minimaal aantal operaties per jaar vast te stellen voor een optimaal behandelresultaat. Hier ligt het afkappunt bij elf cystectomieën per ziekenhuis per jaar.

Overzicht van studies naar cystectomie op ziekenhuisniveau

Referentie	Land	Aantal patiënten/ ziekenhuizen	Uitkomstmaat	Aantal ingrepen per jaar	Resultaten
Birkmeyer, 2002	VS	22349/2422	% ziekenhuis mortaliteit	< 2	6,4
				1 – 3	6,3
				2 – 5	4,9
				6 – 11	4,5
				> 11	2,9
Finlayson, 2003	VS	4937/590	% ziekenhuis mortaliteit	< 4	3,6
				4 – 8	3,0
				> 8	2,5 (NS)
Konety, 2005	VS	13964/1159	% ziekenhuis mortaliteit	≤ 1,5	4,7
				1,5-2,75	4,3
				> 2,75	2,7
					(p = 0,0004)
McCabe, 2005	UK	6317/210	% ziekenhuis mortaliteit	< 11	8,11
				≥ 11	4,58
					(p < 0,05)
Elting, 2005	VS	1302/133	% ziekenhuis mortaliteit	≤ 3	3,1
				4-10	2,9
				> 10	0,7 (p < 0,001)
					Odds ratio gecorrigeerd voor leeftijd patiënt en comorbiditeit
					0,35 (p = 0,02)

Konety, 2006	VS	6577/1057	Odds ratio ziekenhuis mortaliteit	≤ 1,5 1,5 – 3 > 3	1.00 0,77 (0,47-1,25) 0,53 (0,34-0,82)
--------------	----	-----------	-----------------------------------	-------------------------	--

NS = niet significant

Bij deze indicator wordt geen rekening gehouden met de verdeling van het aantal cystectomieën over het aantal urologen dat deze ingreep uitvoert, bijvoorbeeld elf ingrepen verdeeld over vier specialisten. De werkgroep is van mening dat het vaak een combinatie is van twee of meer urologen die samen de ingreep uitvoeren. De aanname is dat artsen onderling er zorg voor dragen dat het op artsniveau goed geregeld is.

Betrouwbaarheid

De werkgroep verwacht dat de indicator onder gelijkblijvende omstandigheden (min of meer) dezelfde resultaten oplevert.

Discriminerend vermogen

De werkgroep verwacht dat de indicator voldoende tussen de ziekenhuizen zal discrimineren.

Minimale bias/ beschrijving relevante case-mix

Controle voor verschillen in demografische en sociaal-economische samenstelling of in gezondheidsstatus van patiëntengroepen is niet nodig volgens de werkgroep.

Registreerbaarheid/ haalbaarheid registratie

Voor de te verzamelen variabelen wordt verwezen naar hoofdstuk 3.

Referenties

- Birkmeyer JD, Siewers AE, Finlayson EV, Stukel TA, Lucas FL, Batista I, et al. Hospital volume and surgical mortality in the United States. *N Engl J Med* 2002;346(15):1128-37
- Elting LS, Pettaway C, Bekele BN, Grossman HB, Cooksley C, Avritscher EB, Saldin K, Dinney CP. Correlation between annual volume of cystectomy, professional staffing, and outcomes: a statewide, population-based study. *Cancer* 2005;104(5):975-84
- Finlayson EV, Goodney PP, Birkmeyer JD. Hospital volume and operative mortality in cancer surgery: a national study. *Arch Surg* 2003;138(7):721-5
- Hollenbeck BK, Moller DC, Wei JT, Montie JE. Regionalisation of care; centralizing complex surgical procedures. *Nat Clin Pract Urol.* 2005;2(10):461
- Konety BR, Allareddy V, Modak S, Smith B. Mortality after major surgery for urologic cancers in specialized urology hospitals: are they any better? *J Clin Oncol* 2006;24(13):2006-12
- Konety BR, Dhawan V, Allareddy V, Joslyn SA. Impact of hospital and surgeon volume on in-hospital mortality from radical cystectomy: data from the health care utilization project. *J Urol* 2005;173(5):1695-700
- McCabe JE, Jibawi A, Javle P. Defining the minimum hospital case-load to achieve optimum outcomes in radical cystectomy. *BJU Int* 2005;96(6):806-10

4. Mortaliteitsregistratie na behandeling voor invasief blaascarcinoom	
Relatie tot kwaliteit	De belangrijkste uitkomstmaat voor de patiënt met invasief blaascarcinoom is de overlevingskans. Op dit moment wordt een groot gedeelte van de gegevens die nodig zijn om een 5-jaarsoverleving te berekenen verzameld in de Nederlandse kankerregistratie. Voor een beperkt aantal gegevens zal een prospectieve registratie opgezet moeten worden.
Operationalisatie	<p>Worden van alle patiënten met invasief blaascarcinoom mortaliteitsgegevens opgevraagd bij het regionale integrale kankercentrum? <i>Ja/Nee</i></p> <p>Indien ja: Worden die mortaliteitsgegevens op patiëntniveau gekoppeld aan de ASA klasse? <i>Ja/Nee</i></p> <p>Indien ja: Worden die mortaliteitsgegevens op patiëntniveau gekoppeld aan de registratie van Salvage cystectomie? <i>Ja/Nee/Niet van toepassing</i> (indien Salvage cystectomie niet wordt uitgevoerd)</p>
Definitie (s)	N.v.t.
In-/exclusiecriteria	Inclusie: patiënten met invasief blaascarcinoom
Bron	Protocol/afspraken
Meetfrequentie	1x per jaar
Peildatum	01-04-2011
Rapportage	1x per jaar
Type indicator	Structuurindicator
Meetniveau	Ziekenhuisniveau
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit, veiligheid

