

Indicatorset DICA Prostaat (DPA)

Uitvraag ziekenhuizen/ZBC's over verslagjaar 2027

Versie 2027.3, juli 2026

Meer informatie op:

- OmniQ (portaal van DHD) voor aanlevering kwaliteitsgegevens voor betreffend verslagjaar <https://extranet.dhd.nl/producten/OmniQ>
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen: www.nvz-ziekenhuizen.nl
- UMCnl: www.umc.nl.
- Zelfstandige Klinieken Nederland: www.zkn.nl.
- Zorginstituut Nederland: <http://www.zorginzicht.nl>.

Samengesteld door:

Organisaties van cliënten:

- Nederlandse Federatie van Kankerpatiënten organisaties
- Prostaat Kanker Stichting (PKS)

Organisaties van zorgaanbieders of zorgverleners:

- Nederlandse Vereniging voor Urologie
- Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie
- Nederlandse Vereniging voor Nucleaire Geneeskunde
- Nederlandse Vereniging voor Pathologie
- Nederlandse Internisten Vereniging
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland Urologie
- Federatie Medisch Specialisten
- UMCnl
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
- Nederlands Vereniging voor Radiologie

Organisaties van zorgverzekeraars of Wlz-uitvoerders:

- Zorgverzekeraars Nederland

Overig:

- Integraal Kankercentrum Nederland

Aanspreekpunt:

- Nederlandse Vereniging voor Urologie
- Contactgegevens DICA: indicatoren@dica.nl

Deze indicatorset is na toetsing opgenomen in het Register van Zorginstituut Nederland. Verplichte en eventuele vrijwillige indicatoren worden aangeleverd via het door de partijen gekozen aanleverportaal (gegevensmakelaar). Die faciliteert de route (aanlevering en publicatie) voor verplichte transparantie. De verplicht aangeleverde gegevens worden door Zorginstituut Nederland gepubliceerd.

Inhoud	
1 Overzicht indicatoren 2027	3
Alle indicatoren	3
Toelichting kolomkoppen	3
2 Algemene informatie	4
2.1 Uitgangspunten	4
2.2 Populatiebepaling	4
2.3 Aanlevering van de gegevens	4
2.4 Indicatorenwerkgroep	4
3. Vast te leggen gegevens	6
4 Indicatoren 2027	7
Indicator 1 - Indicatorvelden, rekenregels en definities	7
Indicator 2 - Indicatorvelden, rekenregels en definities	9
Indicator 3 - Indicatorvelden, rekenregels en definities	11
Indicator 4 - Indicatorvelden, rekenregels en definities	13
Indicator 5 - Indicatorvelden, rekenregels en definities	15
Indicator 6 - Indicatorvelden, rekenregels en definities	17
Indicator 7 - Indicatorvelden, rekenregels en definities	18
5. Wijzigingstabel	20
Nieuw of gewijzigd in indicatorenset	20
Verwijderd uit indicatorenset	21
6 Bijlage: toelichting op informatie per indicator	23
Toelichting indicatorvelden, rekenregels en definities	23

1 Overzicht indicatoren 2027

Alle indicatoren

Indicator-nummer	Indicator-naam	Bron	Transparantie
1	Volume	DPA Ziekenhuis Registratie / EPD	Verplicht
2	90-dagen complicaties en mortaliteit	DPA Ziekenhuis Registratie / EPD	Verplicht
3	PROMs	DPA Ziekenhuis registratie/ EPD	Verplicht
4	Patiënten met laag risico prostaatkanker en actieve behandeling	DPA Ziekenhuis Registratie / EPD	Verplicht
5	Patiënten met preoperatief vastgesteld laag-risico prostaatkanker	DPA Ziekenhuis Registratie / EPD	Verplicht
6	Persistent PSA	DPA Ziekenhuis Registratie / EPD	Verplicht
7	Incontinentie	DPA Ziekenhuis Registratie / EPD	Verplicht

Toelichting kolomkoppen

- **Bron:** Vul hier de bron van de indicator in (bijvoorbeeld kwaliteitsregistratie X, EPD, ZIS, etc).
- **DPA:** Per 2024 worden betreffende gegevens verwerkt door DICA, in de Dutch Prostate Audit (DICA). In verband met het opstarten van de DICA registratie prostaatkanker (DPA) in 2023 zijn in het verslagjaar 2025 mogelijk nog niet alle ziekenhuizen aangesloten bij de DPA. Ziekenhuizen die nog niet aangesloten zijn kunnen in het verslagjaar 2025 de indicatoren direct aan DHD aanleveren.
- **Transparantie:** Vrijwillige indicatoren worden niet opgenomen op de Transparantiekalender en dus niet aangeleverd aan en gepubliceerd door Zorginstituut Nederland. Vrijwillige indicatoren worden gedeeld met de Zorgverzekeraars, Patiëntenorganisaties en Zorgaanbieders.

