

Publiekssamenvatting ProZIB

Prostaatkankerzorg in Beeld

Februari 2020

We willen allemaal perfecte kwaliteit van zorg. Overal, in alle ziekenhuizen. Iedereen moet optimaal behandeld worden. Maar is de zorg overal perfect? Of zijn er (grote) verschillen? Om dat te bekijken is uitgebreide informatie nodig. Die dokters en ziekenhuizen met elkaar kunnen delen en met de patiënt. Maar wat zijn de parameters die echt van belang zijn om de kwaliteit van zorg te monitoren? En wat is overbodig? Vragen die ons allen bezig houden. Ook voor de prostaatkankerzorg.

Onder de naam **ProZIB (Prostaatkanker Zorg In Beeld)** is een door Koningin Wilhelmina Fonds (KWF) Kankerbestrijding gefinancierd onderzoeksproject gestart met als doel de kwaliteit van prostaatkankerzorg te evalueren. Dit wordt gedaan door het inzichtelijk maken van variatie in diverse aspecten van de zorg, het identificeren van onderliggende factoren en het inzichtelijk maken van verbeterpunten. Naast standaardgegevens in de Nederlandse Kankerregistratie zijn voor het project door datamanagers van Integraal Kankercentrum Nederland uitgebreide gegevens verzameld van maar liefst 5954 patiënten met prostaatkanker. In deze samenvatting vindt u de belangrijkste uitkomsten van ProZIB. Maar het stopt hier niet. De data van ProZIB zullen de basis vormen voor veel meer onderzoek en meer afspraken. In de verwachting dat de prostaatkankerzorg er steeds beter van wordt, met minder registratielast.

Mede namens de ProZIB stuurgroep,

Dr. Katja Aben

Dr. Inge van Oort

Prof. dr. Bart Kiemeney

ProZIB | Werkwijze

ProZIB is uitgevoerd door onderzoekers van Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) in samenwerking met vertegenwoordigers van de Nederlandse Vereniging voor Urologie, de Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie (NVRO), de Nederlandse Vereniging voor Pathologie (NVvP), de Nederlandse Vereniging voor Radiologie (NVvR) en de Nederlandse Vereniging voor Medische Oncologie (NVMO – op persoonlijke titel) en financieel ondersteund door KWF Kankerbestrijding. Ook waren vertegenwoordigers van de Prostaatkankerstichting betrokken.



Binnen **ProZIB** is in alle ziekenhuizen in Nederland uitgebreide klinische informatie verzameld van ongeveer 6000 patiënten met prostaatkanker.



Ook is de ervaren kwaliteit van leven en kwaliteit van zorg bij een deel van deze patiënten nagevraagd met behulp van vragenlijsten. Aan dit deel van het onderzoek deden 58 van de 81 ziekenhuizen mee. Aan ruim 2500 patiënten is gevraagd of zij deze vragenlijsten wilden invullen. 69% van de patiënten heeft deelgenomen.

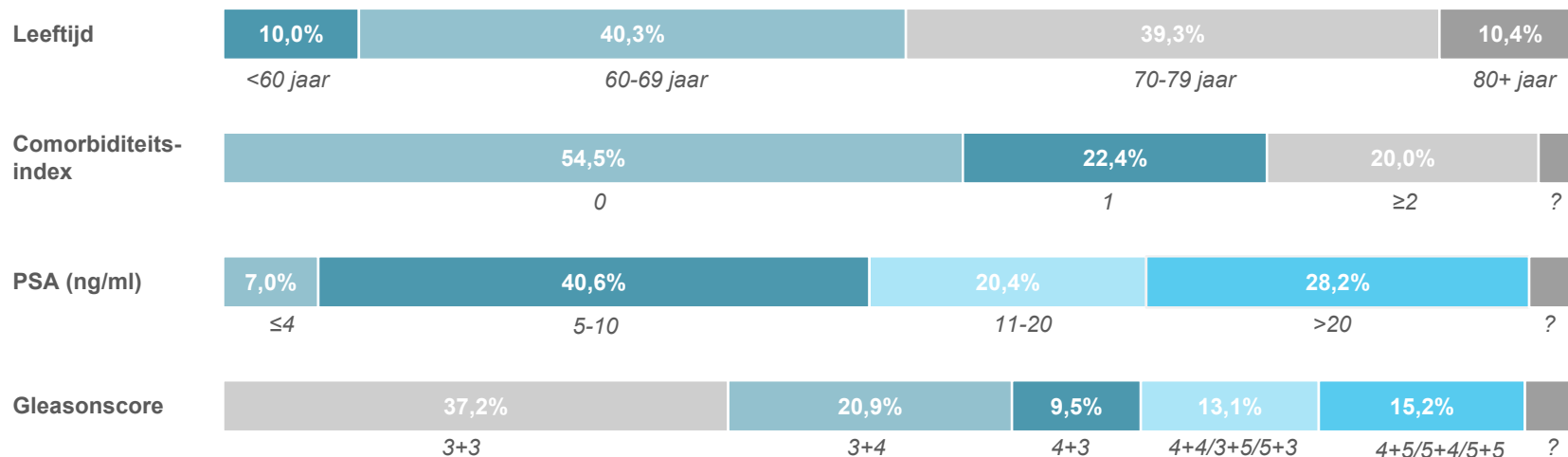


Met behulp van deze informatie is wetenschappelijk onderzoek verricht met als doel variatie in prostaatkankerezorg inzichtelijk maken. Ook is informatie gedeeld via landelijke en regionale rapporten.

ProZIB | Beschrijvende cijfers

In totaal hebben bijna **6.000** mannen met prostaatkanker meegedaan. Van deze mannen is met behulp van dossieronderzoek uitgebreide informatie verzameld over patiënt- en tumorkenmerken, uitgevoerde diagnostiek, behandeling en uitkomsten van behandeling. Van bijna **1800** mannen is ook informatie over de ervaren kwaliteit van leven en kwaliteit van zorg beschikbaar.

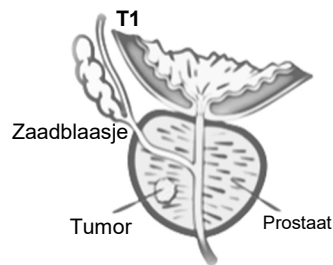
Gemiddeld waren de patiënten bij diagnose 68 jaar oud. Meer dan de helft heeft bij diagnose geen andere ziekten (= comorbiditeit) gerapporteerd. De meerderheid van de patiënten had lokaal beperkt prostaatkanker (beperkt tot de prostaat). Maar, bij een deel van de patiënten is er bij diagnose al sprake van lokaal uitgebreide of uitgezaaide ziekte. Ook zijn de PSA (Prostaat Specifiek Antigen) waarde en de Gleason score hieronder weergegeven. PSA is een eiwit dat voorkomt in bloed, gemaakt wordt door de prostaat en nuttig kan zijn bij het opsporen van prostaatkanker. De Gleason score zegt iets over de agressiviteit van de prostaatkankercellen (hoe hoger de score, hoe agressiever).



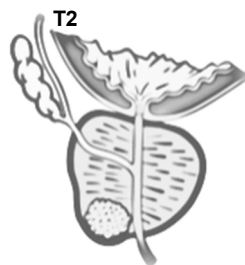
ProZIB | Beschrijvende cijfers

Op basis van de PSA waarde, de Gleason score en het ziektestadium bij diagnose wordt het **risicoprofiel** bepaald. Dit is gedaan volgens de indeling van de European Association of Urology (EAU).

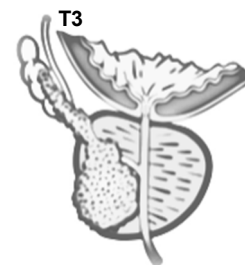
TNM-indeling
Tumor Nodes (lymfklieren) Metastasen (uitzaaiingen) + Gleason-score (agressiviteit tumor) + PSA-waarde → Risicoprofiel



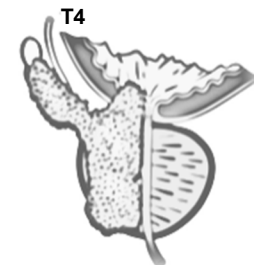
T1 (31%) : de tumor is beperkt tot de prostaat en **niet** voelbaar bij rectaal onderzoek



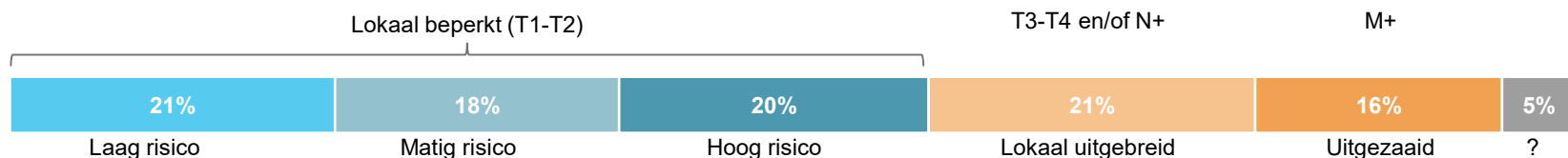
T2 (30%): de tumor is beperkt tot de prostaat maar **wel** voelbaar bij rectaal onderzoek



