

ZORG VOOR UITKOMST



UITKOMSTINDICATOREN
BEHANDELING KANKER RESULTATEN
SANTEON
ZIEKENHUIZEN



EDITIE

2016

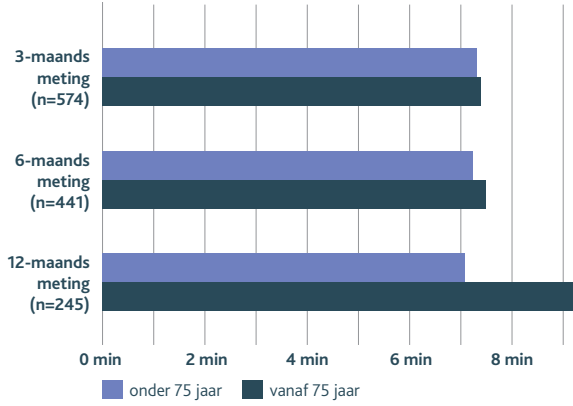
‘SANTEON
DID EXCELLENT
WORK IN
COLLECTING
THIS DATA;
VERY NICE DATA
TO DISCUSS WITH
PHYSICIANS TO
IMPROVE CARE
DELIVERY AND
OUTCOMES’

PROF. HARRY GROEN

7	VOORWOORD STEEDS MEER WAARDE TOEVOEGEN VOOR DE PATIËNT
8	HOOFDSTUK 1 INLEIDING – VERBETERING VAN ZORGKwalITEIT
10	HOOFDSTUK 2 RESULTATEN UITKOMSTINDICATOREN – HET DERDE JAAR VAN ZORG VOOR UITKOMST, MET OPNIEUW RELEVANTE INZICHTEN
13	HOOFDSTUK 3 – LONGKANKER
14	INTERVIEW MET FRANZ SCHRAMEL, LONGARTS
17	OVERZICHT GERAPPORTEERDE UITKOMSTINDICATOREN
18	KARAKTERISTIEKEN POPULATIE PATIËNTEN
20	UITKOMSTEN
25	HOOFDSTUK 4 – PROSTAATKANKER
26	INTERVIEW MET KEES VAN DEN BERG, VOORZITTER PROSTAATKANKERSTICHTING
29	OVERZICHT GERAPPORTEERDE UITKOMSTINDICATOREN
30	KARAKTERISTIEKEN POPULATIE PATIËNTEN
33	UITKOMSTEN
39	HOOFDSTUK 5 – BORSTKANKER
40	INTERVIEW MET BORSTKANKERCHIRURGEN YVONNE VAN RIET EN HILLE WITJES
43	OVERZICHT GERAPPORTEERDE UITKOMSTINDICATOREN
44	KARAKTERISTIEKEN POPULATIE PATIËNTEN
48	UITKOMSTEN
51	HOOFDSTUK 6 – DARMKANKER
52	INTERVIEW MET HARM RUTTEN, CHIRURG ONCOLOOG
55	OVERZICHT GERAPPORTEERDE UITKOMSTINDICATOREN
56	KARAKTERISTIEKEN POPULATIE PATIËNTEN
61	UITKOMSTEN
63	BIJLAGEN
64	BIJLAGE 1 – ORGANISATIE
67	BIJLAGE 2 – METHODIEK VBHC
71	BIJLAGE 3 – DATAMANAGEMENT EN RAPPORTAGE
77	BIJLAGE 4 – AFKORTINGEN EN DEFINITIES
82	COLOFON

3.3 UITKOMSTEN

FIGUUR 17 Mediane invultijd PROMs in minuten, opgesplitst naar leeftijd



Uit **FIGUUR 17** blijkt dat de mediane invultijd per meetmoment langer is bij oudere patiënten, vooral op latere meetmomenten. Dit is ook een aanwijzing dat het voor oudere patiënten een grotere opgave is om de vragenlijst in te vullen dan voor jongere patiënten.



Henk is patiënt in het MST

'Mijn uroloog besprak de uitslagen van alle onderzoeken in het multidisciplinair overleg (MDO). Dat gaf mij veel vertrouwen. Besloten werd dat het verstandig was om de prostaat te verwijderen. Ik heb gekozen voor een robotoperatie, omdat je dan sneller van de operatie herstelt. Dat kon toen nog niet in mijn eigen ziekenhuis; ik ben voor deze operatie naar het CWZ gegaan.'

HOOFDSTUK 4 PROSTAATKANKER

EEN INTERVIEW MET
KEES VAN DEN BERG,
VOORZITTER BIJ DE
PROSTAATKANKERSTICHTING (PKS)

Het gaat ons om één ding: de beste zorg voor elke patiënt

Kees van den Berg heeft als voorzitter van de ProstaatKankerStichting (PKS) contact met Santeon en de Santeon ziekenhuizen. De patiëntenorganisatie komt op voor het belang van patiënten met prostaatkanker en hun naasten. Alle bestuursleden zijn ervaringsdeskundigen en weten dus als geen ander waar verbeteringen mogelijk zijn in de Nederlandse prostaatkankertzorg.

Van den Berg: 'PKS heeft de taak om het belang van prostaatkankerpatiënten te vertegenwoordigen en vanuit ervaringsdeskundigheid bij te dragen aan verbetering van de kwaliteit van prostaatkankertzorg. Deze uitwisseling tussen patiënten en professionals is een belangrijke voorwaarde voor kwaliteit van zorg. Een ziekenhuisgroep als Santeon, waar die samenwerking hoog in het vaandel staat, waarderen we zeer. Wij denken graag met Santeon mee over wat zij als ziekenhuisgroep kunnen betekenen voor kwaliteitsverbetering. Dit doen wij bijvoorbeeld in verbeterteams in de ziekenhuizen bij het Santeon programma Zorg voor Verbetering. Ook is PKS betrokken bij het initiatief van de Santeon ziekenhuizen om toe te werken naar concentratie van prostaatkankertzorg.

SAMENWERKING

Wij juichen het toe dat die samenwerking versterkt wordt met de academische ziekenhuizen en met de huisartsen. Samenwerking in de zorg vindt idealiter plaats in die hele keten van zorgverleners. En laat ik

de knuppel maar in het hoenderhok gooien: uit het hele land krijgen we signalen dat de patiënt soms toch minder centraal staat dan is beloofd. Verschillende factoren lijken een rol te spelen in het bepalen van zorgtrajecten. Patiënten worden bijvoorbeeld niet doorverwezen als ze elders beter af zouden kunnen zijn. Wij geloven bij PKS in concentratie van zorg, ervan uitgaande dat een patiënt in deze centra dan kan rekenen op de beste kwaliteit. Er zitten nog allerlei haken en ogen aan en dat moet ook goed bekeken worden. Het feit is dat je als patiënt met een levensbedreigende ziekte, waar na behandeling ook vervelende complicaties op kunnen treden, vanzelfsprekend de beste behandeling verdient. Een poll op de PKS website met de vraag over 'bereidheid te reizen voor behandeling' laat met een respons van 179 stemmen zien dat 93% (166 stemmen) bereid is om te reizen voor de beste behandeling.

SPEERPUNTEN

De PKS heeft enkele speerpunten. Daar maken we ons hard voor en brengen deze onder de aandacht bij >



'Gebruik de metingen om de zorg verder te verbeteren. Bij Santeon, maar het liefst in heel Nederland zodat elke patiënt de beste zorg kan krijgen.'



> ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Onze speerpunten zijn 1) goede diagnostiek voor iedereen - een MRI is een must! -, 2) bij voorkeur behandeling op enkele geconcentreerde locaties waar alle behandel mogelijkheden voorhanden zijn, 3) in het behandeladvies de beste behandeloptie voor de betreffende patiënt beschrijven, los van of dat in het eigen ziekenhuis geboden wordt, 4) transparantie over diagnostiek en behandelresultaten in de verschillende ziekenhuizen en tot slot 5) er moet meer aandacht zijn voor de nazorg.

Naar onze mening zijn er nog te grote verschillen tussen ziekenhuizen. Regionale ziekenhuizen hebben in het algemeen minder mogelijkheden, zowel voor diagnose als behandeling. Daarom hechten we zoveel waarde aan goede voorlichting. Want de assertieve patiënten vinden hun weg wel, maar het gaat om die patiënten die misschien wat minder assertief en onderzoekend zijn. Hier ligt ook een rol voor de ziekenhuizen, bijvoorbeeld in het stimuleren van lotgenotencontact. Wij proberen hier als stichting een gids te zijn door het aanbieden van onafhankelijke informatie. Zo brengen we met de Patiëntenwijzer prostaatkanker het zorgaanbod van de ziekenhuizen in beeld voor patiënten. Dit maakt het mogelijk dat patiënten bewuste keuzes maken. Die voorlichting aan patiënten over hun opties en

waar ze terecht kunnen is essentieel. Er geldt een richtlijn voor de behandeling van prostaatkanker, maar dan nog kan het behandeladvies erg verschillen tussen twee ziekenhuizen. En wat is dan het beste? Als patiënt is dat moeilijk te beoordelen. Dat betekent dat gekeken moet worden hoe je patiënten kunt informeren, liefst in Jip-en-Janneketaal. Een keuzehulp (die je samen met een arts of verpleegkundige invult) en duidelijke infographics met behandeluitkomsten kunnen hierbij helpen. Zeker als je de uitkomsten onderling kunt vergelijken en als je resultaten van ziekenhuizen af kunt zetten tegen de cijfers van heel Nederland. Ik hoor vaak dat vergelijking niet mogelijk is omdat de meetmethoden verschillen. Het is heel mooi dat dit bij Santeon wel geüniformeerd is zodat deze ziekenhuizen in ieder geval onderling kunnen vergelijken.

Als ik de uitkomsten in het Santeon Uitkomstenboek bekijk, dan worden de goede dingen gemeten. De overleving, maar ook de mogelijke complicaties na operatie of bestraling: incontinentie of erectiestoornissen. Met name dat laatste kan een heel grote invloed hebben op je kwaliteit van leven. Dus mijn oproep aan Santeon: ga door met meten en die resultaten inzichtelijk maken voor patiënten. Maar vooral: gebruik die metingen om de zorg verder te verbeteren. Bij Santeon, maar het liefst in heel Nederland zodat elke patiënt de beste zorg kan krijgen.'

Overzicht gerapporteerde uitkomstindicatoren prostaatkanker

OVERZICHT INDICATOREN

(LANGETERMIJN)OVERLEVING

BEHANDELRESULTAAT NA RADICALE PROSTATECTOMIE
- PERCENTAGE POSITIEVE SNIJVLAKKEN
- PERCENTAGE PSA>0,1 NG/ML DRIE MAANDEN NA PROSTATECTOMIE

COMPLICATIES NA RADICALE PROSTATECTOMIE

BIJWERKINGEN NA BESTRALING OF HORMOONTHERAPIE

BESCHRIJVING INDICATOREN (LANGETERMIJN)OVERLEVING

De overleving is per patiënt vastgelegd door het combineren van de diagnosedatum en de datum van overlijden. Indien de patiënt nog in leven is, is de laatst bekende datum van leven genomen. De rapportage in dit hoofdstuk betreft de ongecorrigeerde overleving in de vorm van Kaplan-Meier-curves en voor patiëntkenmerken-gecorrigeerde uitkomsten in de vorm van hazard rate ratios (HRRs). Voor details, zie de bijlage datamanagement en rapportage. De overleving geeft een indicatie van de totale kwaliteit van de zorgketen.

BEHANDELRESULTAAT NA RADICALE PROSTATECTOMIE

Dit betreft het percentage patiënten met positieve snijvlakken (R1 of R2) na radicale prostatectomie, het percentage patiënten met een PSA hoger dan 0,1 ng/ml drie maanden na radicale prostatectomie. De uitkomsten worden uitgedrukt in ongecorrigeerde percentages, en voor patiëntkenmerken-gecorrigeerde uitkomsten in de vorm van odds-ratios (ORs). Het behandelresultaat na radicale

prostatectomie geeft een indicatie van de kwaliteit van de diagnostiek en van de chirurgische ingreep.

COMPLICATIES NA RADICALE PROSTATECTOMIE

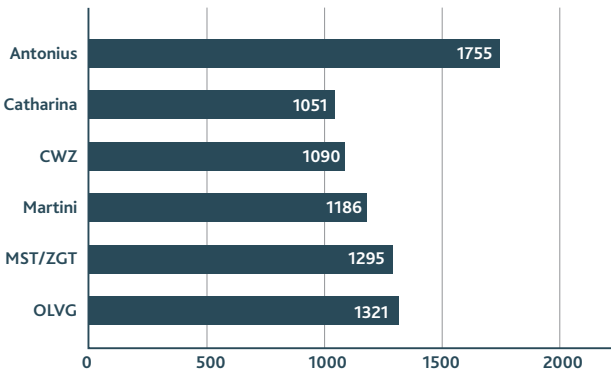
De gerapporteerde complicaties betreffen Clavien-Dindo graad 3 (herbehandeling noodzakelijk), graad 4 (levensbedreigend) en graad 5 (overlijden). Zie ook de bijlage afkortingen en definities. Iedere indicator betreft het aantal patiënten met één of meerdere complicaties, gedeeld door het totale aantal patiënten dat een radicale prostatectomie heeft ondergaan. De uitkomsten worden uitgedrukt in ongecorrigeerde percentages en als gecorrigeerde ORs. Voorbeelden van complicaties na radicale prostatectomie zijn: letsels door de operatie, vesico-urethrale naadlekage (lekkage tussen blaas en plasbuis), en anastomotische vernauwing van de blaashals. De complicaties na radicale prostatectomie geven een indicatie over aspecten van het chirurgisch handelen (zorgvuldigheid en kundigheid) en van de kwaliteit van de nazorg.

BIJWERKINGEN NA BESTRALING OF HORMOONTHERAPIE

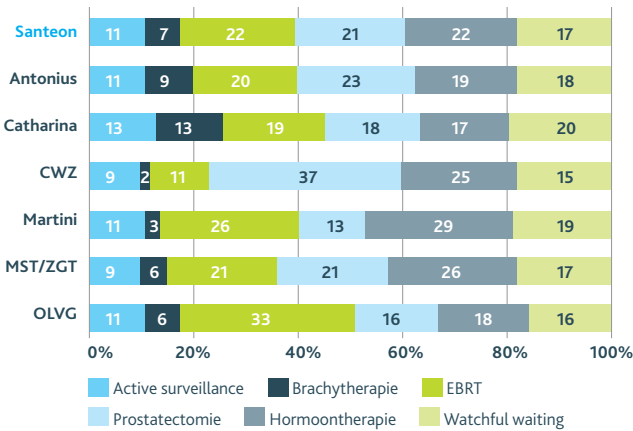
De gerapporteerde bijwerkingen betreffen CTCAE graad 3 (ziekenhuisopname of verlengde ziekenhuisopname nodig), graad 4 (levensbedreigend) en graad 5 (overlijden). Bijwerkingen na inwendige of uitwendige bestraling betreft het aantal patiënten met één of meerdere bijwerkingen binnen een half jaar na inwendige of uitwendige bestraling, gedeeld door het totale aantal inwendig of uitwendig bestraalde prostaatkankerpatiënten. Bijwerkingen na hormoontherapie betreft het aantal patiënten met één of meerdere bijwerkingen binnen een jaar na hormoontherapie, gedeeld door het totale aantal prostaatkankerpatiënten met hormoontherapie. Voorbeelden van bijwerkingen zijn: urineretentie, fecale en urine-incontinentie, hematurie en obstructies. De bijwerkingen geven een indicatie van de zorgvuldigheid en de kundigheid waarmee de behandeling is toegediend. De uitkomsten worden mede bepaald door de intensiteit van de straling of de frequentie van de hormoontherapie.