2 Algemene informatie

2.1 Uitgangspunten

- Doel van deze indicatorset is (meerkeuze):
 - ☐ interne sturing (waaronder leren & verbeteren)
 - ☐ verkrijgen van transparantie over verleende zorg (waaronder informatie ten behoeve van ziekenhuiskeuze door patiënten en zorginkoop door zorgverleners)
 - ☐ het afleggen van externe verantwoording
- Gepubliceerde transparante gegevens uit de openbare database zijn bedoeld voor (meerkeuze):
 - ☐ Patiënten
 - ☐ Zorgaanbieders en zorgverleners
 - ☐ Zorgverzekeraars
 - ☐ Wlz-uitvoerders en andere financiers
 - ☐ Toezichthouders, waaronder de IGJ en NZa
 - ☐ Onderzoekers

De indicatoren zijn gebaseerd op:

- ☐ Professionele standaard, namelijk: richtlijn prostaatcarcinoom

2.2 Populatiebepaling

Voor alle indicatoren in deze indicatorset bestaat de populatie uit:

- Zie indicatoren.

Inclusiecriteria:

- Alle patiënten met niet-gemetastaseerd lokaal prostaatcarcinoom (TNM: T1–4, N0/N1/NX, M0) die in het betreffende kalenderjaar nieuw zijn gediagnosticeerd of zijn gestart met een actieve behandeling.

2.3 Aanlevering van de gegevens

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

2.4 Indicatorenwerkgroep

De werkgroep voor het onderhoud van de indicatorset prostaatcarcinoom bestond in 2026 uit de volgende personen:

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

UMCnl:	Mevr. K. van den Heuvel
IKNL:	Mevr. Dr. B. Heesterman
NFK:	Mevr. E. Wolak
NVZ:	Mevr. M. Boereboom
	Mevr. M. van der Waals-van der Linden
FMS:	Mevr. Hermsen
DICA:	Mw. M.F. van Donkelaar, arts-onderzoeker

3. Vast te leggen gegevens

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

De informatie over de vast te leggen gegevens voor deze indicatorenset zijn te vinden in de datadictionary van de DPA op <https://support.mrdm.nl/registraties/dpa/>

4 Indicatoren 2027

In de bijlage staan alle velden in onderstaande indicatortabel toegelicht.

Indicator 1 - Indicatorvelden, rekenregels en definities

Veldnaam	Inhoud
Indicatornaam	<i>Indicator 1 – volume</i>
Indicatornummer	1
Operationalisatie	Hoeveel radicale prostatectomieën voor prostaatkanker werden in het verslagjaar op uw ziekenhuislocatie verricht? Én Door hoeveel urologen werden in het verslagjaar op uw ziekenhuislocatie radicale prostatectomieën uitgevoerd?
Informatie voor cliënten	Patiënten geven aan dat zij graag behandeld willen worden door een arts die vaak een bepaalde handeling doet; het vaker verrichten van de handeling vergroot de vaardigheid. Van prostatectomieën voor een prostaatcarcinoom is in onderzoek aangetoond dat hogere volumes leiden tot betere zorguitkomsten.
Relevantie en toepasbaarheid	Kwaliteitsdomein: effectiviteit, cliëntgerichtheid
Type indicator	Structuur
Achtergrond van de indicator	Richtlijn Prostaatcarcinoom Partij: NVU
Doel van het meten en publiceren	Al jaren wordt (inter)nationaal de discussie gevoerd over de relatie tussen volume en kwaliteit van zorg. Meer concreet de relatie tussen het aantal uitgevoerde prostatectomieën en de uitkomst in de zin van complicaties, oncologische en functionele resultaten. Hoewel door het invoeren van volumenormen de variatie met name aan de onderkant kleiner is geworden, bestaat zij nog zeker. Daarnaast wordt in toenemende mate aangetoond dat er een relatie is tussen volume en kwaliteit; een groter volume leidt tot betere kwaliteit van zorg.
Transparantie	verplicht
Datatype	aantal
Teller 1a	Hoeveel radicale prostatectomieën * voor prostaatkanker werden in het verslagjaar op uw ziekenhuislocatie verricht?
Teller 1b	Door hoeveel urologen werden in het verslagjaar op uw ziekenhuislocatie radicale prostatectomieën uitgevoerd?
Vraag	
Antwoordopties	één antwoord mogelijk
Definitie	*: Hier gaat het om 1) Radicale prostatectomie of 2) Radicale prostatectomie + lymfeklier dissectie,
Aggregatieniveau	concernniveau met verwijzende opmerkingen bij iedere locatie
In-/exclusiecriteria populatie	
Databron (registratie)	DPA Ziekenhuisregistratie/EPD (indien nog niet aangesloten bij DPA)
Norm	Het aantal radicale prostatectomieën voor prostaatcarcinoom bedraagt vanaf 1 januari 2019 minimaal 100 per jaar per locatie. Deze indicator is onderdeel van de SONCOS-uitvraag/ het SONCOS-normeringsdocumentversie 12 (2024).
Meetperiode	01-07-2026 t/m 30-06-2027