T3 (14%): de tumor groeit door het kapsel heen en eventueel ook in de zaadblaasjes

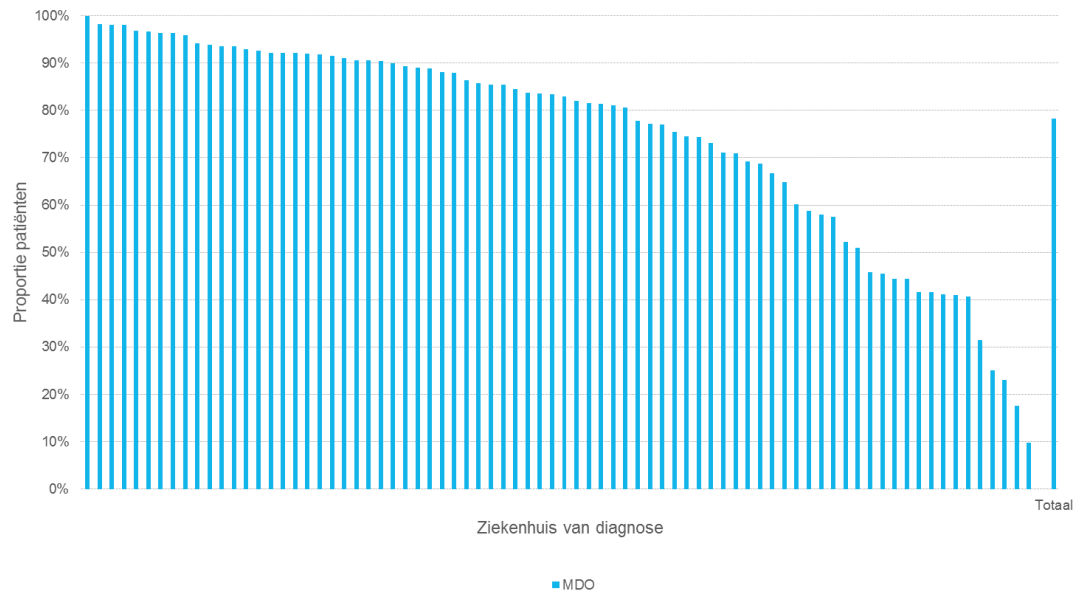


De tumor is in andere organen gegroeid (T4), er zijn positieve lymfklieren (N+) en/of uitzaaiingen (M+): 23%



Diagnostiek | Multidisciplinaire bespreking

In de richtlijn wordt aanbevolen alle patiënten met prostaatkanker voorafgaand aan de behandeling in een **multidisciplinair overleg** (MDO) te bespreken.

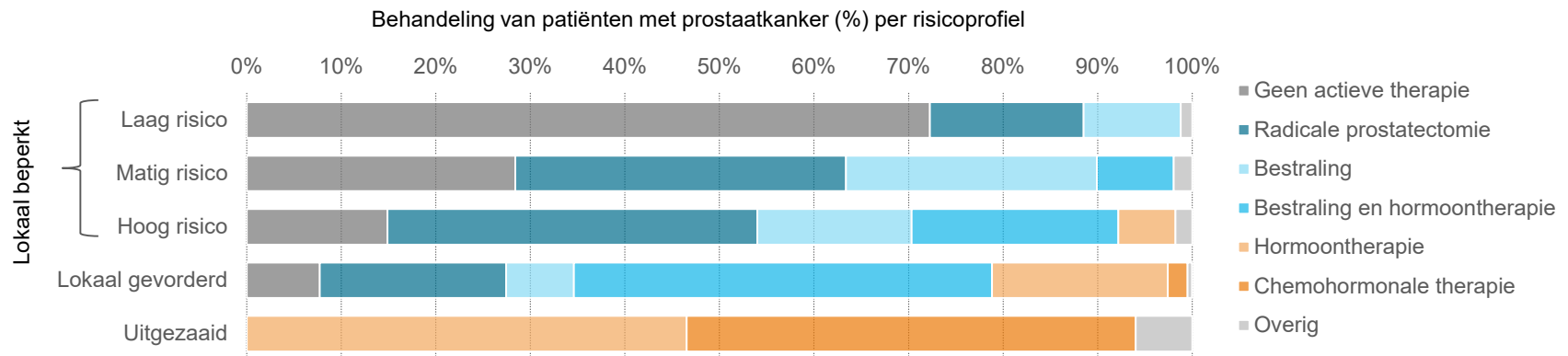


In totaal is 78% van de patiënten besproken in een multidisciplinair overleg (MDO) waarvan een verslag terug te vinden was in het medische dossier. In de meerderheid van de ziekenhuizen wordt meer dan 80% van de patiënten besproken in een MDO. Er zijn ook ziekenhuizen die een veel lager percentage laten zien. Een verklaring voor een laag percentage is dat een deel van deze patiënten wel besproken is in een MDO maar geen verslag hiervan in het medisch dossier is teruggevonden.

**Alleen ziekenhuizen met meer dan 10 observaties zijn zichtbaar in de figuur.*

Behandeling | Naar risicoprofiel

De **behandelkeuze** wordt naast de conditie van de patiënt, aanwezigheid van andere aandoeningen en de voorkeur van de patiënt, hoofdzakelijk bepaald door het **risicoprofiel**.



**Geen actieve therapie omvat zowel actief volgen als een afwachtend beleid*

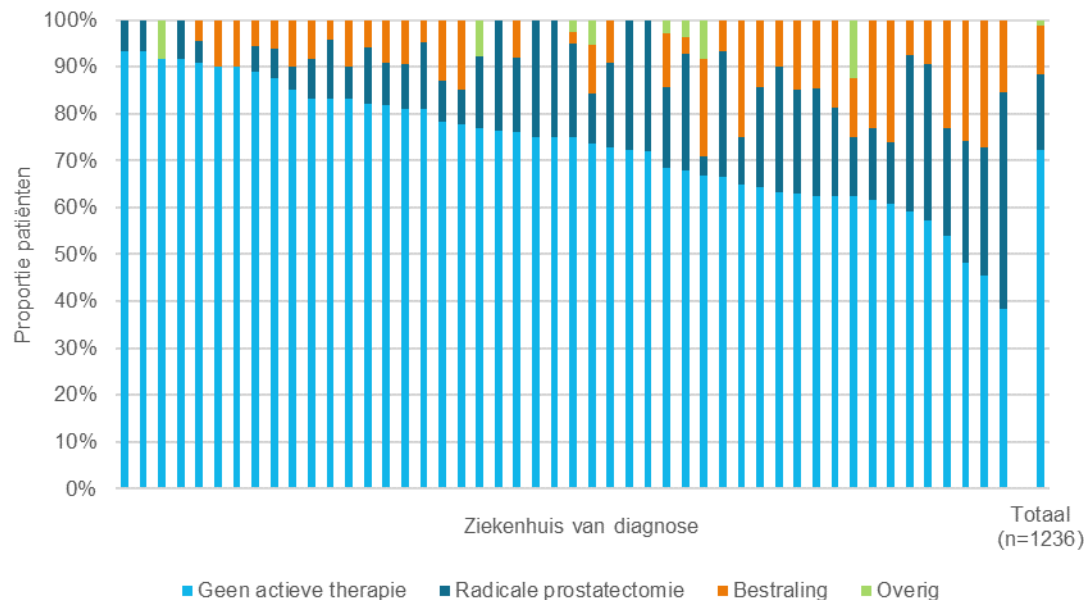
Bij patiënten met **lokaal beperkt prostaatkanker** wordt de prostaat vaak operatief verwijderd (radicale prostatectomie) of met bestraling behandeld. Bij **laag risico lokaal beperkte prostaatkanker** is daarnaast actief volgen een belangrijke behandeloptie. Hierbij wordt actieve behandeling pas gestart als er aanwijzingen zijn dat de tumor groeit.

Bijna de helft van de patiënten met **lokaal uitgebreide prostaatkanker** wordt behandeld met een combinatie van bestraling en hormoontherapie.

Als er sprake is van uitgezaaide prostaatkanker is genezing niet meer mogelijk. De behandeling, vaak hormoontherapie of een combinatie van hormoon- en chemotherapie, is gericht op het remmen van ziekteprogressie en het voorkomen of verminderen van klachten.

Behandeling | Laag risico prostaatkanker

De richtlijnen geven aan dat bij patiënten met **laag risico gelokaliseerd** prostaatkanker een beleid van actief volgen overwogen dient te worden. Bij patiënten met **zeer laag risico** prostaatkanker, dat wil zeggen patiënten met maximaal 2 positieve bipten, wordt aanbevolen patiënten actief te volgen ('active surveillance').