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

Per jaar wordt bij ongeveer 1300 patiënten de diagnose invasief blaascarcinoom gesteld (bron: www.vikc.nl). Voor de patiënt is de belangrijkste vraag bij het horen van de diagnose blaascarcinoom wat zijn/haar overlevingskansen zijn. In Nederland worden van alle mensen bij wie kanker wordt vastgesteld gegevens geregistreerd in de Nederlandse kankerregistratie. Alle ziekenhuizen in Nederland doen aan die registratie mee. Het gaat om gegevens uit medische dossiers, zoals de ziekte, de behandelingen, het verdere verloop, naam en geboortedatum. Omdat dit privacy-gevoelige gegevens zijn, worden ze zorgvuldig afgeschermd. De gegevens worden in een 'versleutelde' vorm onherkenbaar gemaakt, zodat ze niet zonder meer tot één persoon te herleiden zijn. Alleen speciaal bevoegde werknemers van de integrale kankercentra hebben toegang tot deze gegevens. Zij hebben geheimhoudingsplicht.

De gegevens uit de kankerregistratie worden meestal jaarlijks teruggekoppeld aan de deelnemende ziekenhuizen. Deze gegevens zijn dan vaak onderdeel van het jaarverslag van specialisten. Individuele specialisten zijn vaak niet op de hoogte van de landelijke kankerregistratie en het gebeurt dan ook zelden dat individuele specialisten gegevens opvragen bij de kankerregistratie.

Groei-model van structuurindicator naar uitkomstindicator

De werkgroep wil graag toewerken naar een indicator die de mortaliteit weerspiegelt en is van mening dat daarvoor de volgende gegevens nodig zijn:

- Peri-operatieve mortaliteit tot 30 dagen
- 5-jaarsoverleving
- Patiëntenkarakteristieken
 - o TNM-stadium
 - o ASA klasse
 - o Leeftijd
 - o Salvage cystectomie: ja/nee

Op dit moment wordt een gedeelte van de gegevens die nodig zijn om een vijfjaarsoverleving te berekenen verzameld in de Nederlandse kankerregistratie. ASA klasse en Salvage cystectomie worden in de huidige kankerregistratie niet geregistreerd en dienen door de ziekenhuizen zelf op patiëntniveau geregistreerd te worden.

Indien in de toekomst daadwerkelijk uitkomstindicatoren gepresenteerd gaan worden dan zal de indicatoruitkomst gecorrigeerd moeten worden voor TNM-stadium, ASA klasse, leeftijd en de reden van het uitvoeren van de cystectomie (Salvage: ja/nee).

Bij verdere uitwerking van deze indicator is het volgens de werkgroep belangrijk om contact op te nemen met de Nederlandse kankerregistratie over de mogelijkheden en onmogelijkheden van een dergelijke indicator. Daarnaast zal moeten worden gekeken of het mogelijk is om de vitale status te achterhalen.

Bij de interpretatie van de 5-jaars mortaliteit dient er wel rekening mee te worden gehouden dat de overlevingskans een uitspraak doet over een situatie van vijf jaar geleden. Bij het aanleveren van de gegevens door ziekenhuizen voor landelijke vergelijking dient dan ook de mogelijkheid te bestaan welke structuur- of procesfactoren in het ziekenhuis in de afgelopen vijf jaar zijn veranderd.

Mogelijkheden tot verbetering

Op dit moment is nog geen volledige mortaliteitsregistratie beschikbaar. De werkgroep verwacht dat gegevens uit de Nederlandse kankerregistratie inzicht kunnen verschaffen in de overlevingskansen, zowel bij patiënten als bij behandelaren. Daarnaast is de verwachting dat behandelaren de gegevens kunnen gebruiken voor interne verbetering door middel van inzicht in het eigen handelen.

Validiteit

Chahal et al. (2003) lieten een vijfjaarsoverleving zien van 36,5% voor patiënten met invasief blaascarcinoom. De postoperatieve mortaliteit binnen 30 dagen na cystectomie was in dat onderzoek 3,1% voor patiënten met invasief blaascarcinoom.

Betrouwbaarheid

De werkgroep is van mening dat de wijze van registratie door de Integrale Kankercentra op een betrouwbare wijze gebeurt. Registratie vindt plaats door geschoolde medewerkers die regelmatig allemaal dezelfde bijscholing krijgen. Voor de registratie worden standaardformulieren gebruikt. Dit garandeert dat bij gelijkblijvende omstandigheden dezelfde gegevens worden geregistreerd.

Discriminerend vermogen

De werkgroep verwacht dat de indicator voldoende tussen de ziekenhuizen zal discrimineren.

Minimale bias/ beschrijving relevante case-mix

De indicator of er wel of niet wordt geregistreerd, wordt niet beïnvloed door case-mix. Echter, de uitkomsten van de registratie (nu nog niet van toepassing) worden wel beïnvloed door case-mix.

Indien in de toekomst daadwerkelijk uitkomstindicatoren gepresenteerd gaan worden, dan zal de indicatoruitkomst gecorrigeerd moeten worden voor TNM-stadium, ASA klasse, leeftijd en de reden van het uitvoeren van de cystectomie (Salvage: ja/nee). ASA klasse en Salvage cystectomie worden in de huidige kankerregistratie niet geregistreerd.