Veldnaam	Inhoud
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2019

Indicator 2 - Indicatorvelden, rekenregels en definities

Veldnaam	Inhoud
Indicatornaam	<i>Indicator 2 – 90 dagen complicaties en mortaliteit</i>
Indicatornummer	2
Operationalisatie	Het aantal patiënten, dat een radicale prostatectomie onderging, waarbij binnen 90 dagen na de primaire behandeling complicaties zijn opgetreden met Clavien-Dindo score 3, 4 of 5.
Informatie voor cliënten	Voor patiënten is het onwenselijk als er (ernstige) complicaties optreden na een radicale prostatectomie. Deze indicator geeft hier inzicht in en ook in eventuele verschillen tussen ziekenhuizen.
Relevantie en toepasbaarheid	Effectiviteit
Type indicator	Uitkomst
Achtergrond van de indicator	☐ De kwaliteit van een radicale prostatectomie wordt bepaald door de indicatiestelling, de radicaliteit van de ingreep (zich uitend in oncologische resultaten en ziekte specifieke overleving), het functionele resultaat (behoud van continentie en erectiele functie) en het aantal complicaties. Inherent aan de chirurgische behandeling (radicale prostatectomie) van prostaatcarcinoom is het optreden van complicaties. Uit de literatuur is bekend dat de frequentie van het voorkomen van complicaties score 3, 4 en 5 volgens Clavien-Dindo weliswaar laag is maar dat er (internationaal) variatie bestaat. De verwachting is dat deze variatie ook in Nederland aanwezig is. ☐ Als gevolg van het weinig frequent voorkomen van complicaties score 3, 4 en 5 en de aantallen daarmee klein zijn, zal het moeilijk worden om statistische betrouwbaar onderscheid aan te tonen. Anderzijds is de indicator dermate belangrijk dat zij wel geregistreerd wordt.
Doel van het meten en publiceren	
Transparantie	verplicht
Datatype	percentage
Teller	Het aantal patiënten dat een radicale prostatectomie onderging, waarbij binnen 90 dagen na de primaire behandeling complicaties zijn opgetreden met Clavien-Dindo score 3 en/of 4 en/of 5, waarbij de hoogste score per patiënt wordt meegenomen. <i>Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie patiënten verzameld onder de noemer. Selecteer de patiënten bij wie binnen 90 dagen na radicale prostatectomie Clavien Dindo 3 en/of 4, en /of 5 geregistreerd is en neem enkel de hoogste score mee.</i>
Noemer	Het aantal patiënten dat een radicale prostatectomie onderging als primaire behandeling voor prostaatkanker <i>Selecteer alle patiënten met prostaatcarcinoom bij wie een radicale prostatectomie is uitgevoerd.</i>
Antwoordopties	
Definitie	Radical prostatectomieën: 1) Radical prostatectomie of 2) Radical prostatectomie + lymfeklier dissectie
Aggregatieniveau	concernniveau met verwijzende opmerkingen bij iedere locatie

Veldnaam	Inhoud
In-/exclusiecriteria populatie	<u>Exclusie:</u> Salvage prostatectomie
Rekenregels en casemixcorrecties	Rekenregel: zie teller/noemer. Er is geen casemixcorrectie toegepast bij deze indicator. Het aantal complicaties met scores 3, 4 en 5 is relatief laag en daardoor is er te weinig statistische power om een goede casemixcorrectie voor deze indicator te ontwikkelen. Mogelijk dat dit in de toekomst wel mogelijk is.
Databron (registratie)	DPA Ziekenhuisregistratie/EPD (indien nog niet aangesloten bij DPA)
Norm	n.v.t.
Meetperiode	01-07-2026 t/m 30-06-2027
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2023

Indicator 3 - Indicatorvelden, rekenregels en definities

Veldnaam	Inhoud
Indicatornaam	<i>Indicator 3 – PROMs voor prostaatkanker</i>
Indicatornummer	3
Operationalisatie	Worden PROMS voor prostaatkanker structureel aan patiënten aangeboden en met patiënten besproken in de spreekkamer? En wat is de respons op de uitgezette vragenlijsten?
Informatie voor cliënten	Blijvende effecten op kwaliteit van leven die optreden na een prostatectomie (verwijdering van de prostaat) of radiotherapie, zijn een zorg voor veel patiënten en kunnen een significante impact hebben op de lange termijn. PROM vragenlijsten geven inzicht hoe patiënten zelf hun gezondheid ervaren. Als deze vragenlijst structureel worden gebruikt en besproken in de spreekkamer, is dit een goed startpunt om de zorg aan te passen op de persoonlijke behoeften van de patiënt.
Relevantie en toepasbaarheid	Kwaliteitsdomein: cliëntgerichtheid
Type indicator	Structuur en proces
Achtergrond van de indicator	De werkgroep verwacht dat ziekenhuizen die nog niet met PROMS werken, door het toewerken in deze indicatorenset naar een uitkomstindicator, gemotiveerd worden dit in de praktijk te gaan gebruiken.
Doel van het meten en publiceren	Zie 'achtergrond van de indicator'
Transparantie	verplicht
Datatype	ja/nee + percentage
Teller 3a	Het aantal patiënten dat de PROM vragenlijst op baseline heeft ontvangen en ingevuld retour heeft gestuurd. Selecteer alle patiënten die in de periode 01-07-2026 t/m 30-06-2027 een prostatectomie/radiotherapie hebben ondergaan en die een "prom vragenlijst op baseline" hebben ontvangen en die vervolgens hebben teruggestuurd. Ziekenhuizen die deze teller in verslagjaar 2027 nog niet uit het EPD kunnen halen, kunnen de indicator beantwoorden met 'Niet van toepassing'.
Noemer 3a	Het aantal patiënten dat de PROM vragenlijst op baseline heeft ontvangen vanuit het ziekenhuis/ de zorgverlener. <i>Selecteer alle patiënten die in de periode 01-07-2026 t/m 30-06-2027 een prostatectomie/radiotherapie hebben ondergaan en die een "prom vragenlijst op baseline" hebben ontvangen</i> Ziekenhuizen die deze noemer in verslagjaar 2027 nog niet uit het EPD kunnen halen, kunnen de indicator beantwoorden met 'niet van toepassing'.
Vraag 3b	Worden PROMS voor prostaatkanker structureel met patiënten besproken in de spreekkamer?
Teller 3c	Het aantal patiënten dat de 'PROM vragenlijst na 12 maanden heeft ontvangen en geretourneerd: <i>Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie patiënten verzameld onder de noemer. Selecteer de patiënten die in de periode 01-07-2025 t/m 30-06-2026 een prostatectomie/radiotherapie hebben en in de periode 01-07-2026 t/m 30-06-2027 de vragenlijst ingevuld retour hebben gestuurd.</i>