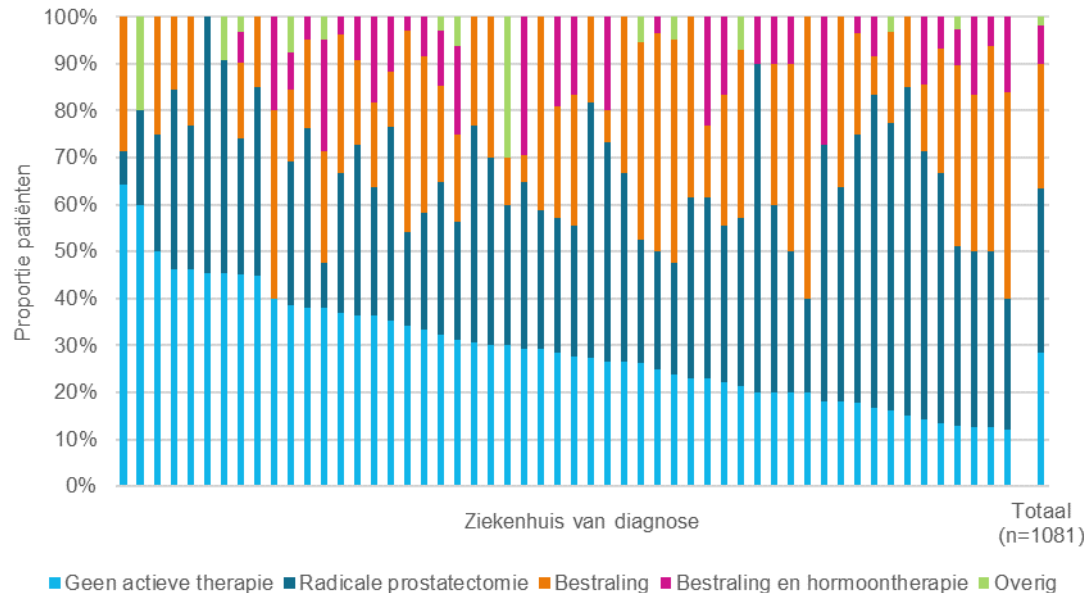


In ruim 70% van de patiënten wordt behandeling uitgesteld (actief volgen). In de patiënten met zeer laag risico prostaatkanker is dit 87%. De overige patiënten ondergaan een radicale prostatectomie (16%) of bestraling (10%). Het deel van patiënten dat actief gevolgd wordt varieert tussen ziekenhuizen van 38-93%. Indien uitgegaan wordt van een streefwaarde van 80% dan voldoet 35% (17 van de 48 ziekenhuizen*) aan deze streefwaarde.

*Alleen ziekenhuizen met meer dan 10 observaties zijn zichtbaar in de figuur. Gevonden verschillen kunnen mogelijk (deels) verklaard worden door statistische variatie.

Behandeling | Matig risico prostaatkanker

De richtlijnen bevelen een radicale prostatectomie aan bij patiënten met **matig risico gelokaliseerd** prostaatkanker en een levensverwachting van > 10 jaar. Externe bestraling, eventueel in combinatie met hormoontherapie, is een alternatief, evenals interne bestraling in geselecteerde patiënten. Een actief volgen beleid wordt eveneens als alternatieve behandeloptie genoemd.

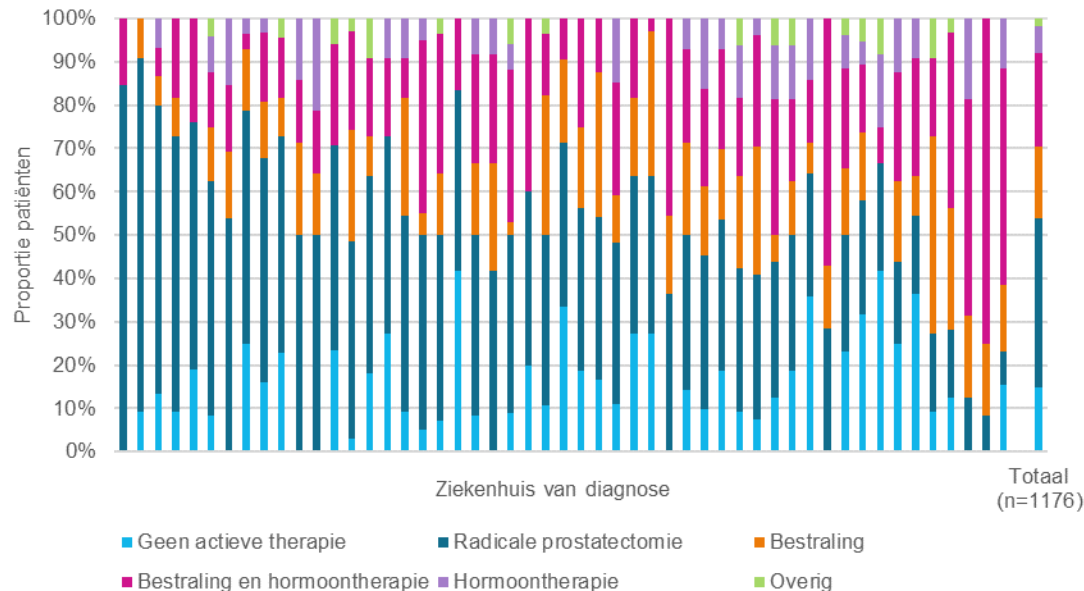


Ongeveer 35% van deze patiënten wordt radicaal geopereerd (ziekenhuisvariatie van 0-70%*), in 28% van de patiënten wordt gewacht met behandelen (ziekenhuisvariatie van 12-64%) en 27% van de patiënten wordt bestraald (ziekenhuisvariatie van 0-60%). In de Nederlandse richtlijn worden radicale prostatectomie, externe radiotherapie en actief volgen bij deze patiënten als gelijkwaardige behandelopties beschouwd.

*Alleen ziekenhuizen met meer dan 10 observaties zijn zichtbaar in de figuur. Gevonden verschillen kunnen mogelijk (deels) verklaard worden door statistische variatie ipv verschillend beleid.

Behandeling | Hoog risico prostaatkanker

De richtlijnen geven aan bij patiënten met **hoog risico gelokaliseerd** prostaatkanker en een levensverwachting van > 10 jaar een radicale prostatectomie uit te voeren, bij voorkeur als onderdeel van een multi-modality behandeling. Multi-modality behandeling houdt in dat na de operatie externe bestraling volgt. Alternatieve behandeloptie is externe bestraling met langdurige hormoontherapie (2-3 jaar).

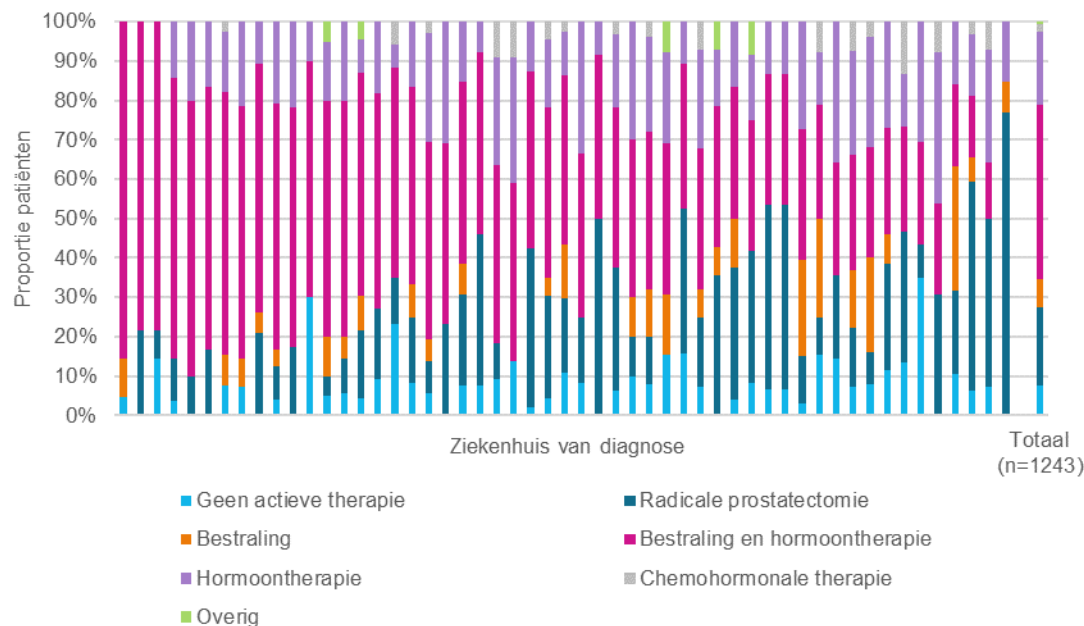


In totaal ondergaat 39% van deze patiënten een radicale prostatectomie (ziekenhuisvariatie van 8-85%*) en 22% van de patiënten krijgt bestraling met hormoonbehandeling (ziekenhuisvariatie van 0-75%). De overige patiënten (39%) zijn niet volgens de aanbevelingen in de richtlijn behandeld en ondergingen enkel bestraling (16%), geen actieve therapie (15%), hormoonbehandeling (6%) of anders (2%).

