

PERSBERICHT 5 mei '21

—

Kwaliteitsindicatoren voor long- en rectumkanker in Vlaamse ziekenhuizen

Meer dan 50 ziekenhuizen maken op [Zorgkwaliteit.be](https://zorgkwaliteit.be) nieuwe resultaten bekend op de kwaliteitsindicatoren voor oncologie. Het betreft de eerste resultaten voor longkanker (2012-2016) en een update van de indicatoren voor rectumkanker (2012-2017). In de komende jaren volgen we de evolutie in de resultaten verder op.

Belgische ziekenhuizen met zorgprogramma's voor oncologische basiszorg en ziekenhuizen met zorgprogramma's voor oncologie en diensten voor anatomopathologie zijn wettelijk verplicht mee te werken aan de kankerregistratie, en dit via Stichting Kankerregister¹. Op basis van deze registraties ontwikkelden Vlaamse ziekenhuizen in de schoot van het Vlaams Indicatorenproject Algemene Ziekenhuizen (VIP² AZ) kwaliteitsindicatoren voor long- en rectumkanker. Deze indicatorensets werden ontwikkeld door multidisciplinair samengestelde ontwikkelingsgroepen met brede vertegenwoordiging vanuit de sector, gebaseerd op eerdere rapporten van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg en in samenwerking met de Stichting Kankerregister.

Via het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg (VIKZ) stellen meer dan 50 deelnemende Vlaamse ziekenhuizen hun resultaten op die kwaliteitsindicatoren publiek beschikbaar. Deelname is vrijwillig. Via [Zorgkwaliteit.be](https://zorgkwaliteit.be) biedt het VIKZ elke zorgvoorziening in Vlaanderen een platform om de resultaten te publiceren en vergelijken.

Minister Wouter Beke, Vlaams minister voor Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding: *“Via deze kwaliteitsindicatoren wil Vlaanderen de kwaliteit van zorg in de ziekenhuizen in kaart brengen en voortdurend verfijnen. Met deze informatie kunnen de ziekenhuizen hun werking intern verbeteren, maar ook vergelijken met ziekenhuizen die een vergelijkbaar zorgaanbod aanbieden. Op termijn moet het patiënten ook toelaten om aan de hand van deze informatie een meer doordachte beslissing maken over welk ziekenhuis zij verkiezen voor een bepaalde behandeling. Vlaanderen wil een zorgaanbod genereren van wereldklasse, en deze indicatoren zijn een belangrijk instrument om een hoog niveau van zorg te bereiken.*

Svin Deneckere, directeur VIKZ: *“De keuze voor transparantie heeft naast maatschappelijke verantwoording van geleverde zorg ook als doel om de kwaliteit van zorg verder op te volgen. Met de longkankerindicatoren wordt nu een nieuw oncologisch domein gelanceerd binnen het VIKZ.”*

De resultaten dateren van enkele jaren terug. Het betreft dan ook patiënten die minstens drie jaar geleden hun behandeling startten. Om de overleving over meerdere jaren te kunnen berekenen, en de nodige gegevens te verzamelen kunnen meer recente gegevens niet gebruikt worden. Voor longkanker werd de publicatie ook met een jaar uitgesteld omwille van de pandemie.

Svin Deneckere, directeur VIKZ: *“Impact van meer recente ontwikkelingen is zo nog niet zichtbaar. Minder dan op de resultaten willen we dan ook vooral focussen op het traject van kwaliteitsopvolging dat we hiermee opzetten. Zo kunnen we voor rectumkanker ondertussen ook evolutie in resultaten in kaart brengen en volgen er in de komende jaren verdere updates op alle oncologiedomeinen binnen*

¹ <https://kankerregister.org/>

VIKZ. Ook willen we onderzoeken of en hoe een koppeling kan gemaakt worden tussen de huidige indicatoren en o.m. levenskwaliteit gemeten aan de hand van patiëntgerapporteerde outcome (PROMs)."

Op Zorgkwaliteit.be zijn alle resultaten beschikbaar, worden ze uitgebreid toegelicht en kan je ze ook vergelijken tussen ziekenhuizen. Elk ziekenhuis heeft de mogelijkheid om de eigen resultaten toe te lichten. Voor individuele resultaten verwijzen we steeds naar de voorzieningen zelf. Deze indicatoren geven een idee over de kwaliteit van zorg per kankertype, maar geen totaalbeeld, en al zeker niet over de gehele zorgkwaliteit in het ziekenhuis. Gebruik de resultaten dan ook met de nodige omzichtigheid. Bespreek ze steeds met uw arts en zorgverlener als u hierover vragen heeft.