Veldnaam	Inhoud
Noemer 3c	Het aantal patiënten dat de 'PROM vragenlijst na 12 maanden heeft ontvangen vanuit het ziekenhuis/de zorgverlener: <i>Selecteer alle patiënten die in de periode 01-07-2025 t/m 30-06-2026 een prostatectomie/radiotherapie hebben ondergaan en die na 12 maanden een 'PROM vragenlijst na 12 maanden' hebben ontvangen.</i>
Antwoordopties	3a en 3c percentage of 'niet van toepassing' 3b Ja/Nee
Definitie	3b: Met 'structureel' wordt bedoeld dat het bespreken van de PROMS met de patiënt is ingebed in de werkwijze van het ziekenhuis. 3a en 3c: Minimale uitvraag: vraag 3 (ongewild urineverlies) en vraag 9 (erectiestoornis) uit de EPIC26-vragenlijst.
Aggregatieniveau	concernniveau met verwijzende opmerkingen bij iedere locatie
In-/exclusiecriteria populatie	n.v.t.
Rekenregels en casemixcorrecties	Rekenregel: zie Teller/noemer Bij vullingsindicatoren wordt er geen case-mix correctie toegepast.
Databron (registratie)	DPA Ziekenhuisregistratie/EPD (indien nog niet aangesloten bij DPA)
Norm	n.v.t.
Meetperiode	3a: Baseline vragenlijsten retour ontvangen in verslagjaar 2027 (01-07-2026 t/m 30-06-2027). 3a: Patiënten die in de periode 01-07-2026 t/m 30-06-2027 een prostatectomie/radiotherapie hebben ondergaan en die een baselinevragenlijst hebben ontvangen. 3c: 12 maanden vragenlijst retour ontvangen in verslagjaar 2027 (01-07-2026 t/m 30-06-2027). 3c: Patiënten die in de periode 01-07-2025 t/m 30-06-2026 een prostatectomie/radiotherapie hebben ondergaan en die een 12 maanden vragenlijst hebben ontvangen.
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	3a: 2025 3b: 2019 3c: 2021

Indicator 4 - Indicatorvelden, rekenregels en definities

Veldnaam	Inhoud
Indicatornaam	Indicator 4 – Patiënten met laag risico prostaatkanker en actieve behandeling
Indicatornummer	4
Operationalisatie	Het percentage patiënten met cT1-cT2, ISUP 1, PSA <10 ng/mL behandeld met radiotherapie en/of radicale prostatectomie en/of systemische en of focale therapie ten opzichte van het totaal aantal patiënten met cT1-cT2, ISUP 1, PSA <10 ng/mL.
Informatie voor cliënten	Volgens de richtlijn heeft het bij patiënten met laag risico prostaatkanker de voorkeur om niet meteen te gaan behandelen maar deze patiënten actief te volgen. Dan wordt regelmatig gecontroleerd of de prostaatkanker groeit. Zolang de kanker niet groeit, is geen behandeling nodig en worden de negatieve effecten van een behandeling die niet nodig is, voorkomen. Doel van deze indicator is het voorkomen van zogenaamde 'overbehandeling'.
Relevantie en toepasbaarheid	
Type indicator	Uitkomst
Achtergrond van de indicator	Gezien de nadelige effecten van behandeling verdient volgens de richtlijn bij patiënten met laag risico prostaatkanker een beleid van actief volgen de voorkeur en dient directe behandeling uitgesteld te worden. Het doel van deze indicator is het tegengaan van overbehandeling. De WOU (werkgroep oncologische urologie van de NVU) geeft aan dat de signalerende norm maximaal 30% zou moeten zijn. De 10% uitbijters zullen kritisch worden geanalyseerd.
Doel van het meten en publiceren	
Transparantie	verplicht
Datatype	4a: ja/nee 4b: Percentage
Vraag 4a	Beschikt uw instelling over de benodigde gegevens (iPSA, Gleason-score en cT-stadium) om deze indicator te berekenen?
Teller 4b	Het aantal patiënten met cT1-cT2, ISUP 1, PSA <10 ng/mL behandeld met radiotherapie of radicale prostatectomie of systemische therapie of focale therapie. <i>Selecteer alle patiënten die diagnose laag risico prostaatkanker hebben gekregen en binnen 12 maanden na diagnose behandeld zijn met radiotherapie of radicale prostatectomie of systemische therapie of focale therapie.</i>
Noemer 4b	Totaal aantal patiënten met cT1-cT2, ISUP 1, PSA <10 ng/mL.
Antwoordopties	4a: ja/nee. Zo ja, ga verder naar vraag 4b. 4b: percentage (teller/noemer)
Definitie	Patiënten met laag risico prostaatkanker en actieve behandeling binnen 12 maanden na diagnose. Laag risico prostaatkanker zijn alle patiënten met cT1-cT2, ISUP 1, PSA <10 ng/mL. Laag risico prostaatkanker zijn alle patiënten met cT1-cT2, ISUP 1, PSA <10 ng/mL./mL.