4.2 KARAKTERISTIEKEN POPULATIE PATIËNTEN

FIGUUR 1 Aantal patiënten per ziekenhuis



FIGUUR 2 Verdeling behandelmodaliteiten per ziekenhuis



FIGUUR 3 Aantal patiënten per primaire behandeling per ziekenhuis

	Active surveillance	Brachytherapie	EBRT	Prostatectomie	Hormoontherapie	Watchful waiting
Santeon	809	508	1692	1614	1690	1329
Antonius	195	152	349	397	337	321
Catharina	130	136	202	188	178	203
CWZ	101	22	122	398	270	165
Martini	125	37	310	149	337	220
MST/ZGT	114	78	271	275	338	214
OLVG	144	83	438	207	230	206

De uitkomsten voor prostaatkanker hebben betrekking op patiënten die de diagnose kwaadaardige primaire tumor in de prostaat kregen, in de jaren 2008 tot en met 2014 in één van de Santeon ziekenhuizen. De door andere ziekenhuizen doorverwezen patiënten zijn niet meegenomen in de analyses. Gezien de fusie van de maatschappen urologie uit het MST en ZGT per januari 2014, zijn voor het ZGT patiënten met genoemde diagnose in 2014 geïnccludeerd (n=220) en samengevoegd met de MST-data. Zie de bijlage datamanagement en rapportage.

FIGUUR 1 toont het aantal prostaatkankerpatiënten per ziekenhuis dat geïnccludeerd is in de analyses; dit bedraagt in totaal 7698 over de periode 2008-2014. Ten opzichte van het totale aantal prostaatkankerpatiënten in Nederland over dezelfde periode wordt er zo'n 12,4% gediagnosticeerd in één van de Santeon ziekenhuizen (bron: IKNL).

De patiënten zijn ingedeeld naar primaire behandeling:

- Patiënten die een radicale prostatectomie hebben ondergaan
- Patiënten die met uitwendige bestraling zijn behandeld (EBRT)
- Patiënten die met inwendige bestraling (brachytherapie) zijn behandeld
- Patiënten die met hormoontherapie zijn behandeld
- Patiënten waarbij afwachtend beleid is toegepast. Deze categorie is verder uitgesplitst naar active surveillance en watchful waiting (voor definitie, zie de bijlage afkortingen en definities). Een belangrijk onderscheid tussen deze twee categorieën is dat bij active surveillance-patiënten in opzet curatie mogelijk wordt geacht, in tegenstelling tot watchful waiting.

FIGUUR 2 toont hoe het aantal patiënten verdeeld is over de behandelmodaliteiten per ziekenhuis en Santeonbreed. Deze indeling is gebaseerd op de primaire behandeling van de patiënt. Het verschil in percentages tussen de ziekenhuizen is te verklaren door praktijkvariatie, ofwel de voorkeur van bepaalde behandelingen per ziekenhuis. Niet weergegeven in de figuur zijn de patiënten met een behandeling in de categorie 'overige' (n=34; 0,4%), of 'onbekend' (n=28; 0,4%).

In FIGUUR 3 is het aantal patiënten per primaire behandeling per ziekenhuis en Santeonbreed te zien.

NB: Niet alle behandelingen worden in het ziekenhuis zelf uitgevoerd, maar patiënten kunnen voor een specifieke behandeling zoals brachytherapie of prostatectomie verwezen worden naar

een ander ziekenhuis. Patiënten blijven wel onder controle van het 'eigen' ziekenhuis.

Uitkomsten van zorg worden mede bepaald door patiëntkenmerken op het moment van diagnosestelling. Om ziekenhuizen onderling te vergelijken wordt daarom gecorrigeerd voor patiëntkenmerken die mogelijk invloed hebben op het resultaat. Deze initiële patiëntkenmerken betreffen: de d'Amico-risicoscore, de mate van comorbiditeit, de leeftijd en het tumorstadium (zie de bijlage afkortingen en definities).

FIGUUR 4 toont de d'Amico-risicoscore per ziekenhuis en Santeonbreed. Deze indeling is gebaseerd op de d'Amico-risicoscore bij diagnose. Eén van de onderdelen van de d'Amico-risicoscore is het klinisch tumorstadium.

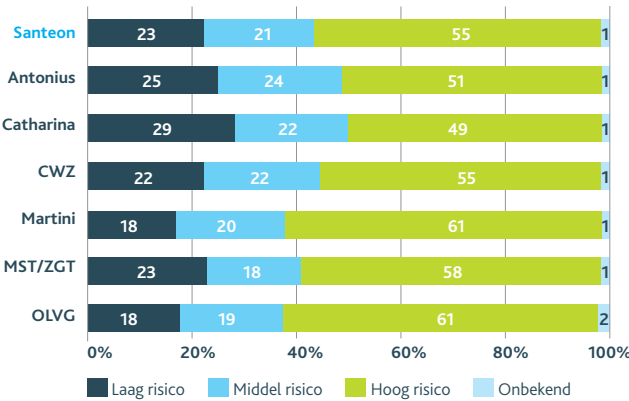
Het klinisch tumorstadium is mogelijk vertroebeld doordat in sommige ziekenhuizen de resultaten van de MRI zijn verwerkt in het klinisch stadium. De MRI geeft doorgaans een hoger klinisch stadium. Hoewel de registratie in de loop der jaren sterk is verbeterd, kan deze vertroebeling een mogelijke verklaring voor de gevonden verschillen tussen de ziekenhuizen in de d'Amico-risicoscore zijn (p<0,001). De populatieverschillen tussen de ziekenhuizen zijn een andere mogelijke verklaring.

FIGUUR 5 toont de Charlson-score per ziekenhuis en Santeonbreed. In totaal heeft 2,0% (n=154) van de patiënten een onbekende Charlson-score.

De leeftijd op moment van diagnose is opgesplitst in drie categorieën: jonger dan 65 jaar, van 65 tot en met 74 jaar en 75 jaar of ouder.

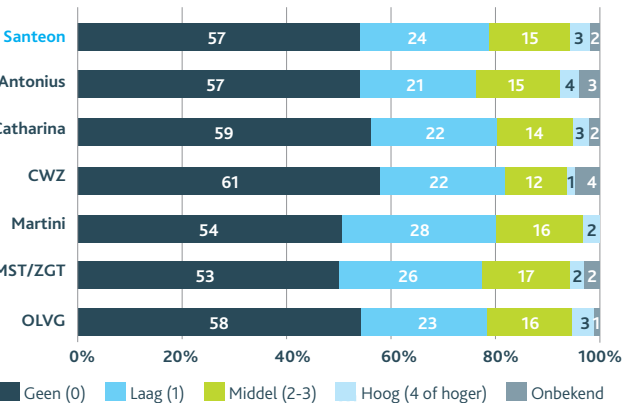
FIGUUR 6 toont de leeftijdsverdeling van de patiënten per ziekenhuis en Santeonbreed.