*Alleen ziekenhuizen met meer dan 10 observaties zijn zichtbaar in de figuur. Gevonden verschillen kunnen mogelijk (deels) verklaard worden door statistische variatie ipv verschillend beleid.

Behandeling | Lokaal gevorderd prostaatkanker

In de richtlijnen wordt aanbevolen om bij geselecteerde patiënten met **lokaal gevorderd** prostaatkanker (cT3-cT4 of N+) een radicale prostatectomie, gecombineerd met bestraling en/of hormoonbehandeling, uit te voeren. Alternatief is externe bestraling en langdurige hormoonbehandeling (2-3 jaar). Enkel hormoontherapie wordt alleen aanbevolen indien lokale behandeling niet mogelijk is of niet gewenst (patiëntvoorkeur).

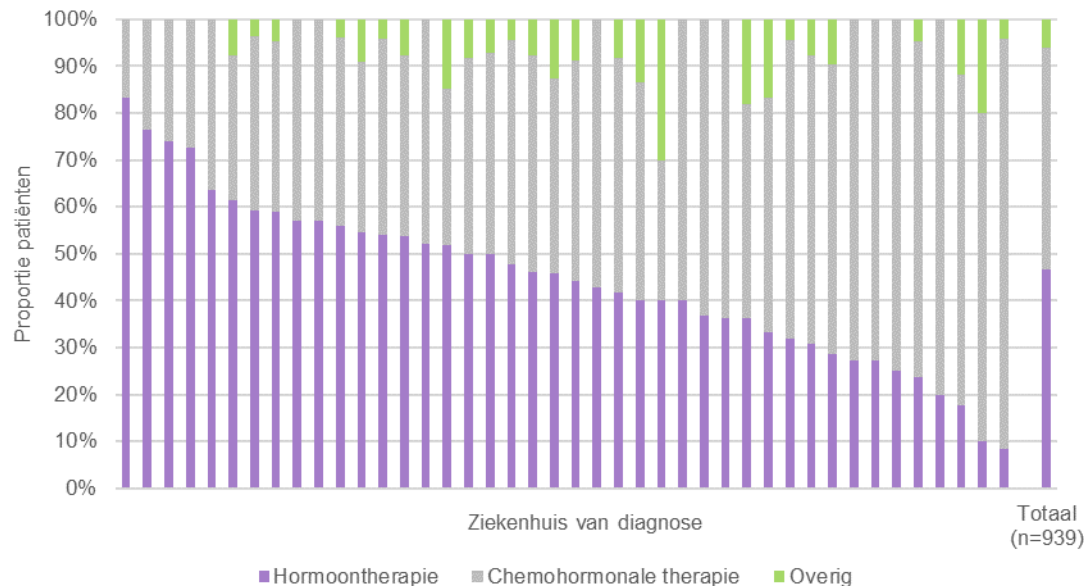


Bij patiënten met lokaal gevorderde ziekte krijgt 44% bestraling gevolgd door hormoontherapie. 20% wordt radicaal geopereerd (al dan niet in combinatie met bestraling of hormoonbehandeling). De overige patiënten kregen alleen hormoonbehandeling (19%), alleen bestraling (7%), geen actieve therapie (8%) of anders (2%)*.

**Alleen ziekenhuizen met meer dan 10 observaties zijn zichtbaar in de figuur. Gevonden verschillen kunnen mogelijk (deels) verklaard worden door statistische variatie ipv verschillend beleid.*

Behandeling | Prostaatkanker met uitzaaiingen

De richtlijnen geven aan dat patiënten met **uitgezaaide ziekte** bij diagnose bij voorkeur behandeld worden met chemo- en hormoontherapie, mits patiënten fit genoeg zijn. Ook wordt hormoontherapie met abiraterone en prednison aanbevolen, mits patiënten fit genoeg zijn voor dit behandelingschema. Indien patiënten niet fit genoeg zijn, of niet willen (patiëntvoorkeur), heeft enkel hormoonbehandeling de voorkeur.



Ongeveer de helft van deze patiënten kreeg een combinatie van chemo- en hormoontherapie. Dit percentage varieerde van 17-88%. De overige patiënten kregen enkel hormoontherapie (47%, ziekenhuisvariatie van 8-83%*). Gedurende het ProZIB project zijn de resultaten van twee belangrijke studies (CHAARTED en STAMPEDE) gepresenteerd. Het is daarom de verwachting dat het deel patiënten behandeld met chemo- en hormoontherapie in recente jaren zal zijn toegenomen en de variatie tussen ziekenhuizen zal zijn afgenomen.

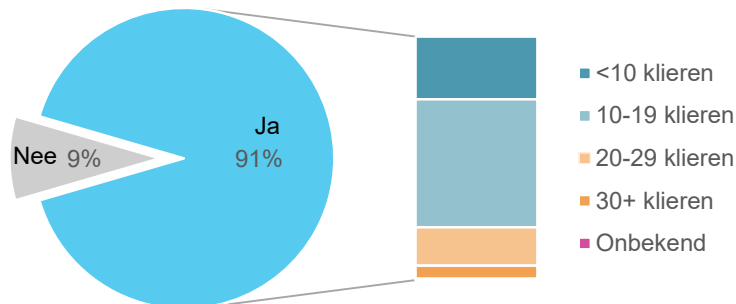
*Alleen ziekenhuizen met meer dan 10 observaties zijn zichtbaar in de figuur. Gevonden verschillen kunnen mogelijk (deels) verklaard worden door statistische variatie ipv verschillend beleid.

Behandeling | Verwijdering lymfeklieren

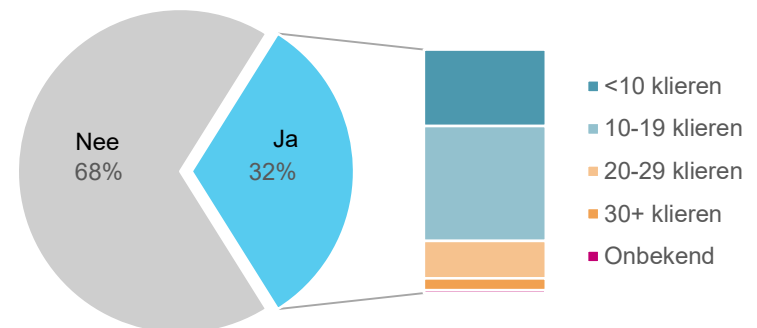
Lymfeklieren worden doorgaans **verwijderd** om de uitgebreidheid van de tumor goed in kaart te brengen en iets te kunnen zeggen over de prognose. De meerwaarde van een lymfeklierverwijdering voor overleving is controversieel maar de ingreep kan daarentegen wel leiden tot complicaties. In de Nederlandse richtlijn wordt geadviseerd de lymfeklieren te verwijderen bij patiënten met meer dan 10% kans op lymfeklieruitzaaiingen. Dit geldt zowel voorafgaand aan een radicale prostatectomie als voorafgaand aan externe bestraling.

Binnen ProZIB is voor patiënten met **hoog risico prostaatkanker*** die een radicale prostatectomie of bestraling met curatieve intentie hebben ondergaan, bekeken of er een lymfeklierverwijdering is verricht. Bij bijna alle patiënten die een radicale prostatectomie ondergingen werden de lymfeklieren verwijderd en in 28% werden positieve klieren gevonden. Bij patiënten met bestraling onderging slechts een derde een lymfeklierverwijdering; daarbij bleek dat 46% van de patiënten positieve klieren had.

Lymfeklierverwijdering bij
radicale prostatectomie



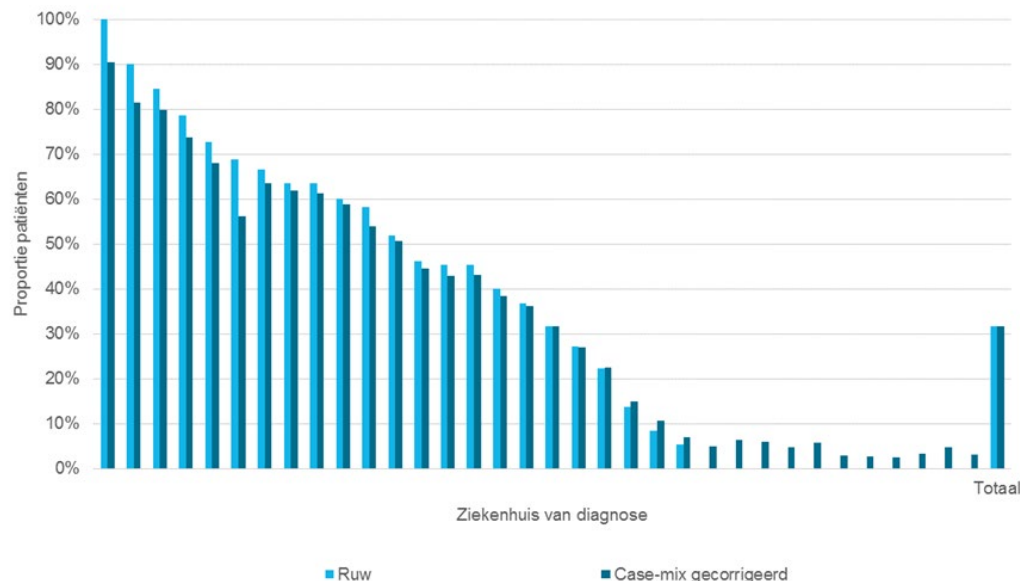
Lymfeklierverwijdering bij
bestraling



*PSA >20 ng/ml, Gleason score >7, ziektestadium cT2c–cT4 en/of cN+ ziekte

Behandeling | Verwijdering lymfeklieren

Het percentage patiënten met een radicale prostatectomie bij wie een lymfeklierverwijdering is uitgevoerd, varieerde van 68-100%* tussen ziekenhuizen. Omdat een deel van deze variatie verklaard kan worden door verschillen in patiënt- of ziektekenmerken is hiervoor ook gecorrigeerd. Na correctie nam de variatie af tot 77-97%. Bij patiënten die bestraald werden, was de variatie tussen ziekenhuizen groter, namelijk 0-100%. Na correctie werd dit 3-90% (zie onderstaande figuur).