Registreerbaarheid/ haalbaarheid registratie

Voor de te verzamelen variabelen en het berekenen van de indicator wordt verwezen naar hoofdstuk 3.

Voor deze indicator dient een speciale landelijke registratie te worden opgezet. Ziekenhuizen kunnen gegevens voor de berekening van de 5-jaars mortaliteit opvragen bij de Nederlandse kankerregistratie. Door middel van een statistische techniek (relatieve survival analyse) kan inzicht verkregen worden in de 5-jaars mortaliteit.

Naar verwachting van de werkgroep kan ieder ziekenhuis deze gegevens eens per jaar opvragen en in tweede instantie de gegevens doorsluizen voor landelijke vergelijking.

De volgende patiëntkarakteristieken dient het ziekenhuis zelf te registreren:

- ASA klasse
- Salvage cystectomie: ja/nee.

Referenties

- Chahal R, Sundaram SK, Iddenden R, Forman DF, Weston PM, Harrison SC. A study of the morbidity, mortality and long-term survival following radical cystectomy and radical radiotherapy in the treatment of invasive bladder cancer in Yorkshire. Eur Urol 2003;43(3):246-57

5. Patiënteninformatie

Relatie tot kwaliteit	Patiënten dienen goed geïnformeerd te worden over de aangeboden behandeling, maar ook over de eventuele alternatieven. In ziekenhuizen gebeurt dit wisselend door een gespecialiseerd verpleegkundige of door de behandelend uroloog. Door de patiënten goede voorlichting te geven kunnen angst en onzekerheid worden weggenomen en wordt zelfredzaamheid bevorderd. Voorlichting biedt de patiënt handvatten om de aandoening een plaats te geven in het (dagelijks) leven. De motivatie voor een bepaalde behandeloptie kan worden versterkt door de patiënt optimaal voor te lichten.
Operationalisatie	Wordt er schriftelijke informatie aangeboden? <i>Ja/Nee</i>
Definitie (s)	N.v.t.
In-/exclusiecriteria	Inclusie: Spierinvasief en oppervlakkig blaascarcinoom.
Bron	Bijvoorbeeld Blaascarcinoomfolder, formulier aanvraag KWF-infomap, folder patiëntenvereniging.
Meetfrequentie	1x per jaar
Peildatum	01-04-2011
Rapportage	1x per jaar
Type indicator	Structuurindicator
Meetniveau	Ziekenhuisniveau
Kwaliteitsdomein	Patiëntgerichtheid

Achtergrond

Navraag van de werkgroep leert dat er veel variatie is in de vormen van voorlichting aan de patiënt uiteenlopend van voorlichting door de uroloog alleen, voorlichting en verwijzing naar een folder, en verwijzing naar een gespecialiseerd verpleegkundige. Belangrijk is dat de patiënt goed wordt voorgelicht. De werkgroep spreekt geen directe voorkeur uit voor voorlichting door de uroloog of door een gespecialiseerd verpleegkundige. Wel erkent de werkgroep dat het betrekken van een gespecialiseerd verpleegkundige bij de voorlichting laagdrempeliger kan zijn. Deze laagdrempeligheid kan invloed hebben op het begrip en het beklijven van de informatie bij de patiënt. Een gespecialiseerd verpleegkundige houdt vaak een spreekuur, waardoor het voor patiënten duidelijk is wanneer zij hun vraag kunnen stellen, zonder hiervoor te hoeven wachten op de reguliere controle bij de specialist.

Het is onduidelijk hoeveel in de urologie gespecialiseerde verpleegkundigen er zijn. Ook zijn er verschillende namen in omloop voor in urologie gespecialiseerde verpleegkundigen. Taken worden nu verricht door stomaverpleegkundigen, incontinentieverpleegkundigen, nurse practitioners en physician assistants.

In de Wet op de Geneeskundige BehandelingsOvereenkomst (WGBO) staat dat patiënten recht hebben op informatie door de zorgverlener. Alleen met voldoende informatie kunnen patiënten goed meedenken en meebeslissen over de behandeling. De WGBO schrijft ook voor dat de patiënt samen met de hulpverlener moet beslissen wat er gaat gebeuren. De zorgverlener moet in voor de patiënt te bevatten bewoordingen vertellen over het onderzoek, de voorgestelde behandeling en alternatieven, de mogelijke risico's van de behandeling en de gezondheidstoestand van de patiënt. Hierbij wordt wel het principe der redelijkheid gehanteerd: als er bijvoorbeeld een kans van één op een miljoen is op een bepaalde bijwerking van een bepaalde behandeling, dan hoeft dat niet besproken te worden.

Bovenstaande aspecten zijn in overeenstemming met de uitgangspunten die zijn geformuleerd in richtlijnen van de SIGN en EAU.

Lotgenotencontact kan waardevol zijn, omdat het een contact betreft tussen mensen die in een overeenkomstige situatie verkeren en dus vergelijkbare en gemeenschappelijke ervaringen

hebben. Vanuit deze wederzijdse betrokkenheid en een gelijkwaardige positie wisselt men ervaringen, tips en informatie uit. Dit kan zowel op individueel niveau als in een groep (Helgeson, 1999). Lotgenoten bieden elkaar (h)erkenning, aandacht en emotionele en praktische steun. Ze zijn ook een belangrijke bron van informatie voor de naasten (Borne, 1985).