Veldnaam	Inhoud
Aggregatieniveau	concernniveau met verwijzende opmerkingen bij iedere locatie
In-/exclusiecriteria populatie	Exclusie: patiënten met onbekende PSA, ISUP score en/of cT stadium. Patiënten met prostaatkanker als toevalsbevinding bij cystoprostatectomie.
Rekenregels en casemixcorrecties	Rekenregel: zie Teller/noemer.
Databron (registratie)	DPA Ziekenhuisregistratie/EPD (indien nog niet aangesloten bij DPA)
Norm	De WOU (werkgroep oncologische urologie van de NVU) geeft aan dat de signalerende norm maximaal 30% zou moeten zijn. De 10% uitbijters zullen kritisch worden geanalyseerd.
Meetperiode	01-07-2026 t/m 30-06-2027
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2023

Indicator 5 - Indicatorvelden, rekenregels en definities

Veldnaam	Inhoud
Indicatornaam	<i>Indicator 5 – Patiënten met preoperatief vastgesteld laag-risico prostaatkanker</i>
Indicatornummer	5
Operationalisatie	Het percentage patiënten dat een radicale prostatectomie ondergaat en een pre-operatief vastgesteld laag-risico heeft volgens de EAU-classificatie (cT1-cT2 (op basis van rectaal toucher), ISUP 1, PSA <10ng/mL).
Informatie voor cliënten	Voor patiënten met laag-risico prostaatkanker is een radicale prostatectomie meestal niet geïndiceerd. Bij deze groep heeft een beleid van actief volgen ('active surveillance') voorkeur.
Relevantie en toepasbaarheid	Effectiviteit, doelmatigheid
Type indicator	Structuur
Achtergrond van de indicator	De EAU-classificatie maakt onderscheid tussen laag-, intermediair- en hoog-risico prostaatkanker. Volgens de richtlijn is actieve behandeling bij laag-risico vaak niet geïndiceerd. Het monitoren van de proportie laag-risico patiënten bij diagnose is belangrijk voor het signaleren van mogelijke overbehandeling. Onjuiste indicatiestelling voor radicale prostatectomie heeft mogelijk invloed op de functionele uitkomsten van de radicale prostatectomie.
Doel van het meten en publiceren	Signaleren van mogelijke overbehandeling middels radicale prostatectomie bij laag-risico prostaatkanker.
Transparantie	Verplicht
Datatype	Percentage
Teller 5	Aantal patiënten dat een radicale prostatectomie heeft ondergaan en preoperatief een laag-risico had volgens de EAU-definitie (cT1-cT2 (op basis van rectaal toucher), ISUP 1, PSA <10ng/mL).
Noemer 5	Totaal aantal patiënten dat een radicale prostatectomie heeft ondergaan.
Antwoordopties	Eén antwoord mogelijk
Definitie	laag-risico categorie prostaatcarcinoom volgens de EAU-classificatie: cT1-cT2 (op basis van rectaal toucher), ISUP 1, PSA <10ng/mL). Radical prostatectomieën: 1) Radical prostatectomie of 2) Radical prostatectomie + lymfeklier dissectie
Aggregatieniveau	Concernniveau met verwijzende opmerkingen bij iedere locatie
In-/exclusiecriteria populatie	Inclusie: radicale prostatectomie (incl. na active surveillance). Exclusie: patiënten met onbekend cT stadium, ISUP score of PSA. Exclusie: salvage prostatectomie
Rekenregels en casemixcorrecties	Rekenregel: zie teller/noemer. Er is geen casemixcorrectie noodzakelijk bij deze indicator.
Databron (registratie)	DPA PALGA Ziekenhuisregistratie/EPD (indien nog niet aangesloten bij DPA)
Norm	n.v.t.
Meetperiode	01-07-2026 t/m 30-06-2027

Veldnaam	Inhoud
Aanleverfrequentie	1 keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2027