Verdeling d'Amico-risicoscore



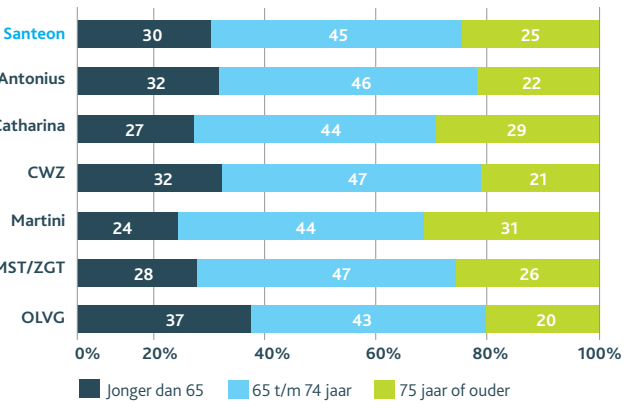
FIGUUR 4

Verdeling Charlson-score



FIGUUR 5

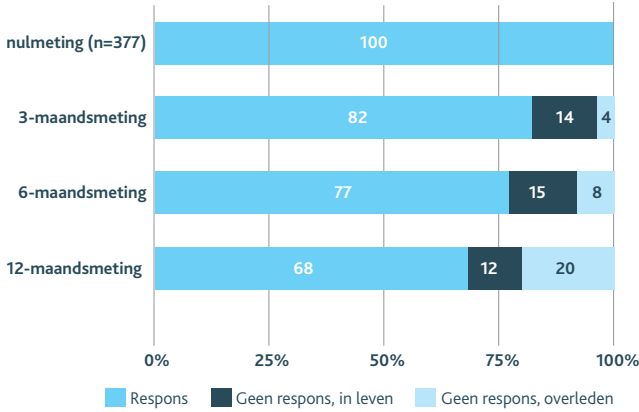
Verdeling leeftijd



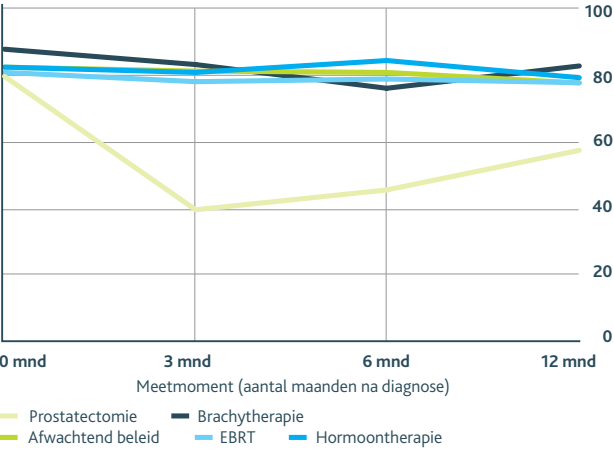
FIGUUR 6

4.3 UITKOMSTEN

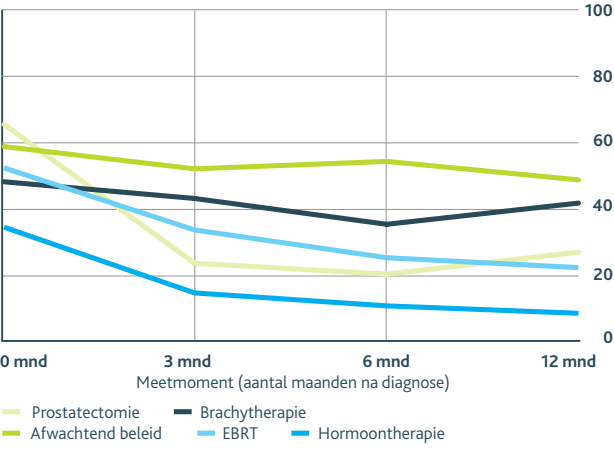
FIGUUR 20 Respons PROMs 3-, 6- en 12-maands-metingen ten opzichte van de nulmeting



FIGUUR 21A PROMs-indicator incontinentie per meting uitgesplitst naar behandeling



FIGUUR 21B PROMs-indicator seksuele gezondheid per meting uitgesplitst naar behandeling



In totaal zijn er 377 nulmetingen ingevuld door patiënten waarvan de vitaliteitsstatus (in leven of overleden, op 31-12-2014) bekend is. **FIGUUR 20** laat de respons ten opzichte van de nulmeting zien op de meetmomenten 3-, 6- en 12-maanden van deze 377 patiënten.

FIGUUR 21A en **21B** laten de uitkomsten van twee indicatoren met betrekking tot kwaliteit van leven zien voor alle patiënten die de PROMs vragenlijst hebben ingevuld in 2013-2016 én waarvan de behandeling bekend is (uit de datacollectie Zorg voor Uitkomst of uit de registratielijst die de coördinator in het ziekenhuis invult). Afwachtend beleid kan niet uitgesplitst worden naar active surveillance en watchful waiting omdat het onderscheid niet te maken is met de beschikbare informatie. Deze patiënten zijn samengevoegd in de categorie afwachtend beleid.

Wat opvalt, is dat de scores van patiënten met een prostatectomie na de nulmeting afnemen en bij de 12-maandsmeting weer stijgen. Patiënten met afwachtend beleid hebben ten opzichte van de andere behandelingen vergelijkbare of betere resultaten. Een verklaring hiervoor is dat er geen ingrijpende behandeling wordt toegepast en vermoedelijk het lagere tumorstadium van deze patiënten.

Bij het uitsplitsen van de resultaten van patiënten met hormoontherapie naar wel of geen metastasen, is er geen verschil te zien in de uitkomsten. Deze conclusie is niet hard te maken omdat de aantallen daarvoor te laag zijn. Voor een betrouwbare uitsplitsing naar stadium gelokaliseerd, lokaal gevorderd en gemetastaseerd of naar wel of niet gemetastaseerd zijn de patiëntengroepen nog te klein. Dit komt onder andere door het deels ontbreken van aanvullende data over patiëntkenmerken en de lage respons.



Marianne is behandeld en geopereerd in het CWZ en inmiddels vrij van borstkanker.

'Nadat mijn arts het slechte nieuws had verteld, kregen mijn man en ik bij de casemanager even tijd om alles te laten bezinken. Het was fijn een vast aanspreekpunt te hebben vanaf dat moment.'

HOOFDSTUK 5

BORSTKANKER

EEN INTERVIEW MET **YVONNE VAN RIET**,
(CATHARINA) RECHTS EN
HILLE WITJES (OLVG) VOLGENDE PAGINA

We willen kritisch blijven kijken, hoe doe ik het en hoe kan ik verder verbeteren?

In 2014 is in het Santeon programma Zorg voor Uitkomst een start gemaakt met analyseren en publiceren van de belangrijkste beschikbare uitkomstindicatoren voor borstkanker. Sindsdien is hard gewerkt aan een relevante en vergelijkbare set uitkomstindicatoren voor borstkanker. Borstkankerchirurgen Yvonne van Riet en Hille Witjes over het belang van Value Based Health Care voor patiënten, het ziekenhuis en henzelf.