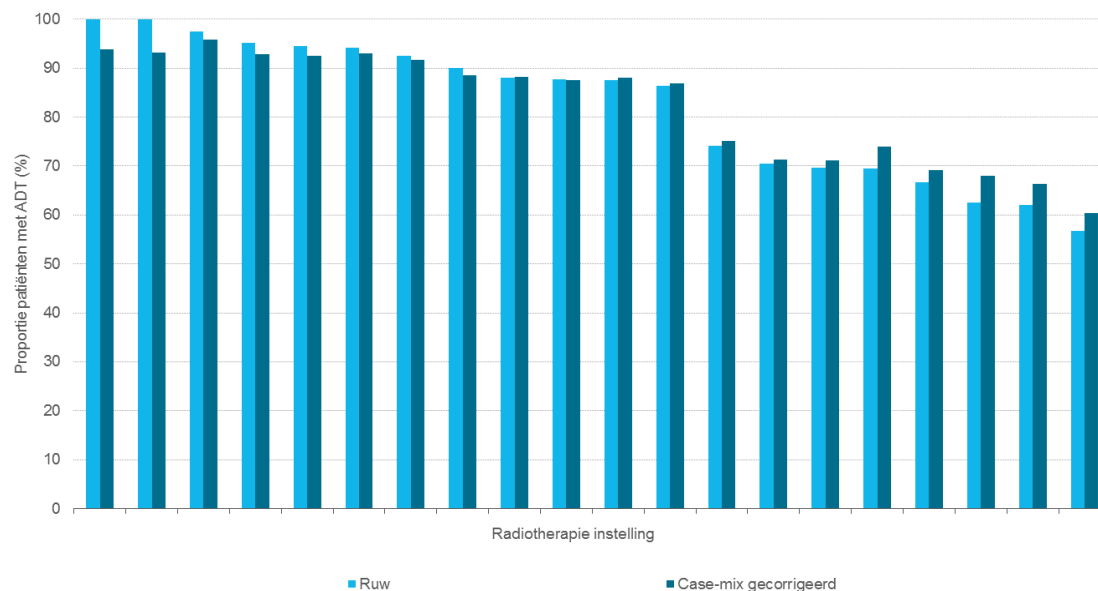
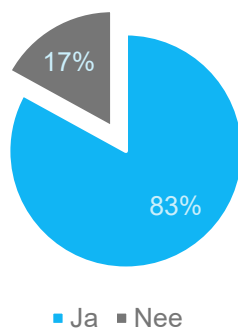
Opvallend is dat in 25% van de geopereerde patiënten en 32% van de bestraalde patiënten minder dan 10 klieren zijn verwijderd, hoewel in de richtlijn wordt aanbevolen om een **uitgebreide lymfeklierverwijdering** te verrichten. Mogelijke verklaring voor het verschil kan zijn dat de kans op complicaties hoger is bij uitgebreide verwijdering en de patiënten die bestraald worden op voorhand minder 'fit' zijn in vergelijking met de patiënten die een radicale prostatectomie ondergaan.

**Alleen ziekenhuizen met meer dan 10 observaties zijn zichtbaar in de figuur. Gevonden verschillen kunnen mogelijk (deels) verklaard worden door statistische variatie ipv verschillend beleid.*

Behandeling | Bestraling en hormoontherapie

De standaard aanbevolen behandeling bij **hoog risico prostaatkanker*** is bestraling en aanvullend hormoontherapie. Binnen ProZIB is onderzocht welk deel van de patiënten met hoog risico prostaatkanker volgens de richtlijn is behandeld.

Hormoontherapie na bestraling bij hoog risico prostaatkanker



Meer dan 80% van deze patiënten wordt volgens de richtlijnen behandeld. Variatie tussen de instellingen** is beperkt hoewel enkele instellingen laag scoren.

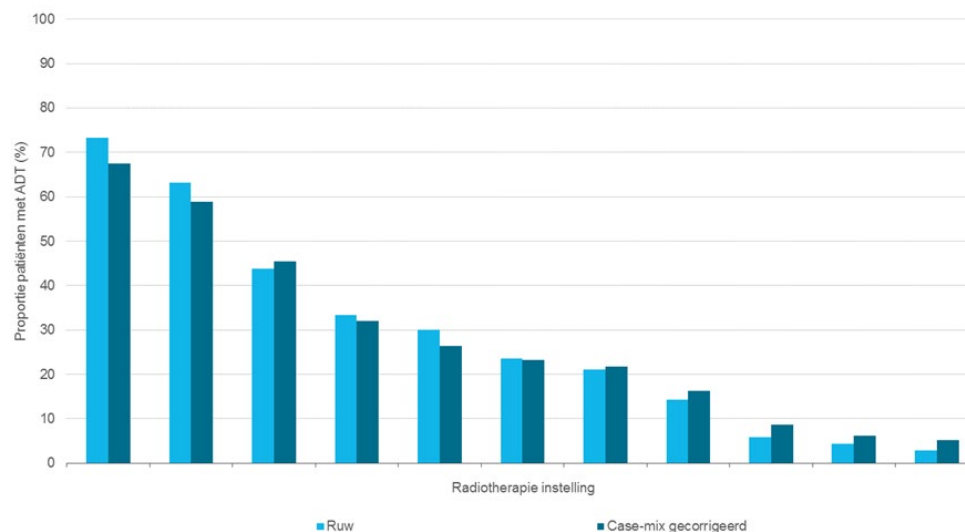
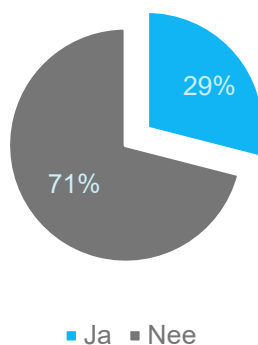
*PSA >20 ng/ml, Gleason score >7, ziektestadium cT2c–cT4 en/of cN+ ziekte

**Alleen ziekenhuizen met meer dan 10 observaties zijn zichtbaar in de figuur. Gevonden verschillen kunnen mogelijk (deels) verklaard worden door statistische variatie ipv verschillend beleid.

Behandeling | Bestraling en hormoontherapie

Ook bij **matig risico prostaatkanker*** kan bestraling en aanvullend hormoontherapie overwogen worden maar het voordeel van de aanvullende hormoontherapie is bij deze patiënten minder duidelijk. Binnen ProZIB is onderzocht welk deel van de patiënten met matig risico prostaatkanker bestraald is en aanvullend hormoontherapie heeft gekregen.