Variatie in kwaliteit van zorg

In 2000 heeft het NIVEL een evaluatie gedaan van de WGBO (Dute, 2000). Hieruit kwam naar voren dat patiënten meldden dat 94% van de huisartsen en 84% van de medisch specialisten hen bijna altijd informeerden over een behandeling of onderzoek. Over risico's en alternatieve mogelijkheden informeerden ze de patiënten minder vaak, terwijl die daar veel belang aan hechtten. Een kwart van de patiënten die de huisarts bezocht, werd niet of soms geïnformeerd hierover. Bij de specialist werd hierover in ruim een derde van de gevallen soms of helemaal niet gesproken. Patiënten vonden dat huisartsen meer informatie gaven over de onderdelen van een behandeling, de risico's en de alternatieven dan specialisten. Huisartsen vonden daarentegen zelf dat zij die informatie vaak niet aan patiënten gaven, terwijl specialisten juist wel zelf aangaven dat te doen.

Vijfenzestig procent van de patiënten begreep de uitleg van de huisarts altijd en de helft van de patiënten begreep de uitleg van de specialist altijd. Patiënten vonden in het algemeen dat ze genoeg kans krijgen om vragen te stellen. Vrijwel alle patiënten wisten dat de arts hen moet informeren over het onderzoek en de behandeling. Maar ze wisten meestal niet dat hun arts hen ook moet informeren over alternatieve behandelingen. Er is een samenhang: patiënten die wisten dat hun arts hen moet informeren, kregen vaker informatie (Dute, 2000).

Patiënten vonden informatie over de risico's van behandeling en mogelijke alternatieven erg belangrijk. Toch kregen ze die niet altijd, terwijl dat een voorwaarde is om het zelfbeschikkingsrecht te kunnen uitoefenen. Artsen moeten patiënten meer informeren over risico's en alternatieven (Dute, 2000).

Validiteit

Het is moeilijk literatuur te vinden waarin het geven van patiënteninformatie in relatie met de kwaliteit van zorg is onderzocht. Echter, zowel in de SIGN richtlijn (2005) als de EAU richtlijn (2004) is opgenomen dat patiënteninformatie belangrijk is. De SIGN richtlijn (2005) stelt dat patiënten verbale en schriftelijke informatie moeten ontvangen. Daarnaast wordt ook vermeld dat patiënten op de hoogte moeten worden gesteld van "support mechanisms" en uitleg moeten krijgen over hoe contact kan worden gezocht.

De EAU richtlijn (2004) stelt dat patiënten waarbij een cystectomie is gepland geïnformeerd moeten worden over de mogelijke alternatieven. De uiteindelijke beslissing moet gebaseerd zijn op consensus tussen patiënt en arts. Een andere aanbeveling uit de richtlijn luidt dat counseling van de patiënt en zijn/haar partner, de participatie van de patiënt bij behandelingsbeslissingen en het toepassen van de meest effectieve en zo min mogelijk toxische behandeling voorwaarden zijn voor een zo optimaal mogelijke kwaliteit van leven van de patiënt'.

De richtlijn blaascarcinoom (VIKC, 2009) geeft ook aan dat het aanbeveling verdient om naast mondelinge voorlichting de patiënten en hun naasten te wijzen op voorlichtingsmiddelen en informatiebronnen.

Mogelijkheden tot verbetering

Bij deze indicator kan op verschillen punten verbetering aangebracht worden. Ten eerste kan de inhoud van de voorlichting verbeterd worden. Daarnaast kan de vorm van het aanbieden van patiënteninformatie verbeterd worden. Bijvoorbeeld door het aanstellen van een gespecialiseerd verpleegkundige.

Betrouwbaarheid

De werkgroep verwacht dat de indicator bij het registreren onder gelijkblijvende omstandigheden (min of meer) dezelfde resultaten oplevert.

Discriminerend vermogen

Aangezien er variatie in de organisatie van de zorg bestaat, kan er onderscheid gemaakt worden tussen verschillende ziekenhuizen.

Minimale bias/ beschrijving relevante case-mix

Controle voor verschillen in demografische en sociaal-economische samenstelling of in gezondheidsstatus van patiëntengroepen is niet nodig volgens de werkgroep.

Registreerbaarheid/ haalbaarheid registratie

Registreerbaarheid is geen probleem aangezien het hier gaat om een structuurindicator. Voor een dergelijke indicator is het niet nodig om gegevens te registreren op patiëntniveau. Het is moeilijk te meten of de op patiëntniveau aangeboden informatie daadwerkelijk wordt begrepen door de patiënt.

Referenties

- Dute JCJ, Friele RD, Gevers JKM et al. De evaluatie van de WGBO. Den Haag, ZonMW; 2000. <http://www.nivel.nl/oc2/page.asp?PageID=431>
- Soloway MS, Ikard M, Tidwell M Role of nurse clinician in urologic oncology. Urology. 1978 Dec;12(6):685-8
- Jakse G, Algaba F, Fossa S, Stenzl A, Sternberg C. European Association of Urology (EAU). Guidelines on Bladder Cancer muscle-invasive and metastatic. 2004
- Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN). Management of transitional cell carcinoma off the bladder. A national clinical guideline. December 2005
- Wet op geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). Burgerlijk Wetboek. Boek 7 Bijzondere overeenkomsten, Titel 7 Opdracht, Afdeling 5 De overeenkomst inzake geneeskundige behandeling. Artikel 228. Zie <http://www.hulpgids.nl/wetten/wgbo-tekst.htm>
- Helgeson VS, Cohen S, Schulz R, Yasko J. Education and peer discussion group interventions and adjustment to breast cancer. Arch Gen Psychiatry 1999;56:340-7.
- Borne HW van den, Pruyn JFA. Lotgenotencontact bij kankerpatiënten. Assen: Van Gorcum, 1985
- Urotheelcarcinoom van de blaas. Landelijke richtlijn. Versie 1.0. VIKC, februari 2009

3. Lijst te verzamelen variabelen

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe de gegevens voor het bepalen van de indicatoren verzameld worden. Dit gebeurt aan de hand van een variabelenlijst. Een variabele is een te verzamelen data-element.