WERKBEZOEKEN

Van Riet: 'Zorg voor Uitkomst heeft ons meer gebracht dan alleen analyses van getallen. Het heeft ons – letterlijk – bij elkaar om de tafel gebracht om te discussiëren over bepaalde onderwerpen. De werkbezoeken waarin we bij elkaar 'in de keuken kijken' zijn uniek. Je komt in een andere omgeving, ziet andere werkwijzen en kan echt sfeerproeven. Daardoor lukt het om transparant en open met elkaar te praten over verschillen in de uitkomsten. In de eerste publicatie van de borstkankerdata was de uitkomst van overleving in het Catharina bijvoorbeeld minder goed. Je vraagt je af hoe dat kan, je wordt gedwongen om kritisch naar jezelf te kijken.' **Witjes:** 'Door die werkbezoeken leer je elkaar op een andere manier kennen, waardoor het makkelijker wordt om elkaar dingen te vragen. Yvonne heeft bijvoorbeeld gevraagd hoe de mammapoli in de andere Santeon ziekenhuizen is ingericht omdat ze de mammapoli in Eindhoven verder wil optimaliseren. Er wordt dan gemakkelijk over en

weer informatie uitgewisseld. Dit komt puur door het feit dat je elkaar gezien hebt en weet dat iedereen hetzelfde doel heeft.'

VAN METEN NAAR VERBETEREN

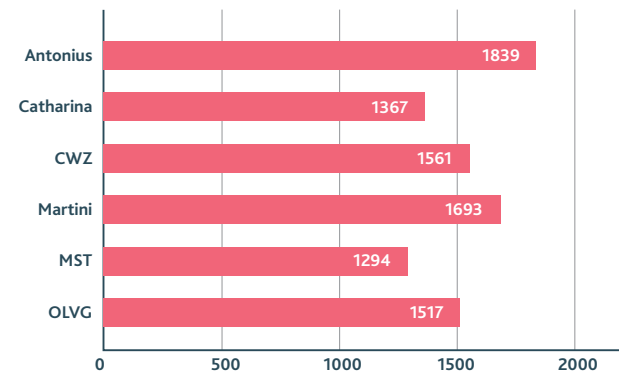
Met de uitkomsten die belangrijk zijn voor de patiënten, gaan de ziekenhuizen aan de slag in Zorg voor Verbetering. **Witjes:** 'Met Zorg voor Verbetering gaan we dieper op de uitkomsten in. We kijken waar verschillen zitten die de moeite waard zijn om nader te onderzoeken om te verbeteren. We vergelijken de uitkomst-, kosten- en procesindicatoren die patiënten belangrijk vinden in een scorecard tussen de zes ziekenhuizen. Wat ik zo bijzonder vind aan Zorg voor Verbetering, is dat in ieder ziekenhuis elke twee maanden het complete borstkankerteam bij elkaar zit, inclusief patiënten. Zij maken deel uit van het team en dragen hun steentje bij. We analyseren de uitkomsten en richten in elk ziekenhuis een verbetercyclus in met verbeterplannen. Iedereen is enthous-

>



5.2 KARAKTERISTIEKEN POPULATIE PATIËNTEN

FIGUUR 1 Aantal primaire tumoren per ziekenhuis

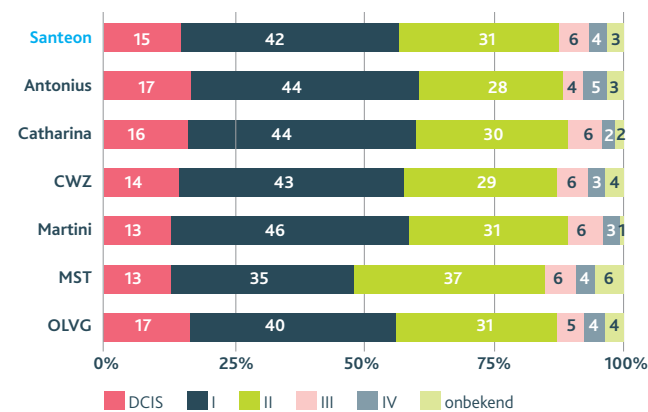


De uitkomsten voor borstkanker hebben betrekking op patiënten die de diagnose kwaadaardige primaire tumor in de borst in de jaren 2011 tot en met 2015 kregen in één van de Santeon ziekenhuizen. De door andere ziekenhuizen doorverwezen patiënten zijn niet meegenomen in de analyses. Voor verdere details zie bijlage datamanagement en rapportage.

FIGUUR 1 toont het aantal borstkankerpatiënten per ziekenhuis dat geïncordeerd is in de analyses. Het totale aantal primaire borstkankertumoren van de Santeon ziekenhuizen bedraagt 9271 over de periode 2011-2015. Dit aantal is afkomstig van 8950 unieke patiënten. Van alle borstkankertumoren in deze periode, wordt 11,1% gediagnosticeerd in een Santeon ziekenhuis (bron: IKNL). Alleen bij de grafieken waarin naar overleving wordt gekeken zijn de analyses gebaseerd op patiëntniveau in plaats van tumorniveau. Gegevens afkomstig van patiënten uit 2012 en 2013 van het St. Antonius en Martini en de patiënten met meer dan één primaire tumor uit het St. Antonius in de periode 2011-2015 zijn alleen meegenomen bij de verdeling van leeftijd (**FIGUUR 2**). Reden hiervoor is dat de retrospectieve datacollectie van deze patiënten niet voltooid is. De analyses voor dit boek zijn dan ook gebaseerd op 7763 tumoren van 7511 patiënten.

De leeftijd van borstkankerpatiënten (**FIGUUR 2**) is opgesplitst in vijf categorieën: 20-35 jaar, 36-50 jaar, 51-70 jaar, 71-80 jaar en ouder dan 80 jaar. Deze indeling is gebaseerd op de leeftijd bij diagnose, en is in de Santeon ziekenhuizen vergelijkbaar met de leeftijdsverdeling van alle overige patiënten met borstkankertumoren in Nederland (bron: IKNL). Er zijn verschillen wat betreft de leeftijdsverdeling tussen de ziekenhuizen ($p < 0.001$). OLVG heeft relatief jongere patiënten en het MST meer oudere patiënten met een primaire borsttumor.

FIGUUR 3 Verdeling klinisch tumorstadium per ziekenhuis



Het klinisch tumorstadium (**FIGUUR 3**) is ingedeeld naar de TNM-classificatie ten tijde van diagnose. In totaal zijn er 274 (3%) tumoren niet ingedeeld naar stadium vanwege ontbrekende gegevens. Bij het IKNL is voor de indeling van het tumorstadium de aanname gemaakt dat een onbekende klierstatus hetzelfde is als een negatieve klierstatus (cN0). Bij Santeon wordt dit bewust niet gedaan omdat blijkt dat de klierstatus vaker onbekend is bij oudere patiënten met meer comorbiditeit. Toch is het percentage met een onbekend tumorstadium vergelijkbaar met de tumoren uit de rest van Nederland (3%, bron: IKNL). Op basis van de IKNL-stadiumindeling is er geen verschil in de verdeling van het klinisch tumorstadium tussen de Santeon ziekenhuizen en de overige ziekenhuizen in Nederland (bron: IKNL).

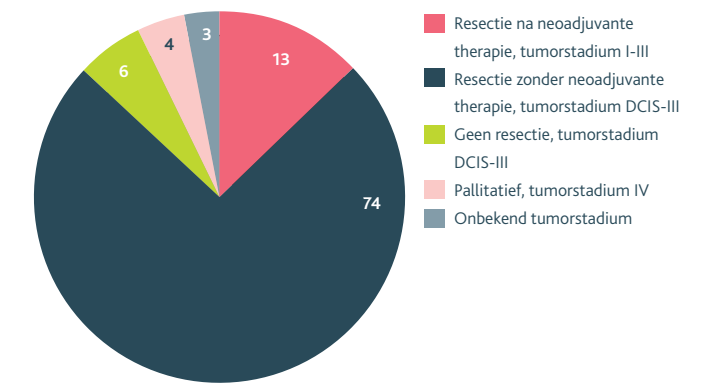
Wel zijn er verschillen tussen de Santeon ziekenhuizen ($p < 0.001$). Zo komen er in het MST relatief minder tumoren met stadium I en meer tumoren met stadium II voor ten opzichte van andere ziekenhuizen.