Indicator 6 - Indicatorvelden, rekenregels en definities

Veldnaam	Inhoud
Indicatornaam	<i>Indicator 6 – Persistent PSA</i>
Indicatornummer	6
Operationalisatie	Het percentage patiënten met PSA $\geq$ 0.1 ng/ml 4-8 weken na radicale prostatectomie
Informatie voor cliënten	Het PSA moet na verwijdering van de prostaat dalen tot een onmeetbare waarde. Als dat niet gebeurt, kan dat wijzen op tumorresidu in het operatiegebied (irradicale resectie) of metastasen op afstand (onjuiste indicatie).
Relevantie en toepasbaarheid	Effectiviteit
Type indicator	Uitkomst
Achtergrond van de indicator	PSA-persistentie kan duiden op incomplete resectie of onjuiste indicatiestelling.
Doel van het meten en publiceren	Kwaliteitsbewaking postoperatief.
Transparantie	Verplicht
Datatype	Percentage
Teller 6	Aantal patiënten met PSA $\geq$ 0.1 ng/ml 4-8 weken na radicale prostatectomie
Noemer 6	Totaal aantal patiënten dat een radicale prostatectomie heeft ondergaan
Antwoordopties	Eén antwoord mogelijk
Definitie	Persistent PSA na radicale prostatectomie. Radical prostatectomieën: 1) Radical prostatectomie of 2) Radical prostatectomie + lymfeklier dissectie
Aggregatieniveau	concernniveau met verwijzende opmerkingen bij iedere locatie
In-/exclusiecriteria populatie	Inclusie: radicale prostatectomie (incl. na active surveillance). Exclusie: salvage prostatectomie
Rekenregels en casemixcorrecties	Rekenregel: zie teller/noemer. Er is nog geen casemixcorrectie toegepast bij deze indicator.
Databron (registratie)	DPA Ziekenhuisregistratie/EPD (indien nog niet aangesloten bij DPA)
Norm	n.v.t.
Meetperiode	01-07-2026 t/m 30-06-2027
Aanleverfrequentie	1 keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2027

Indicator 7 - Indicatorvelden, rekenregels en definities

Veldnaam	Inhoud
Indicatornaam	<i>Indicator 7 – Incontinentie PROMs</i>
Indicatornummer	7
Operationalisatie	Het percentage patiënten dat 12 maanden na radicale prostatectomie continent is (≤ 1 stuks opvangmateriaal/dag).
Informatie voor cliënten	Urine-incontinentie kan een blijvend gevolg zijn van een radicale prostatectomie. Voor veel patiënten is de kans op incontinentie een belangrijke uitkomst van de behandeling. Deze indicator laat zien welk percentage patiënten na 12 maanden continent is volgens de internationaal gangbare definitie.
Relevantie en toepasbaarheid	Patiëntgerichtheid, effectiviteit, kwaliteit van leven.
Type indicator	Uitkomst
Achtergrond van de indicator	Urine-incontinentie is een veel voorkomende functionele bijwerking na radicale prostatectomie.
Doel van het meten en publiceren	Transparantie, kwaliteitsverbetering en betere informatievoorziening richting patiënten.
Transparantie	Verplicht
Datatype	Percentage
Teller 7	Aantal patiënten dat 12 maanden na radicale prostatectomie continent is. <i>Selecteer alle patiënten die in de periode 01-07-2025 t/m 30-06-2026 een prostatectomie hebben ondergaan en die na 12 maanden een 'PROM vragenlijst na 12 maanden' vraag 3 hebben beantwoord met '≤ 1 stuks opvangmateriaal/dag'.</i>
Noemer 7	Totaal aantal patiënten dat een radicale prostatectomie heeft ondergaan en de PROMs vragenlijst heeft ingevuld. <i>Selecteer alle patiënten die in de periode 01-07-2025 t/m 30-06-2026 een prostatectomie hebben ondergaan en die na 12 maanden een 'PROM vragenlijst na 12 maanden' hebben ingevuld.</i>
Antwoordopties	Eén antwoord mogelijk
Definitie	Continent: EPIC26 vraag 3 antwoord ' ≤ 1 stuks opvangmateriaal/dag' Incontinent: EPIC26 vraag 3 antwoord anders dan ' ≤ 1 stuks opvangmateriaal/dag' Baseline: antwoord EPIC26 vraag 3 voor de radicale prostatectomie Radical prostatectomieën: 1) Radical prostatectomie of 2) Radical prostatectomie + lymfeklier dissectie
Aggregatieniveau	concernniveau met verwijzende opmerkingen bij iedere locatie
In-/exclusiecriteria populatie	Inclusie: radicale prostatectomie (incl. na active surveillance). Exclusie: patiënten zonder baseline PROM-data en patiënten die voor de ingreep al continenceproblemen hadden (> 1 stuks opvangmateriaal/dag) Exclusie: salvage prostatectomie
Rekenregels en casemixcorrecties	Rekenregel: zie teller/noemer. Er is nog geen casemixcorrectie toegepast bij deze indicator.
Databron (registratie)	DPA PROMs