Variabelenlijst

Structuurindicatoren worden op ziekenhuisniveau verzameld. Het is voor deze indicatoren voldoende om één keer per jaar een vraag met ja of nee te beantwoorden. Om de proces- en uitkomstindicatoren te kunnen bepalen, worden gegevens op patiëntniveau verzameld en worden verschillende bronnen geraadpleegd.

Op de volgende pagina's worden alle variabelen beschreven die nodig zijn om de indicatoren te kunnen bepalen van de set Blaascarcinoom. Van de variabelen worden de volgende gegevens vastgelegd:

- **Variabele nummer:** Het nummer van de variabele wordt later gebruikt om uit te kunnen leggen welke variabelen gebruikt moeten worden voor de berekening van een indicator.
- **Naam:** Naam/beschrijving van de variabele.
- **Vast te leggen waarde:** De vast te leggen waarde is een omschrijving om aan te geven wat een ziekenhuis moet vastleggen. Dit kan bijvoorbeeld een behandelas van een DBC zijn, ja/nee of een datum.
- **Bron** De bron is bedoeld om het zoeken naar de variabele (het data-element) te vereenvoudigen Dit is gebaseerd op de bevindingen van de ziekenhuizen uit de praktijktest. Het kan zijn dat dit in andere ziekenhuizen onder een andere naam of op een andere plaats/ systeem wordt vastgelegd.
- **Instructie** Deze beschrijft met welke zoekwaarden gezocht moet worden. Ook worden praktijktips gegeven.
- **Nodig voor indicator** Als laatste staat aangegeven voor welke indicatoren de variabele gebruikt wordt.

Voor sommige variabelen is het niet mogelijk om direct uit de data de waarde van de variabele te bepalen. Leeftijd is hierbij het meest duidelijke voorbeeld. Om de leeftijd te kunnen bepalen is een peildatum en een geboortedatum nodig. Deze eerste twee gegevens zijn opgenomen bij de variabelen. Vervolgens zijn rekenregels gedefinieerd die de uiteindelijke variabele berekenen. Een voorbeeld is: peildatum – geboortedatum = leeftijd.

Tabel 1: Variabelen uit verschillende bronnen in het ziekenhuis

Variabele	Naam	Vast te leggen waarde	Bron	Instructie	Benodigd voor indicator
B0	Patiëntnummer		ZIS	Het patiëntnummer is het unieke element dat de basis vormt om koppelingen tussen registratiesystemen mogelijk te maken	2: Eenmalige spoeling 24 uur na TUR 3: Aantal cystectomieën per ziekenhuis
B1	Endoscopische ingreep bij blaascarcinoom	DBC-codes: 06.11.30.321 06.11.30.322 06.11.30.323 06.11.30.326 06.11.30.331 06.11.30.332 06.11.30.333 06.11.30.336 06.21.30.321 06.21.30.322 06.21.30.323 06.21.30.326 06.21.30.331 06.21.30.332 06.21.30.333 06.21.30.336	DBC-registratie	De DBC's met de onderstaande codering die zijn gesloten, dienen geselecteerd te worden.	2: Eenmalige spoeling 24 uur na TUR
B2	T-classificatie	Ta, T1, T2, T3, T4	Poli(klinische) status, EPD	Voor de meting van indicator 2 wordt alleen gekeken naar de patiënten met niet-spierinvasieve blaascarcinoom (TaT1).	2: Eenmalige spoeling 24 uur na TUR

Variabele	Naam	Vast te leggen waarde	Bron	Instructie	Benodigd voor indicator
B3	TUR	CTG-code: 36223 Transur. res. gr. papil. e/o mal. Blaastum.	CTG- verrichtingen registratie		2: Eenmalige spoeling 24 uur na TUR
B4	Datum TUR	dd-mm-jjjj (Datum behorende bij CTG codering)	CTG- verrichtingen registratie	Hiervoor de datum van uitvoering B3 gebruiken	2: Eenmalige spoeling 24 uur na TUR
B5	Intravesicale blaasspoeling	Ja/ nee	CTG verrichtingen registratie	39888 intravesicale chemo-/immunotherapie 39959 Begel. onco-pt. bij IV/ it-toed. cytost.	2: Eenmalige spoeling 24 uur na TUR
B6	Datum Intravesicale blaasspoeling	dd-mm-jjjj (Datum start spoeling)	CTG verrichtingen registratie	Hiervoor de datum van uitvoering B5 gebruiken	2: Eenmalige spoeling 24 uur na TUR