FIGUUR 4 toont de onderverdeling van behandeling naar tumorstadium. Opvallend is dat de meeste patiënten curatief behandeld worden door resectie zonder neoadjuvante therapie (74%). Er is een klein deel palliatief behandelde patiënten (4%). Neoadjuvante therapie bestaat uit chemotherapie, hormoontherapie en/of Trastuzumab (een monokonaal antilichaam dat zich aan de HER2-receptor bindt). Deze systemische therapieën kunnen in verschillende combinaties voorafgaand aan resectie worden gegeven. Trastuzumab wordt meestal in combinatie met chemo- of hormoontherapie gegeven.

FIGUUR 5 laat het percentage patiënten per jaar zien dat wordt behandeld met neoadjuvante therapie. Dit percentage is de afgelopen jaren gestegen ($p < 0.001$).

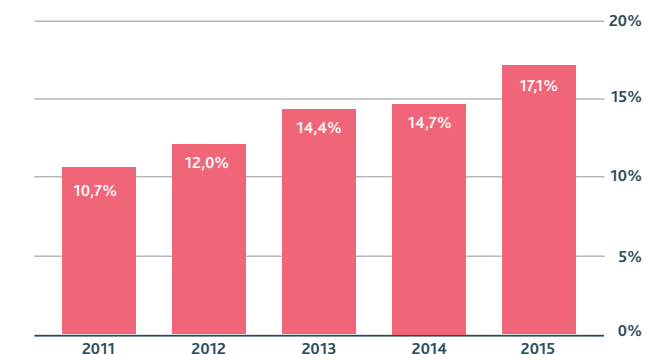
FIGUUR 6 laat de mogelijke combinaties van systemische therapieën zien. Dit zijn zowel de neoadjuvante als adjuvante therapieën voor alle tumorstadia. De keuze voor een therapie hangt af van de patiënt- en tumorkenmerken. Van alle mogelijke systemische therapieën wordt hormoontherapie het vaakst gegeven (43%), al dan niet in combinatie met chemotherapie (37%).

Percentage primaire behandeling naar tumorstadium Santeonbreed



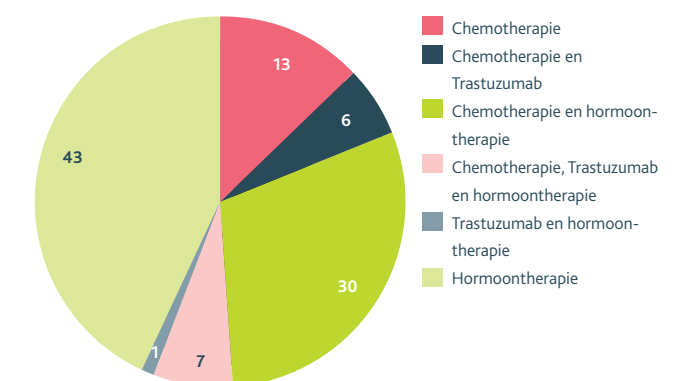
FIGUUR 4

Percentage neoadjuvante therapie per jaar Santeonbreed



FIGUUR 5

Percentage systemische therapieën Santeonbreed



FIGUUR 6

BORSTKANKER

Luc Strobbe, MD PhD
Rebecca Berry
Yvonne van Riet, MD
Saskia Claassen
Majorie Wijnands-de Werd
Steffan Rödel , MD
Tessa de Vries, MD
Annette van der Velden MD
Eino van Duyn, MD PhD
Machteld Wymenga, MD PhD
Caroline Bandel
Hille Witjes, MD
Marieke Arnolds-Bouw
Martine Twigt
Maud Geenen, MD
Annemiek Doeksen, PhD
Ron Koelemij, MD PhD
Paul de Jong, MD PhD
Trudy Dupont

FUNCTIE

Borstkankerchirurg
Verpleegkundig specialist oncologie
Borstkankerchirurg
Verpleegkundig specialist mammapathologie
Verpleegkundig specialist mammapathologie
Borstkankerchirurg
ANIOS Mammapoli
Internist hematoloog-oncoloog
Borstkankerchirurg
Internist oncoloog
Verpleegkundig specialist
Borstkankerchirurg
Verpleegkundig specialist
Verpleegkundig specialist
Internist oncoloog
Borstkankerchirurg
Borstkankerchirurg
Internist en oncoloog
Verpleegkundig consulent

ZIEKENHUIS

Canisius Wilhelmina Ziekenhuis
Canisius Wilhelmina Ziekenhuis
Catharina Ziekenhuis
Catharina Ziekenhuis
Martini Ziekenhuis
Martini Ziekenhuis
Martini Ziekenhuis
Medisch Spectrum Twente
Medisch Spectrum Twente
Medisch Spectrum Twente
OLVG
OLVG
OLVG
OLVG
St. Antonius Ziekenhuis
St. Antonius Ziekenhuis
St. Antonius Ziekenhuis
St. Antonius Ziekenhuis

DARMKANKER

Fatih Polat, MD
Prof. Harm Rutten, MD PhD
Wendy Kelder, MD PhD
Eino van Duyn, MD PhD
Sandra Donkervoort, MD
Anke Smits, MD PhD

FUNCTIE

Darmkankerchirurg
Darmkankerchirurg
Darmkankerchirurg
Darmkankerchirurg
Darmkankerchirurg
Darmkankerchirurg

ZIEKENHUIS

Canisius Wilhelmina Ziekenhuis
Catharina Ziekenhuis
Martini Ziekenhuis
Medisch Spectrum Twente
OLVG
St. Antonius Ziekenhuis

INTERNATIONALE ONCOLOGISCHE ADVIESRAAD

Prof. Fred van Eenennaam, PhD, voorzitter
Prof. Bertrand Tombal, MD PhD
Prof. Suresh Senan, MD PhD
Prof. Harry Groen, MD PhD
Prof. Bill Evans, MD PhD
Andrew Huang, MD PhD

ORGANISATIE

the Decision Group, Nederland
Université Catholique de Louvain, België
Vumc, Amsterdam
UMC, Groningen
Juravinski Cancer Center, Canada
Koo Foundation Sun Yat-Sen Cancer Center, Taiwan

INTERNATIONALE METHODOLOGISCHE ADVIESRAAD

Prof. Fred van Eenennaam, PhD, voorzitter
Prof. Grant T. Savage, PhD
Prof. Søren M. Bentzen, PhD DMSc
Prof. dr. Valery Lemmens, PhD