Hormoontherapie na bestraling bij matig risico prostaatkanker



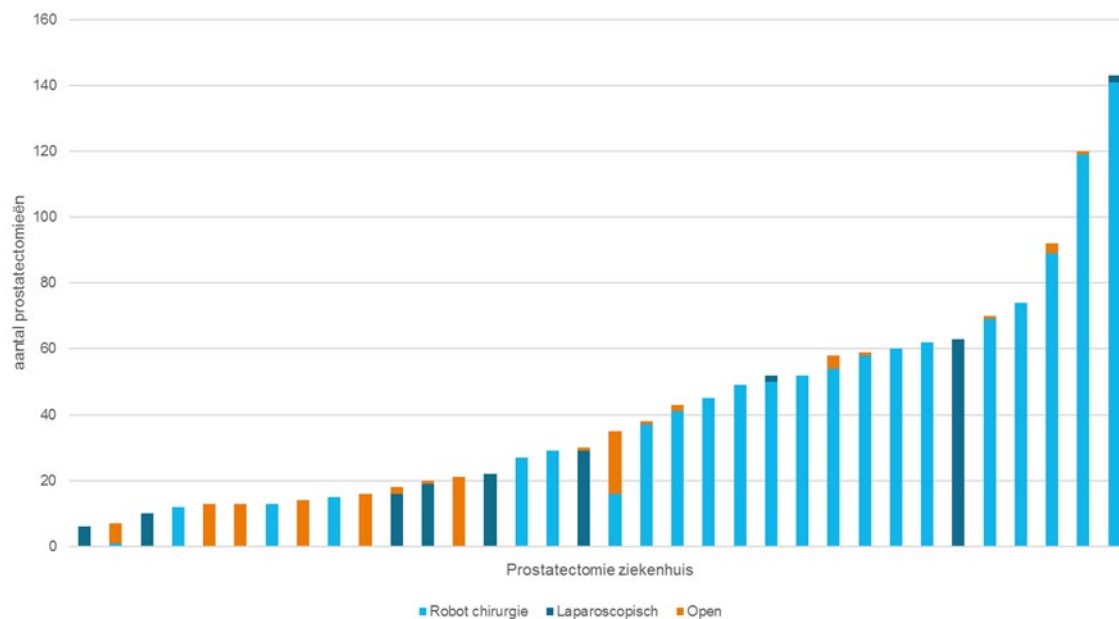
Bijna 30% van deze patiënten krijgt bestraling gevolgd door hormoontherapie. Variatie tussen de instellingen is groot (3-73%**). Patiëntvoorkeur speelt mogelijk een rol bij het voorschrijven van hormoontherapie. Helaas is hier in ProZIB geen informatie over beschikbaar. Het is onwaarschijnlijk dat patiëntvoorkeur in de verschillende instellingen zodanig verschilt, dat dit de grote verschillen verklaart. Meer waarschijnlijk is het dat het beleid in de diverse instituten van elkaar verschilt en dat patiënten in de verschillende instituten andere informatie ontvangen

* cT2b en/of GS=7 en/of PSA10-20

**Alleen ziekenhuizen met meer dan 10 observaties zijn zichtbaar in de figuur. Gevonden verschillen kunnen mogelijk (deels) verklaard worden door statistische variatie ipv verschillend beleid.

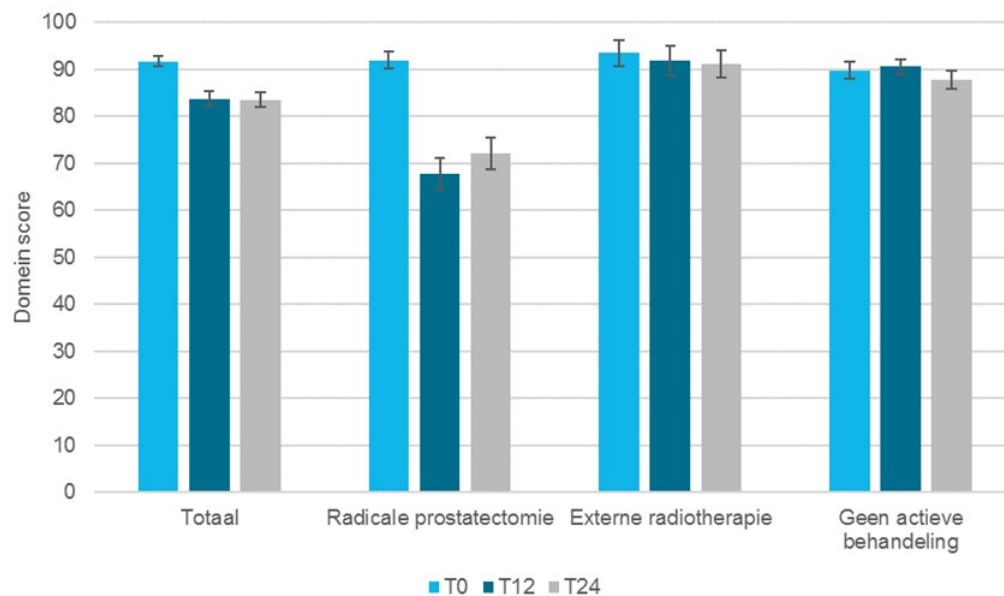
Behandeling | Radicale prostatectomie

In ProZIB zijn 1401 radicale prostatectomieën geregistreerd. De ingrepen werden uitgevoerd in 34 verschillende ziekenhuizen. De meerderheid van de patiënten (n=801, 57.2%) is geopereerd in een ziekenhuis met hoog volume (≥ 100 prostatectomieën per jaar). Respectievelijk 16.2% (n=227) en 26.6% (n=373) van de patiënten is geopereerd in een laagvolume (<50 prostatectomieën per jaar) of midden volume ziekenhuis (50-99 prostatectomieën per jaar). De spreiding van prostatectomieën over de verschillende ziekenhuizen is weergegeven in onderstaande figuur. Het overgrote deel van de operaties wordt robotgeassisteerd uitgevoerd (79%) en een klein deel laparoscopisch (12%) of open (8.5%).



Functionele uitkomsten | Urine-incontinentie

Om inzicht te krijgen in de functionele uitkomsten na behandeling bij patiënten met **gelokaliseerd prostaatkanker*** zijn patiënten in ProZIB kort na diagnose en vóór start behandeling (T0) verzocht een vragenlijst in te vullen op 12 (T12) en 24 maanden (T24) na het stellen van de diagnose zijn patiënten nogmaals gevraagd deze vragenlijst in te vullen.



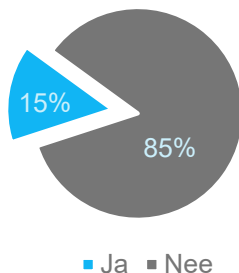
Patiënten met gelokaliseerd prostaatkanker die een radicale prostatectomie hebben ondergaan scoren op 12 en 24 maanden na diagnose lager in het urine-incontinentie domein. Dit betekent dat deze patiënten klinisch relevant meer urine-incontinentie klachten ervaren dan voor de behandeling. Patiënten die bestraald zijn, scoren na 12/24 maanden vergelijkbaar als bij diagnose. Dit geldt ook voor patiënten waarbij actieve behandeling is uitgesteld.

Functionele uitkomsten | Urine-incontinentie

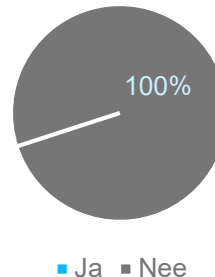
Omdat de domeinscores niet direct inzicht geven in de proportie patiënten met specifieke functionele klachten, is in aanvulling op de domeinscores, een kernvraag uit de vragenlijst geanalyseerd die betrekking heeft op **ongewild urineverlies (incontinentie)**

Kernvraag: Hoeveel verbanden of luiers gebruikte u om ongewild urineverlies op te vangen in de afgelopen 4 weken? De mogelijke antwoorden zijn: 1) geen verbanden of luiers, 2) 1 verband per dag, 3) 2 verbanden per dag, 4) 3 of meer verbanden per dag. Het gebruik van ≥ 2 verbanden/per dag is gedefinieerd als incontinent.

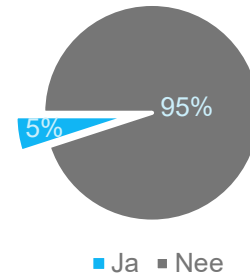
Incontinent na operatie
24 maanden na diagnose (n=262)



Incontinentie na bestraling
24 maanden na diagnose (n=103)



Incontinentie na actief volgen*
24 maanden na diagnose (n=369)

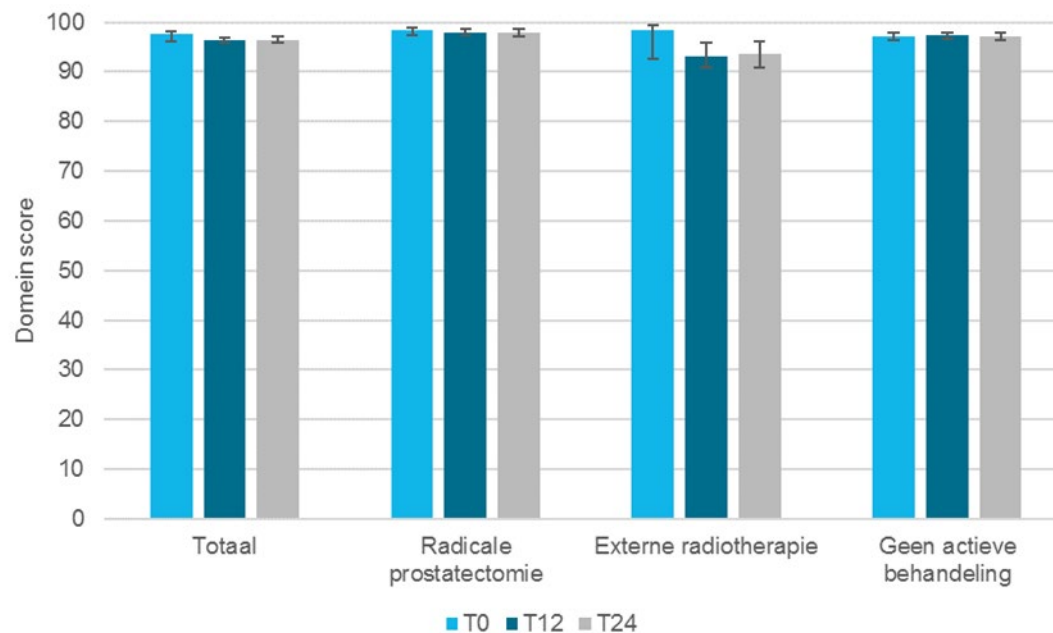


Van alle patiënten met radicale prostatectomie die bij diagnose hebben aangegeven continent te zijn, geeft 15% na 24 maanden aan incontinent te zijn. Bij de bestraalde patiënten is dit 0% en bij de patiënten die actief gevolgd zijn 5%. Een deel van deze 5% wordt verklaard doordat een deel van deze patiënten alsnog chirurgisch behandeld is.