Losse telling voor indicator 3: het aantal cystectomieën

Varia bele	Naam	Vast te leggen waarde	Bron	Instructie	Benodigd voor indicator
B7	Cystectomie	<p>Operatieve CTG codes Cystectomie:</p> <p>36250 Totale cystectomie, per 1-7-2004 alleen open procedure</p> <p>36251 Cystectomie met eenvoudige deviatie van de urinewegen</p> <p>36252 Tot. cystectomie, dev. geisol. darmsegm.</p> <p>36253 Tot. cystectomie, continent urostaoma</p> <p>36255 Totale blaasvervanging met behulp van een geïsoleerd darmsegment zonder stoma, inclusief de cystectomie, in een zitting. (per juni 2009 vervangen door 36257 en 36258)</p> <p>36256 Endoscopische totale cystectomie (zie 036250 voor open procedure)</p> <p>36257 Totale blaasvervanging met behulp van een geïsoleerd darmsegment zonder stoma, open procedure (zie 036258 voor laparoscopisch).</p>	CTG- verrichtingen registratie	Het gaat om het aantal totale cystectomieën.	3: Aantal cystectomieën per ziekenhuis

Variabele	Naam	Vast te leggen waarde	Bron	Instructie	Benodigd voor indicator
		36258 Totale blaasvervangning met behulp van een geïsoleerd darmsegment zonder stoma, inclusief de cystectomie, laparoscopisch (zie 036257 voor open procedure).			

Tabel 2: Rekenregels voor te berekenen variabelen

Variabele	Te berekenen gegevens	Berekening	Formule	Validatie regels	Nodig voor indicator
B8	Tijd tussen TUR en eenmalige spoeling	Datum spoeling - datum TUR	B6-B4	= < 1	2: Eenmalige spoeling 24 uur na TUR

Bijlage 1: Wijzigingen in zorginhoudelijke indicatoren n.a.v. gegevensuitvraag in 2010 over verslagjaar 2009

Blaascarcinoom		
Indicator*	Aanpassingen	Opmerkingen
2. Eenmalige spoeling 24 uur na TUR	De rekenregel van de teller is aangepast naar B6 = ja en B8 = < 1 dag	Stond foutief in de rekenregel
3. Aantal cystectomieën per ziekenhuis	CTG-code 36255, 36257 en 36258 toegevoegd	Vanwege het gebruik van gesloten DBC's mag ook de CTG-code 36255 gebruikt worden. Deze code was geldig tot 30 juni 2009 en is vervangen door 36257 en 36258
5. Patiënteninformatie	Referentie van definitieve richtlijn Urotheelcarcinoom is overgenomen.	

* Indien een indicator niet in deze lijst voorkomt, is deze ongewijzigd gebleven

Bijlage 2: Autorisatie zorginhoudelijke indicatoren door wetenschappelijke vereniging

De oorspronkelijke zorginhoudelijke indicatoren uit de Blaascarcinoomset zijn in 2007 geautoriseerd door de Nederlandse Vereniging voor Urologie. Het betreft hier niet de aangepaste indicatoren n.a.v. de landelijke uitvraag in 2009 en 2010.

Deel 2: Klantpreferentievragen

1. Klantpreferentievragen Blaascarcinoom

De volgende vragen gaan in op het aanbod van de zorg rondom Blaascarcinoom. Deze informatie kan bijdragen aan de beeldvorming van de patiënt/consument om een keuze te maken voor een zorgaanbieder. De klantpreferentievragen zijn tot stand gekomen met behulp van inbreng van patiënten. Bij elke vraag worden definities beschreven en de technische haalbaarheid mogelijk toegelicht.

<p>Vraag 1</p>	<p>A. Vul in hoeveel patiënten met blaascarcinoom er <u>per jaar</u> op uw ziekenhuislocatie worden behandeld door het specialisme urologie.</p> <p><i>(aantallen invullen)</i></p> <p>- Het aantal urologen¹ op uw ziekenhuislocatie dat patiënten met blaascarcinoom behandelt (<u>aantal personen</u>) * ____</p> <p>- Het aantal patiënten met blaascarcinoom dat op uw ziekenhuislocatie behandeld wordt door het specialisme urologie² ____</p> <p>B. Vul in of het specialisme urologie op uw ziekenhuislocatie met coassistenten, artsen niet in opleiding tot specialist (ANIOS) en/of artsen in opleiding tot specialist (AIOS) werkt.*</p> <p><i>(aanvinken, per categorie één antwoord mogelijk)</i></p> <table border="1" data-bbox="410 1037 1435 1119"> <thead> <tr> <th>Specialisme</th> <th colspan="2">coassistenten</th> <th colspan="2">ANIOS</th> <th colspan="2">AIOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Urologie</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> nee</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> nee</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> nee</td> </tr> </tbody> </table>	Specialisme	coassistenten		ANIOS		AIOS		Urologie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Specialisme	coassistenten		ANIOS		AIOS										
Urologie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee									
<p>Definities</p>	<p>¹ Exclusief ANIOS en AIOS</p> <p>² Selecteer in het systeem de onderstaande gesloten DBC-codes met een sluitingsdatum 1 januari 2010 tot en met 31 december 2010. Neem alleen unieke patiënten mee in de telling. Parallele DBC's dienen niet in de telling meegenomen te worden. Inclusief patiënten die door ANIOS en AIOS zijn behandeld.</p> <table border="1" data-bbox="410 1318 717 1423"> <tr> <td>0306.11.**.30.***</td> </tr> <tr> <td>0306.21.**.30.***</td> </tr> </table>	0306.11.**.30.***	0306.21.**.30.***												
0306.11.**.30.***															
0306.21.**.30.***															
<p>Technische haalbaarheid</p>	<p>* Peildatum: 1 april 2011</p> <p>Het aantal specialisten wordt gemeten aan de hand van een peildatum, terwijl het aantal patiënten wordt gemeten aan de hand van een verslagjaar dat aan de peildatum voorafgaat. Op deze manier is de data voor beide onderdelen zo actueel mogelijk. Bij de interpretatie van de data dient echter rekening gehouden te worden met het feit dat de data niet uit precies dezelfde periode afkomstig is.</p>														
<p>Toelichting</p>	<p>Patiënten vinden de ervaring van de behandelend artsen uitgedrukt in het aantal behandelde patiënten belangrijk.</p> <p>In de huidige klantpreferentie vragenlijsten wordt enkel gevraagd naar het aantal patiënten per specialisme. Op termijn wordt toegewerkt naar een uitvraag van het aantal patiënten onder behandeling per individuele behandelaar.</p>														