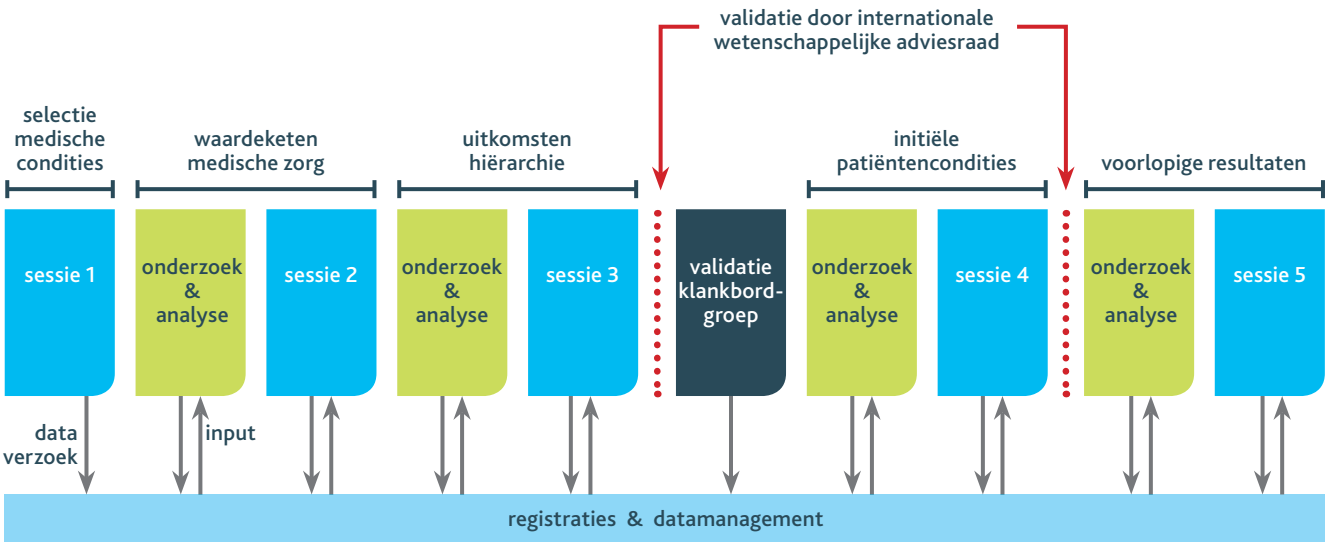
ORGANISATIE

the Decision Group, Nederland
George Washington University, USA
University of Maryland, USA
IKNL, Nederland

Bijlage 2
Methodiek VBHC

In 2013 is voor long- en prostaatkanker in project-teams gewerkt aan de realisatie van uitkomstensets, volgens de methodiek van Porter. Samen met medisch specialisten, adviseurs en data-analisten zijn vijf ontwikkelstappen doorlopen. Onderstaande figuur toont deze stappen.

VIJF ONTWIKKELSTAPPEN VOOR DE DEFINITIE VAN DE UITKOMSTINDICATOREN



STAP 1: SELECTIE MEDISCHE CONDITIES
Het definiëren van uitkomstindicatoren begint bij de selectie van de medische conditie, ofwel de aandoening van de patiënt. Vervolgens is het doel zoveel mogelijk patiënten voor de geselecteerde aandoeningen te includeren. Bij longkanker en prostaatkanker is daarom niet alleen gekeken naar de groep patiënten die een op genezing-gerichte behandeling krijgen, maar ook naar de patiënten met palliatieve zorg. Om te zorgen dat de uitkomstindicator relevant is voor de patiëntengroep, zijn de aandoeningen onderverdeeld in zogenaamde modaliteiten, ofwel behandelopties. Bijvoorbeeld bij een uitkomstindicator die het optreden van complicaties weergeeft, is er een verschil tussen complicaties die kunnen ontstaan na een operatieve behandeling en na een behandeling met bestraling.

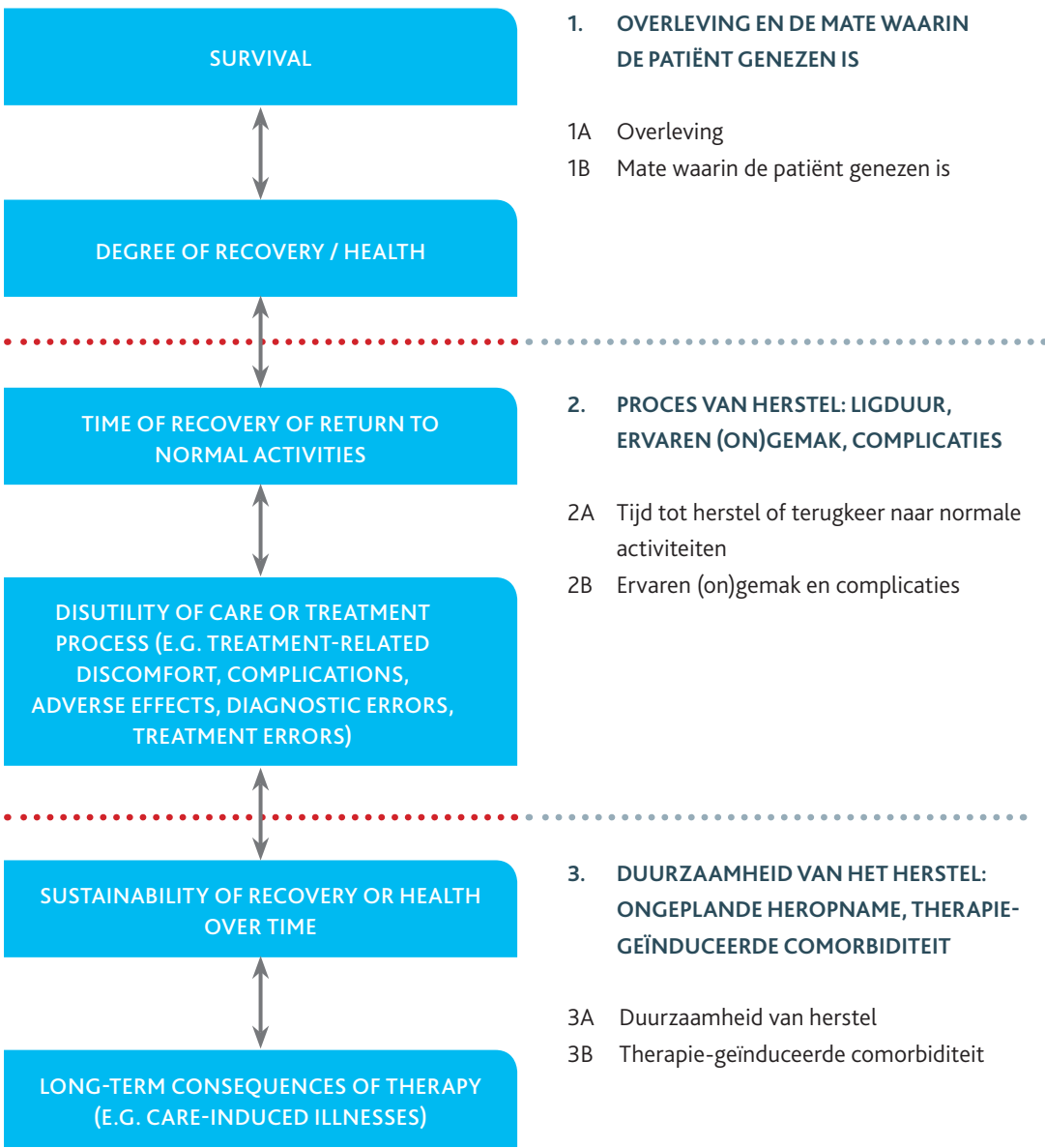
STAP 2: OPSTELLEN WAARDEKETEN
Als tweede stap is voor beide aandoeningen de zogenaamde waardeketen (Care Delivery Value Chain) opgesteld. De waardeketen bevat alle activiteiten in het zorgproces die waarde bieden aan de patiënt, van

preventie en diagnostiek tot behandeling en nazorg. De waardeketen vervult de verbindende rol tussen de patiëntbehoeften en uitkomstindicatoren, omdat het helder maakt welke activiteiten cruciaal zijn voor het behalen van de meeste gezondheidswinst.

STAP 3: UITKOMSTEN-HIËRARCHIE
Als basis voor het definiëren van de indicatorensets, is op grond van literatuuronderzoek een zo compleet mogelijk overzicht van de relevante uitkomstindicatoren opgesteld. De indicatoren zijn vervolgens op drie niveaus ingedeeld volgens de uitkomstenhiërarchie van de VBHC-methodologie van Porter, zie de figuur hiernaast.