Bij geopereerde patiënten werd een verband gevonden tussen aanwezigheid van comorbiditeit(en) en hogere kans op incontinentie. Voor leeftijd, PSA, ziektestadium, Gleason graad, type operatie werd geen verband gevonden.

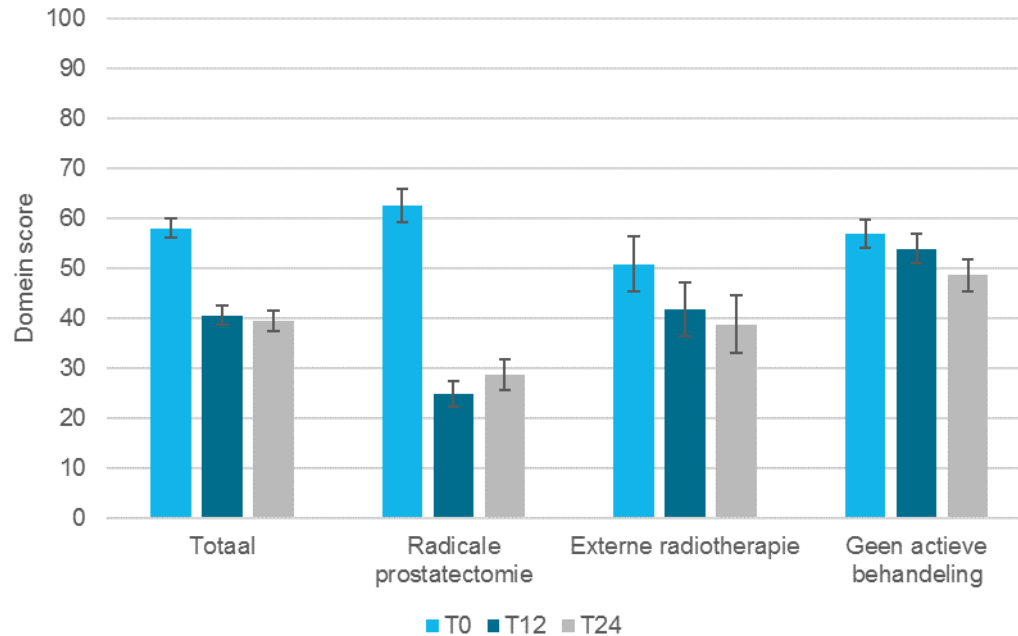
* 16% van deze patiënten heeft alsnog binnen 24 maanden een radicale prostatectomie

Functionele uitkomsten | Darmklachten



Patiënten die bestraald zijn scoren na 12 en 24 maanden slechter op het domein van de darmklachten in vergelijking met het moment van diagnose. Echter het verschil kan als niet klinisch relevant beschouwd worden. Patiënten die een radicale prostatectomie ondergaan of waarbij geen actieve behandeling wordt toegepast, scoren na 12/24 maanden vergelijkbaar als bij diagnose.

Functionele uitkomsten | Seksueel functioneren



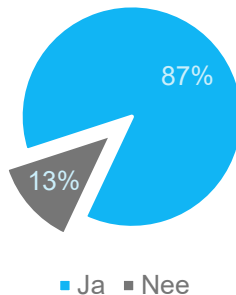
Alle patiënten scoren, ongeacht de behandeling, na 12 en 24 maanden slechter op het domein van seksueel functioneren. Bij geopereerde patiënten en bestraalde patiënten is de afname klinisch relevant, in tegenstelling tot de patiënten waarbij actieve behandeling is uitgesteld.

Functionele uitkomsten | Erectiestoornis

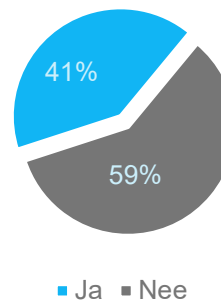
Omdat de domeinscores niet direct inzicht geven in de proportie patiënten met specifieke functionele klachten, zijn in aanvulling op de domeinscores, twee kernvragen uit de vragenlijst geanalyseerd. Eén vraag heeft betrekking op **erectiestoornissen**.

Kernvraag: Hoe zou u de kwaliteit van uw erecties, zoals u die in de afgelopen 4 weken gewoonlijk had, beschrijven? De mogelijke antwoorden zijn: 1) helemaal geen erectie, 2) niet stijf genoeg voor enige seksuele activiteit, 3) alleen stijf genoeg voor masturbatie of voorspel, 4) stijf genoeg voor seksuele gemeenschap. Indien patiënten antwoord 1, 2 of 3 hebben gegeven, is dit beschouwd als erectiestoornis.

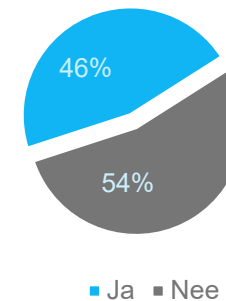
Erectiestoornis na operatie
24 maanden na diagnose (n=137)



Erectiestoornis na bestraling
24 maanden na diagnose (n=37)



Erectiestoornis na actief volgen
24 maanden na diagnose (n=166)

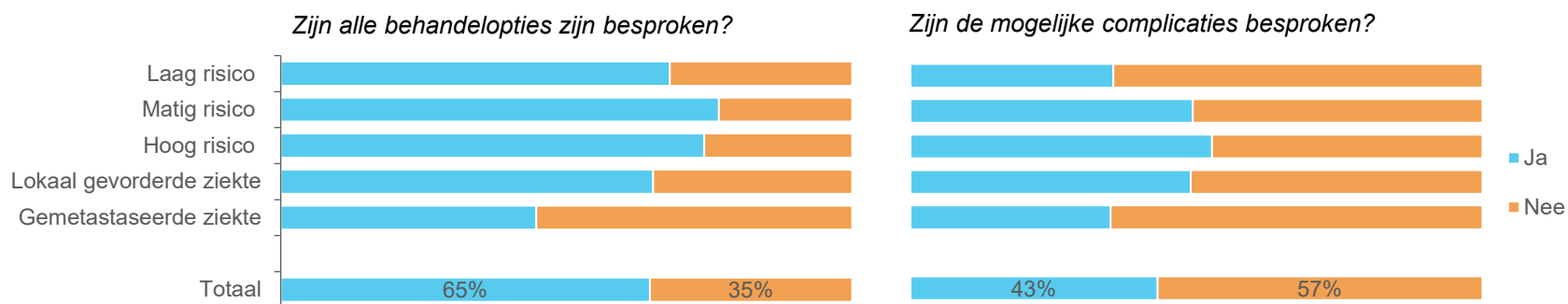


In totaal gaf 54% van de patiënten met gelokaliseerd prostaatkanker bij diagnose aan een erectiestoornis te hebben. Als deze patiënten buiten beschouwing worden gelaten, dan rapporteert 87% na operatie een erectiestoornis. Na bestraling is dit 41%. Bij patiënten die actief gevolgd zijn, rapporteert 46% een erectiestoornis. Een deel hiervan wordt verklaard doordat 16% van deze patiënten alsnog binnen 24 maanden een radicale prostatectomie heeft ondergaan. Patiënten die in opzet beiderzijds zenuwsparend zijn geopereerd rapporteren minder vaak een erectiestoornis dan patiënten die niet-zenuwsparend zijn geopereerd.

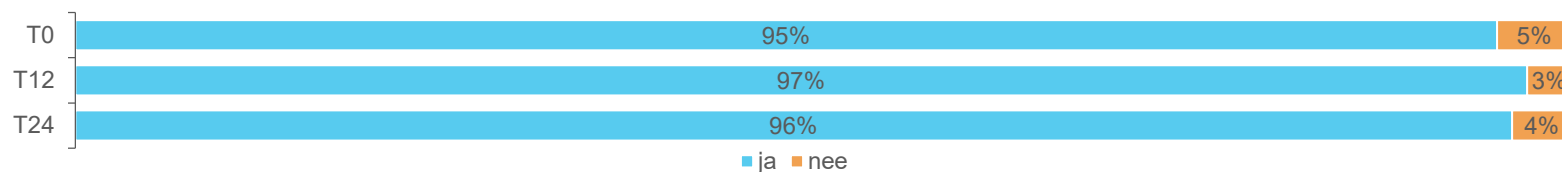
* 16% van deze patiënten heeft alsnog binnen 24 maanden een radicale prostatectomie

Uitkomsten | Ervaren zorg

In samenwerking met de ProstaatKankerStichting (PKS) zijn een aantal vragen toegevoegd aan de vragenlijst die betrekking hebben op de ervaren prostaatkankerzorg.