Vraag 2	<p>A. Hebben patiënten met blaascarcinoom op uw ziekenhuislocatie één vaste uroloog? *¹</p> <p><i>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p> <p>B. Hoe worden patiënten met blaascarcinoom op uw ziekenhuislocatie in eerste instantie toegewezen aan een uroloog? *</p> <p><i>(aanvinken, één antwoorden mogelijk)</i></p> <p><input type="checkbox"/> N.a.v. wachttijd <input type="checkbox"/> N.a.v. aandachtsgebied/expertises van de uroloog <input type="checkbox"/> N.a.v. de voorkeur van de patiënt <input type="checkbox"/> Anders, namelijk ...</p>
Definities	<p>¹ Met vaste uroloog wordt bedoeld: de uroloog die de patiënt bij elk poliklinisch consult, dagopname en controleafspraak ziet en die het behandelplan opstelt, uitvoert en controleert (situaties uitgezonderd waarbij de patiënt tijdens afwezigheid van de vaste uroloog wegens medisch noodzaak door een vervangend uroloog wordt gezien).</p>
Technische haalbaarheid	<p>* Peildatum: 1 april 2011</p>

Vraag 3	<p>Binnen welke termijn vinden onderstaande onderzoeken of afspraken plaats? *</p> <p><i>(aantal invullen)</i></p> <table border="1" data-bbox="391 1220 1357 1734"> <thead> <tr> <th data-bbox="391 1220 716 1283">Termijn Contactmoment</th> <th data-bbox="716 1220 1040 1283">Termijn</th> <th data-bbox="1040 1220 1357 1283">Niet van toepassing</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="391 1283 716 1346">Eerste patiëntenconsult hematurie</td> <td data-bbox="716 1283 1040 1346"><input type="checkbox"/> ... werkdagen</td> <td data-bbox="1040 1283 1357 1346"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="391 1346 716 1409">TUR vanaf diagnose blaastumor</td> <td data-bbox="716 1346 1040 1409"><input type="checkbox"/> ... werkdagen</td> <td data-bbox="1040 1346 1357 1409"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="391 1409 716 1451">CT-scan</td> <td data-bbox="716 1409 1040 1451"><input type="checkbox"/> ... werkdagen</td> <td data-bbox="1040 1409 1357 1451"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="391 1451 716 1545">Cystectomie vanaf diagnose hoogrisico blaastumor</td> <td data-bbox="716 1451 1040 1545"><input type="checkbox"/> ... werkdagen</td> <td data-bbox="1040 1451 1357 1545"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="391 1545 716 1608">Poliklinische nabespreking TUR</td> <td data-bbox="716 1545 1040 1608"><input type="checkbox"/> ... werkdagen</td> <td data-bbox="1040 1545 1357 1608"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="391 1608 716 1671">Poliklinische nabespreking CT-scan</td> <td data-bbox="716 1608 1040 1671"><input type="checkbox"/> ... werkdagen</td> <td data-bbox="1040 1608 1357 1671"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="391 1671 716 1734">Nabespreking uitslag Cystectomie</td> <td data-bbox="716 1671 1040 1734"><input type="checkbox"/> ... werkdagen</td> <td data-bbox="1040 1671 1357 1734"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>			Termijn Contactmoment	Termijn	Niet van toepassing	Eerste patiëntenconsult hematurie	<input type="checkbox"/> ... werkdagen	<input type="checkbox"/>	TUR vanaf diagnose blaastumor	<input type="checkbox"/> ... werkdagen	<input type="checkbox"/>	CT-scan	<input type="checkbox"/> ... werkdagen	<input type="checkbox"/>	Cystectomie vanaf diagnose hoogrisico blaastumor	<input type="checkbox"/> ... werkdagen	<input type="checkbox"/>	Poliklinische nabespreking TUR	<input type="checkbox"/> ... werkdagen	<input type="checkbox"/>	Poliklinische nabespreking CT-scan	<input type="checkbox"/> ... werkdagen	<input type="checkbox"/>	Nabespreking uitslag Cystectomie	<input type="checkbox"/> ... werkdagen	<input type="checkbox"/>
Termijn Contactmoment	Termijn	Niet van toepassing																									
Eerste patiëntenconsult hematurie	<input type="checkbox"/> ... werkdagen	<input type="checkbox"/>																									
TUR vanaf diagnose blaastumor	<input type="checkbox"/> ... werkdagen	<input type="checkbox"/>																									
CT-scan	<input type="checkbox"/> ... werkdagen	<input type="checkbox"/>																									
Cystectomie vanaf diagnose hoogrisico blaastumor	<input type="checkbox"/> ... werkdagen	<input type="checkbox"/>																									
Poliklinische nabespreking TUR	<input type="checkbox"/> ... werkdagen	<input type="checkbox"/>																									
Poliklinische nabespreking CT-scan	<input type="checkbox"/> ... werkdagen	<input type="checkbox"/>																									
Nabespreking uitslag Cystectomie	<input type="checkbox"/> ... werkdagen	<input type="checkbox"/>																									
Definities	<p>Geen bijzonderheden.</p>																										
Technische haalbaarheid	<p>* Peildatum: 1 april 2011</p>																										