Veldnaam	Inhoud
	Ziekenhuisregistratie/EPD (indien nog niet aangesloten bij DPA)
Norm	n.v.t.
Meetperiode	01-07-2026 t/m 30-06-2027
Aanleverfrequentie	1 keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2027

5. Wijzigingstabel

Wijzigingstabel ten opzichte van de gids van verslagjaar 2026

Nieuw of gewijzigd in indicatorenset

Indicatornummer (deze gids)	Type wijziging	Toelichting wijziging
2	☐ Indicator is nieuw. ☐ Indicatornummer is gewijzigd ten opzichte van de gids van vorig verslagjaar. ☐ In de indicator zijn ter verduidelijking tekstuele wijzigingen doorgevoerd. De berekening wijzigt niet ten opzichte van het vorig verslagjaar. ☒ In de indicator zijn wijzigingen doorgevoerd die impact hebben op de berekening of definitie. Hierdoor kan de data niet meer vergeleken worden met de data van het vorige verslagjaar. Een nieuwe INID-code wordt hiervoor aangemaakt.	Indicator veranderd van 30 dagen complicaties naar 90 dagen complicaties.
3	☐ Indicator is nieuw. ☐ Indicatornummer is gewijzigd ten opzichte van de gids van vorig verslagjaar. ☐ In de indicator zijn ter verduidelijking tekstuele wijzigingen doorgevoerd. De berekening wijzigt niet ten opzichte van het vorig verslagjaar. ☒ In de indicator zijn wijzigingen doorgevoerd die impact hebben op de berekening of definitie. Hierdoor kan de data niet meer vergeleken worden met de data van het vorige verslagjaar. Een nieuwe INID-code wordt hiervoor aangemaakt.	Teller 3c: Meetperiode aangepast
4	☐ Indicator is nieuw. ☒ Indicatornummer is gewijzigd ten opzichte van de gids van vorig verslagjaar. ☒ In de indicator zijn ter verduidelijking tekstuele wijzigingen doorgevoerd. De berekening wijzigt niet ten opzichte van het vorig verslagjaar.	Was nummer 5 in de vorige gids. De operationalisatie is aangepast: dit betreft uitsluitend een verduidelijking van de formulering en het gebruik van andere terminologie om de indicator

Indicatornummer (deze gids)	Type wijziging	Toelichting wijziging
	☐ In de indicator zijn wijzigingen doorgevoerd die impact hebben op de berekening of definitie. Hierdoor kan de data niet meer vergeleken worden met de data van het vorige verslagjaar. Een nieuwe INID-code wordt hiervoor aangemaakt.	beter leesbaar te maken. Er is geen impact op de inhoud.
5,6,7	x Indicator is nieuw. ☐ Indicatornummer is gewijzigd ten opzichte van de gids van vorig verslagjaar. ☐ In de indicator zijn ter verduidelijking tekstuele wijzigingen doorgevoerd. De berekening wijzigt niet ten opzichte van het vorig verslagjaar. ☐ In de indicator zijn wijzigingen doorgevoerd die impact hebben op de berekening of definitie. Hierdoor kan de data niet meer vergeleken worden met de data van het vorige verslagjaar. Een nieuwe INID-code wordt hiervoor aangemaakt.	Indicatoren 5, 6 en 7 zijn nieuw
1,2,3,4,5,6,7	☐ Indicator is nieuw. ☐ Indicatornummer is gewijzigd ten opzichte van de gids van vorig verslagjaar. x In de indicator zijn ter verduidelijking tekstuele wijzigingen doorgevoerd. De berekening wijzigt niet ten opzichte van het vorig verslagjaar. ☐ In de indicator zijn wijzigingen doorgevoerd die impact hebben op de berekening of definitie. Hierdoor kan de data niet meer vergeleken worden met de data van het vorige verslagjaar. Een nieuwe INID-code wordt hiervoor aangemaakt.	De formulering van de inclusiecriteria onder 2.2 is gewijzigd van: " <i>De inclusiecriteria voor de registratie omvatten gevallen van lokaal prostaatkanker dat niet is gemetastaseerd (TNM: T1-4, N0/N1/NX, M0).</i> " Naar: " Alle patiënten met niet-gemetastaseerd lokaal prostaatcarcinoom (TNM: T1-4, N0/N1/NX, M0) die in het betreffende kalenderjaar nieuw zijn gediagnosticeerd of zijn gestart met een actieve behandeling. "

Verwijderd uit indicatorenset

Indicatornummer (vorig verslagjaar)	Type wijziging	Toelichting wijziging
4	Indicator wordt niet meer uitgevraagd.	