Weet u wie uw hoofdbehandelaar is?



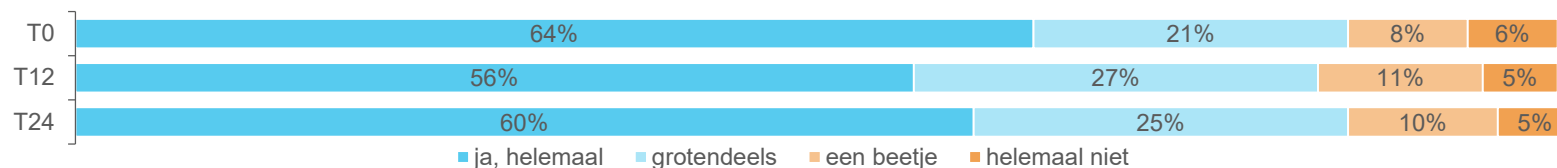
Heeft u een vast aanspreekpunt op de afdeling urologie?



Uitkomsten | Ervaren zorg

In samenwerking met de ProstaatKankerStichting (PKS) zijn een aantal vragen toegevoegd aan de vragenlijst die betrekking hebben op de ervaren prostaatkankerzorg.

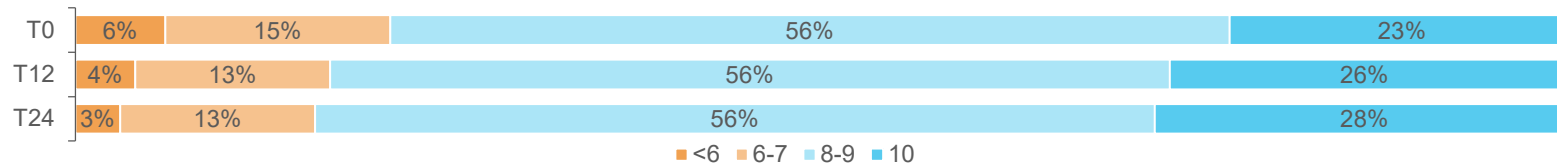
Heeft u informatie gehad over de voor- en nadelen van de verschillende behandelingen?



Heeft u uw voorkeur kunnen aangeven voor de verschillende behandelingen?



Hoe waarschijnlijk is het dat u dit ziekenhuis zal aanbevelen aan andere patiënten?
Rapportcijfer



Na ProZIB | Rapportage

Alle resultaten uit ProZIB zijn in een uitgebreid rapport beschreven en dit rapport is aangeboden aan alle betrokken wetenschappelijke verenigingen zoals de Nederlandse Vereniging voor Urologie, de Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie, de Nederlandse Vereniging voor Pathologie, de Nederlandse Vereniging voor Radiologie en de Nederlandse Vereniging voor Medische Oncologie. In dit rapport is een aantal aanbevelingen gedaan voor mogelijke kwaliteitsindicatoren en hoe de prostaatkankerzorg in de toekomst te monitoren. Ook zijn de resultaten uitgebreid besproken op diverse regionale en landelijke bijeenkomsten waarbij de betrokken medisch specialisten aanwezig waren.

De resultaten zijn voor een deel al gepubliceerd in (inter)nationale tijdschriften. Er zullen nog enkele publicaties volgen.

Na ProZIB | en nu verder

Direct resultaat



- Rapportages, (inter)nationale wetenschappelijke publicaties, rapportages en presentaties
- Landelijke kwaliteitsregistratie prostaatkanker ingebed in de Nederlandse Kankerregistratie
- Formulering concrete kwaliteitsindicatoren (deels voor het transparantieportaal)
- Werkafspraken tussen de urologen (NVU) en radiotherapeuten (NVRO) over de toepassing van hormonale behandeling na radiotherapie
- ProZIB heeft (in)direct bijgedragen tot ophogen van de volumennorm van 20 naar 50 en naar 100 radicale prostatectomieën

Vervolg(onderzoek)



Inmiddels worden met behulp van ProZIB informatie aanvullende vraagstellingen onderzocht zoals:

- Wat is de relatie tussen positieve snijranden bij een radicale prostatectomie en het terugkeren van de ziekte?
- Wat is de relatie tussen positieve lymfklieren na radicale prostatectomie en het terugkeren van ziekte?
- Wat is het effect van diagnostisch MRI-onderzoek op het vóórkomen van prostaatkanker, het ziektestadium, de behandeling en uitkomsten van behandeling bij patiënten met prostaatkanker

Rijksen BLT, Pos FJ, Hulshof MCCM, Vernooij RWM, Jansen H, van Andel G, Wijsman BP, Somford DM, Busstra MB, van Moorselaar RJA, Kaa CAH, van Leenders, GJLH, Hamberg P, van den Berkmoortel F, Fütterer JJ, Kiemeny LA, van Oort IM, Aben KKH. Variation in the Prescription of Androgen Deprivation Therapy in Intermediate- and High-risk Prostate Cancer Patients Treated with Radiotherapy in the Netherlands, and Adherence to European Association of Urology Guidelines: A Population-based Study. Eur Urol Focus. 2019 Nov 17. pii: S2405-4569(19)30346-3.

Jansen H, van Oort IM, van Andel G, Wijsman BP, Pos FJ, Hulshof MCCM, Hulsbergen-van de Kaa CA, van Leenders GJLH, Fütterer JJ, Somford DM, Busstra MB, van Moorselaar RJA, Kiemeny LA, Aben KKH. Immediate treatment vs. active-surveillance in very-low-risk prostate cancer: the role of patient-, tumour-, and hospital-related factors. Prostate Cancer Prostatic Dis. 2019 May;22(2):337-343.

Hueting TA, Cornel EB, Somford DM, Jansen H, van Basten JA, Pleijhuis RG, Korthorst RA, van der Palen JAM, Koffijberg H. External Validation of Models Predicting the Probability of Lymph Node Involvement in Prostate Cancer Patients. Eur Urol Oncol. 2018 Oct;1(5):411-417.

Walraven JEW, Desar IME, Hoeven van der JJM, Aben KKH, Hillegersberg van R, Rasch CRN, Lemmens VEPP, Verhoeven RHA. Analysis of 105.000 patients with cancer: have they been discussed in oncologic multidisciplinary team meetings? A nationwide population-based study in the Netherlands. Eur J Cancer. 2019 Nov;121:85-93.

Kankerzorg in Beeld. Over leven met en na kanker. IKNL 2019.

Eindrapportage ProZIB. Prostaatkankerzorg in Nederland. IKNL 2019.

Vernooij RWM, Cremers RGHM, Jansen H, Somford DM, Kiemeny LA, van Andel G, Wijsman BP, Busstra MB, van Moorselaar RJA, Pos FJ, Hulshof MCCM, Hamberg P, van den Berkmoortel F, Hulsbergen-van de Kaa CA, van Leenders GJLH, Fütterer JJ, van Oort IM, Aben KKH. Urinary incontinence and erectile dysfunction in patients with localized or locally advanced prostate cancer: A nationwide observational study. Submitted.

ProZIB | Stuurgroep

Urologen:

Dr. G. van Andel, Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Amsterdam
Dr. M.B. Busstra, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam
Dr. I. van Oort, Radboud universitair medisch centrum, Nijmegen
Prof. Dr. J. van Moorselaar, Amsterdam Universitair Medische Centra, Amsterdam
Dr. D.M. Somford, Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen
Dr. B.P. Wijsman, Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis, Tilburg

Radiotherapeuten:

Dr. M.C.C.M. Hulshof, Amsterdam Universitair Medische Centra, Amsterdam
Dr. F.J. Pos, Antoni van Leeuwenhoek – Nederlands Kanker Instituut, Amsterdam

Pathologen:

Dr. C.A. Hulsbergen – van de Kaa, Laboratorium Pathologie Oost-Nederland
Dr. G.J.L.H. van Leenders, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam

Radiologen:

Prof. Dr. J.J. Fütterer, radioloog, Radboudumc, Nijmegen

Medisch oncologen:

Dr. F. van den Berkenmortel, Atrium Medisch Centrum, Heerlen
Dr. A.P. Hamberg, Franciscus Gasthuis & Vlietland, Rotterdam

Kankerepidemiologen:

Dr. K.K.H. Aben, Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL), Utrecht
Prof. Dr. L.A. Kiemeney, Radboud universitair medisch centrum, Nijmegen

Uitvoerend onderzoekers:

Dr. H. Jansen, Integraal Kankercentrum Nederland
Dr. R. Vernooij, Integraal Kankercentrum Nederland

Onderzoeksassistent:

Mw. E. Wijnen

De patiëntvereniging Prostaatkankerstichting.nl is betrokken geweest maar heeft geen deel uitgemaakt van de stuurgroep.

Voor meer informatie



www.prozib.nl / www.iknl.nl



Katja Aben (K.Aben@iknl.nl)