Het eerste niveau omvat overleving en de mate van herstel/verkreten gezondheidsstatus, het tweede niveau betreft het proces van herstel en eventuele complicaties. Het derde niveau omvat het behoud van herstel en wegblijven van klachten en symptomen op lange termijn. Om een goed inzicht te bieden in de kwaliteit van zorg zijn alle drie de niveaus van belang.

UITKOMSTEN-HIËRARCHIE VOLGENS PORTER



PRIORITERING VAN INDICATOREN

Om tot een compacte set te komen, hebben de projectgroepen de indicatoren van het totaaloverzicht op een systematische wijze geprioriteerd. Dit is gedaan door de deelnemende medisch en verpleegkundig specialisten de indicatoren te laten scoren op drie dimensies:

1. **Relevantie voor de patiënt:** de impact van de uitkomst van de indicator voor de patiënt.
2. **Medische relevantie:** de mate waarin de resultaten van zorg door de zorgketen beïnvloed kunnen

worden. Hier is gekeken in hoeverre de uitkomsten inzicht geven in de kwaliteit van zorg.

3. **Relevantie voor patiëntpopulatie:** de frequentie waarmee de negatief-gestelde uitkomst van de indicator optreedt. Als bijvoorbeeld een complicatie maar in 1% van de gevallen voorkomt, dan is deze niet zo geschikt. Als de complicatie vaker, bijvoorbeeld in 15% van de gevallen voorkomt, dan wordt de indicator relevanter voor de populatie en bovendien geschikter qua statistisch onderscheidend vermogen.

COLOFON

Auteurs & datamanagement

Wim van den Bosch
Christine Cramer - van der Welle
Lea Dijkman
Karlijn Eerenberg - Peffer
Inge van Veggel

*Met inhoudelijk inbreng van alle
betrokken medisch specialisten*

Interviews

Laura van den Boogaard
Jitske Verweij

Redactie

Jan de Boer
Laura van den Boogaard
Christine Cramer - van der Welle
Lea Dijkman
Karlijn Eerenberg - Peffer
Pauline Gantvoort
Inge van Veggel

Vormgeving

Telvorm grafische vormgeving

Fotografie

pagina's 15, 16, 25, 27, 28, 39, 51,
Sander Morel

Drukwerk

Proud Press, Barneveld

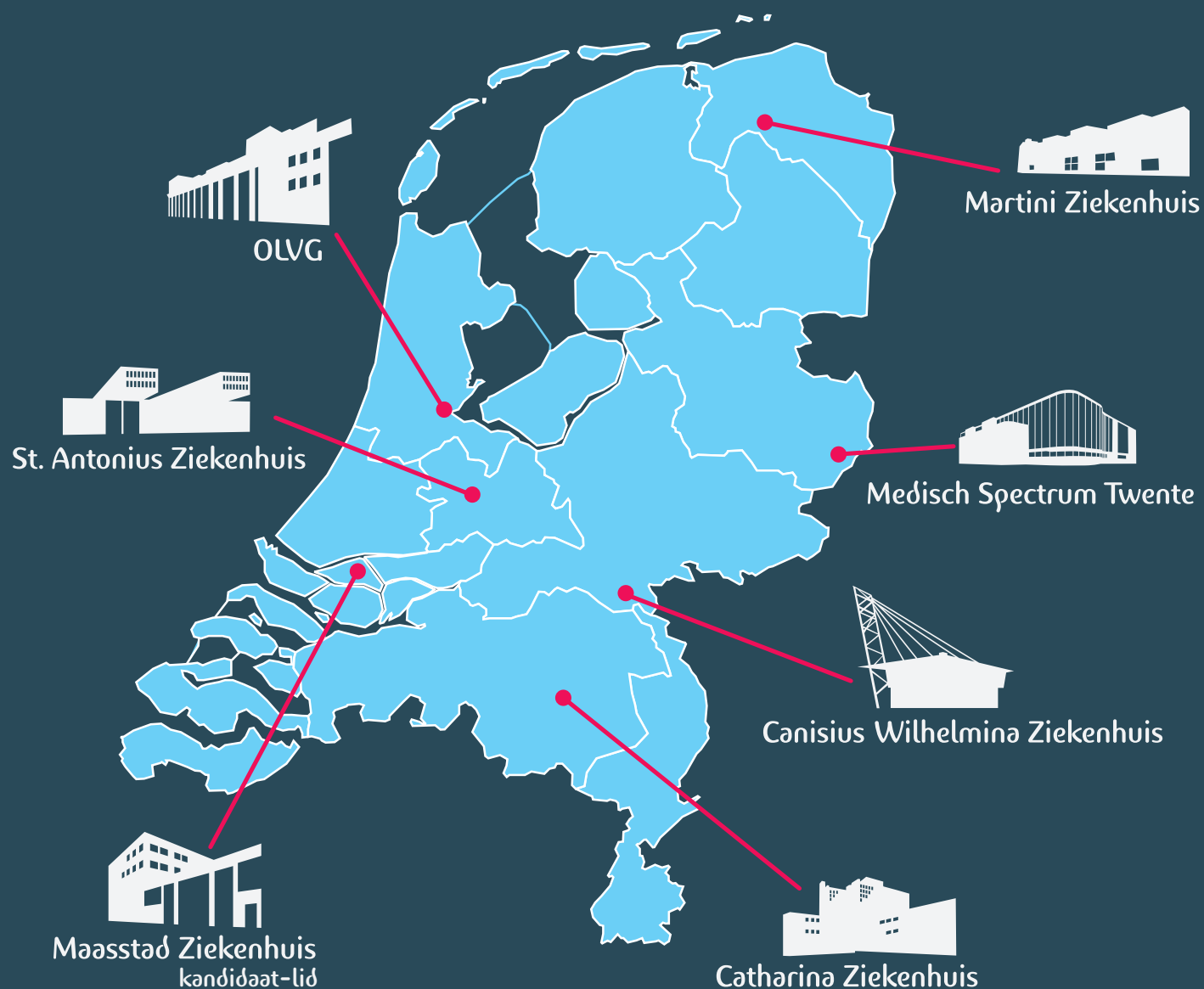
© Santeon 2016

Publicatie: november 2016.
Alle rechten voorbehouden.

Meer informatie

Santeon
Herculesplein 38
3584 AA Utrecht
info@santeon.nl
+31 30 25 24 180
www.santeon.nl
www.zorgvoortkomst.nl

‘AN
EXCELLENT
INITIATIVE
THAT IS
ALREADY
BEARING
FRUITS’
PROF. BILL EVANS



Santeon Herculesplein 38, 3584 AA Utrecht, info@santeon.nl, +31 30 25 24 180, www.santeon.nl

Canisius Wilhelmina Ziekenhuis Weg door Jonkerbos 100, 6532 SZ Nijmegen

Catharina Ziekenhuis Michelangelolaan 2, 5623 EJ Eindhoven

Maastricht Ziekenhuis (*kandidaat-lid*) Maastradweg 21, 3079 DZ Rotterdam

Martini Ziekenhuis Van Swietenplein 1, 9728 NT Groningen

Medisch Spectrum Twente Koningsplein 1, 7512 KZ Enschede

OLVG Oosterpark 9, 1091 AC Amsterdam • Jan Tooropstraat 164, 1061 AE Amsterdam

St. Antonius Ziekenhuis Soestwetering 1, 3543 AZ Utrecht • Koekoekslaan 1, 3425 CM Nieuwegein