Vraag 4 Op welke wijze(n) wordt op uw ziekenhuislocatie over de onderstaande onderwerpen informatie verstrekt aan patiënten met blaascarcinoom?*

(aanvinken, per onderwerp meerdere antwoorden mogelijk)

Methode \ Onderwerp	Mondeling (persoonlijk gesprek)	Schriftelijk (folder/ brief)	Beeld (foto/ video)	Digitaal (website ¹)	Anders, namelijk ...	Geen infor- matie
Diagnose blaascarcinoom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prognose na diagnose blaascarcinoom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Complicaties en bijwerkingen van behandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zorgtraject	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicatie en bijwerkingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandelmogelijkheden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anders, namelijk ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Definities ¹ Met website wordt de website van het ziekenhuis bedoeld.

**Technische
haalbaarheid** *Peildatum: 1 april 2011

Vraag 5 Biedt uw ziekenhuislocatie de volgende mogelijkheden aan voor een blaasvervangings?*

(aanvinken, per methode één antwoord mogelijk)

Methode	Aangeboden door ziekenhuislocatie?	
Houtmannblaas	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Bricker	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Indiana Pouch	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Anders, namelijk ...		

Definities Geen bijzonderheden.

**Technische
haalbaarheid** * Peildatum: 1 april 2011

Toelichting Op termijn wordt toegewerkt naar een uitvraag van het aantal behandelingen per methode.

<p>Vraag 6</p>	<p>A. Hoeveel minuten worden er per patiënt voor een <u>eerste consult ingepland</u> bij de uroloog op uw ziekenhuislocatie?*</p> <p><i>(aantal minuten invullen)</i></p> <p>... minuten</p> <p>B. Hoeveel minuten worden er per patiënt met een blaascarcinoom ingepland voor een <u>vervolgconsult</u> bij de uroloog op uw ziekenhuislocatie?*</p> <p><i>(aantal minuten invullen)</i></p> <p>... minuten</p> <p>C. Hoe gaat uw ziekenhuislocatie om met patiënten die méér tijd willen inruimen dan standaard wordt ingepland voor een consult bij de uroloog?*</p> <p><i>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Patiënten kunnen tijdens het maken van de afspraak aangeven méér tijd te willen</p> <p><input type="checkbox"/> Patiënten krijgen tijdens het consult meer tijd indien dit nodig blijkt</p> <p><input type="checkbox"/> Patiënten kunnen zowel tijdens consult als bij het maken van de afspraak meer tijd krijgen</p> <p><input type="checkbox"/> Anders, namelijk ...</p>
<p>Definities</p>	<p>Geen bijzonderheden.</p>
<p>Technische haalbaarheid</p>	<p>* Peildatum: 1 april 2011</p>

Bijlage 1: Wijzigingstabel klantpreferentievragen

Blaascarcinoom		
Klantpreferentievraag *	Aanpassingen	Opmerkingen
1	De vraag is aangepast. Er wordt alleen gevraagd naar het totaal aantal patiënten met blaascarcinoom dat wordt behandeld en door hoeveel urologen dit gebeurt. Daarnaast is de vraag toegevoegd of de ziekenhuislocatie een opleidingsziekenhuis is voor het specialisme urologie. In de definitie is toegevoegd dat het om gesloten DBC-codes gaat.	Ziekenhuizen hebben aangegeven dat urologen in meerdere ziekenhuizen werkzaam kunnen zijn. Om deze reden is besloten om niet meer naar het kleinste en grootste aantal behandelingen door de uroloog te vragen.
2B	De antwoordcategorieën bij vraag B zijn gewijzigd, de optie 'willekeurig' is verwijderd. In de definitie is beschreven wat er met een 'vaste uroloog' wordt bedoeld.	
3	Een optie 'niet van toepassing' is toegevoegd aan de antwoordcategorieën.	Ziekenhuizen hebben aangegeven dat zij de optie 'niet van toepassing' missen bij de antwoordcategorieën.
4	De wijze waarop informatie wordt verstrekt is uitgebreid met een optie anders, namelijk.	
5	Deze vraag is extra toegevoegd en gaat in op de mogelijke behandelmethoden voor een blaasvervangning.	
6	Deze vraag is extra toegevoegd en gaat in op de duur van het eerste consult en het vervolgconsult. En de mogelijkheden om een langer durend consult aan te vragen.	

*Indien een vraag niet in deze lijst voorkomt, is deze ongewijzigd gebleven

Afkortingenlijst

CTG	College Tarieven Gezondheidszorg
DBC's	Diagnose Behandeling Combinaties
EAU	European Association of Urology
EPD	Elektronisch PatiëntenDossier
IGZ	Inspectie voor de GezondheidsZorg
OMS	Orde van Medisch Specialististen
MDO	MultiDisciplinair Overleg
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
NVU	Nederlandse Vereniging voor Urologie
NVZ	Nederlandse Vereniging van ziekenhuizen
TNM	Classificatie van maligne tumoren
TUR	TransUretrale Resecties
VIKC	Vereniging Integrale Kankercentra
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WGBO	Wet op de Geneeskundige BehandelingsOvereenkomst
ZIS	Ziekenhuis Informatie Systeem
ZN	Zorgverzekeraars Nederland