6 Bijlage: toelichting op informatie per indicator

Toelichting indicatorvelden, rekenregels en definities

Term	Toelichting
Operationalisatie	De indicator in één korte zin omschreven. Let op: vermeld duidelijk de eenheid van de indicator in deze zin. Bijvoorbeeld: 'wachtijd in dagen'.
Informatie voor cliënten	Het belang van en de betekenis van de indicator wordt hier kort zonder vaktermen verwoord. Een indicator is een meetbaar onderdeel van de zorg wat iets kan zeggen over de kwaliteit van zorg. In de informatie van cliënten wordt beknopt omschreven wat de indicator betekent en hoe deze geïnterpreteerd moet worden ('lager is beter', 'een instelling moet onder de norm van X scoren').
Relevantie en toepasbaarheid	Geef aan waarom de indicator relevant is en voor wie.
Type indicator	- Uitkomst - Proces - Structuur
Achtergrond van de indicator	Op basis waarvan is de indicator opgesteld? Verwijs naar een richtlijn/standaard, of een internationale indicatorset waarin de indicator ook is opgenomen. Dit vergroot de validiteit van de indicator: zegt deze indicator echt iets over kwaliteit van zorg?
Doel van het meten en publiceren	Beschrijf wat beoogd wordt met het meten en publiceren. Geef aan voor welke fase in het zorgproces de indicator relevant is; eventueel voor welke type zorginstelling. Geef ook aan – waar van toepassing – in welke situatie de indicator niet langer relevant is.
Transparantie	- verplicht (publicatie in Openbare Database van Zorginstituut Nederland) - vrijwillig (geen openbare publicatie. Doorlevering alleen naar patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en zorgaanbieders)
Datatype	Het datatype dat moet worden aangeleverd: - tekst (vrije tekst of een keuze uit een lijst in de indicatorgids) - ja/nee - aantal (een geheel getal) - getal - percentage (een getal tussen 0 en 100. Teller/noemer *100)
Teller(s)	Het getal boven de streep van een breuk. De teller is altijd een deelverzameling van de noemer. Om lange formuleringen te vermijden, is de volledige omschrijving van de deelverzameling niet altijd herhaald in de teller.
Noemer	Het getal onder de streep van een breuk. Nauwkeurige beschrijving van de cliëntenpopulatie. Indien er sprake van een structuurindicator is, dan is noemer niet van toepassing.
Vraag	Wanneer er een vraag wordt gesteld over de organisatie

Term	Toelichting
	van de zorg (vaak een klantpreferentievraag), dan kan de vraag aan de instelling hier geplaatst worden. De operationalisatie is dan hoe de indicator wordt gepubliceerd. Bijvoorbeeld: Vraag: "Op welke manier kunnen patiënten na de operatie contact opnemen bij vragen?" Operationalisatie: "Aangeboden manieren post-operatief contact"
Antwoordopties	Bij vragen is het belangrijk aan te geven of er slechts één antwoord mogelijk is of meerdere antwoorden mogelijk zijn. Daarnaast moeten de antwoordopties vermeld worden.
Definitie	Indien in de indicator termen worden gebruikt die enige toelichting nodig hebben, zodat betrouwbaar kan worden geregistreerd, dan wordt een definitie gegeven.
Aggregatieniveau	Het niveau waarop de indicatoren worden aangeleverd; in beginsel worden alle indicatoren op locatieniveau aangeleverd. In de uitgangspunten in de indicatorgids wordt voor de hele set aangegeven hoe hier mee om wordt gegaan. Per indicator kunnen specifieke aanwijzingen worden gegeven, bijvoorbeeld voor proces- en uitkomstindicatoren afkomstig uit kwaliteitsregistraties op concernniveau.
In-/exclusiecriteria populatie	Een duidelijke definiëring van de cliëntenpopulatie vertaalt zich uiteindelijk in duidelijke in- en exclusiecriteria. Daarnaast kunnen exclusiecriteria gebruikt worden om vergelijkbaarheid te vergroten. Bijvoorbeeld als bepaalde cliëntengroepen niet gelijk over instellingen zijn verdeeld.
Rekenregels en casemixcorrecties	Rekenregels voor het berekenen van de indicatorwaarde. Wanneer het relevant is voor een indicator kunnen cliëntkenmerken gebruikt worden voor het corrigeren van de indicatorwaarde. Hier moet worden aangegeven of er een casemixcorrectie plaatsvindt en op welke variabelen.
Databron (registratie)	De te gebruiken bron voor het berekenen van de indicatorwaarde. Bijvoorbeeld: LROI, NKR, DLCA-R, EPD, Zorgkaart Nederland
Norm	Als de indicator een norm kent, wordt deze hier in de indicatorgids vermeld. Ook de bron van de norm wordt vermeld.
Meetperiode	De meetperiode is de periode waarin de metingen worden gedaan. Dit is standaard het hele kalenderjaar (01-01 t/m 31-12), maar hier kan van worden afgeweken. Bij follow-upmetingen moet een expliciete keuze worden gemaakt: een meting drie maanden post-operatief binnen het verslagjaar betekent dat de operatie ook in de laatste drie maanden van het voorgaande jaar kan zijn uitgevoerd. Soms wordt er een peildatum gebruikt in plaats van een meetperiode (vaak bij structuurindicatoren). De peildatum ligt dan vaak op 01-03 van het jaar ná het verslagjaar.
Aanleverfrequentie	De frequentie waarmee de indicatoren aangeleverd worden. Afspraken over de frequentie worden landelijk gemaakt. Dit is momenteel één keer per jaar.

Term	Toelichting
Eerste aanleverdatum	Geef aan op welke datum deze versie van de indicator bij het Zorginstituut moet worden aangeleverd. Deze datum wordt opgenomen op de Transparantiekalender.