Eerste resultaten voor longkanker

53 Vlaamse ziekenhuizen namen deel. Het betreft resultaten voor patiënten gediagnosticeerd in de periode 2012-2016. De procesindicatoren brengen de kwaliteit van de registratie bij longkanker in kaart. De behandeling van longkanker vereist een nauwgezette coördinatie tussen verschillende medische en paramedische disciplines, waarbij deze multidisciplinair op maat wordt bepaald op basis van het kankertype, het stadium van de kanker en de algemene gezondheidstoestand van de patiënt. Een goede klinische registratie is dan ook essentieel om de diagnose te verfijnen en een aangepaste behandeling op te stellen.

De resultaatsindicatoren brengen de overlevingskans na longkanker in kaart. Om te komen tot een eerlijke basis voor vergelijking worden enkel patiënten meegenomen die aan vooraf bepaalde, gelijke criteria voldoen. Hierdoor is het weergegeven aantal patiënten per ziekenhuis vaak kleiner dan het werkelijk aantal behandelde patiënten. Ook zijn een minimum aantal patiënten nodig om betrouwbare, betekenisvolle conclusies te trekken. Daarom worden de resultaten van ziekenhuizen die minder dan dit minimum aantal patiënten behandelden niet weergegeven.

Er werden gecorrigeerde indicatoren berekend. Dit betekent dat wordt rekening gehouden met een aantal factoren zoals leeftijd, zelfredzaamheid en ernst van de aandoening, die de patiëntenpopulatie per ziekenhuis bepalen en een invloed kunnen hebben op de resultaten van die indicatoren. Niet elk ziekenhuis zal nadat de kankerdiagnose bij een patiënt is vastgesteld ook effectief de behandeling uitvoeren. Het centrum van diagnose kan dus verschillend zijn van het centrum van behandeling. Zo dient er voor de radiotherapeutische behandeling steeds te worden doorverwezen naar een erkend radiotherapeutisch centrum. Maar ook voor de chirurgische ingreep wordt er in bepaalde gevallen doorverwezen naar een ander ziekenhuis. Afhankelijk van de indicator wordt het resultaat toegewezen aan het diagnose- of behandelcentrum.

Conclusies voor de procesindicatoren:

1. Twee derde van de diagnostische centra behaalde de gewenste streefwaarde van 95% van het aantal patiënten waarbij het klinisch TNM²-stadium werd geregistreerd. De spreiding tussen ziekenhuizen is groot.
2. Iets meer dan de helft van de behandelcentra behaalde de gewenste streefwaarde van 90% van het aantal geopereerde patiënten waarbij een pathologisch TNM-stadium werd geregistreerd.
3. Zo goed als alle diagnostische centra behaalden de streefwaarde van 80% van het aantal patiënten waarbij een histopathologische bevestiging van de diagnose werd geregistreerd.

² De TNM Classificatie van Maligne Tumoren (TNM) is het systeem dat de uitbreiding van de kanker bepaalt. Deze dient standaard te worden bepaald zowel aan de hand van klinisch onderzoek en beeldvorming (klinisch TNM-stadium) als op basis van het microscopisch weefselonderzoek na chirurgische resectie (pathologisch TNM-stadium).

4. Iets minder dan de helft van de diagnostische centra behaalden de gewenste streefwaarde van 95% van het aantal patiënten bij wie de WHO performantiestatus³ bij de diagnose werd gerapporteerd.

Conclusies voor de resultaatsindicatoren:

5. Voor het gecorrigeerd⁴ geobserveerd relatief sterfterisico (hazard ratio) binnen een jaar voor alle patiënten met longkanker: resultaten beschikbaar voor 53 ziekenhuizen, met in totaal 18.231 geïncludeerde patiënten (spreiding: 102 – 1.055 patiënten per centrum)

Resultaat: Deze indicator is voor het merendeel van de ziekenhuizen gelijkaardig. Toch is het sterfterisico binnen het jaar na de diagnose van longkanker in een tiental Vlaamse ziekenhuizen statistisch significant lager dan voor de gemiddelde Vlaamse longkankerpatiënt, en in een tiental ziekenhuizen statistisch significant hoger. Opvallend: deze sterfttekans lijkt onafhankelijk van het aantal patiënten dat in een centrum werd gediagnosticeerd.

6. Voor de gecorrigeerde⁴ 90-dagen postoperatieve sterfte voor NSCLC⁵ patiënten met klinisch stadium I-IIIa: resultaten beschikbaar voor 22 ziekenhuizen, met in totaal 2.058 geïncludeerde patiënten (spreiding: 31 – 391 patiënten per centrum).

Resultaat: In zo goed als alle behandelcentra was er geen significant hoger sterfterisico binnen 90 dagen na resectie ten opzichte van de gemiddelde geopereerde Vlaamse longkankerpatiënt met klinisch stadium I-IIIa.

7. Voor de gecorrigeerde⁴ 60-dagen post-radiotherapie sterfte voor NSCL en SCLC patiënten met klinisch stadium III: resultaten beschikbaar voor 13 bestralingscentra, met in totaal 1.957 geïncludeerde patiënten (spreiding: 69 – 308 patiënten per centrum).

Resultaat: In geen enkel bestralingscentrum is er een significant hogere of lagere kans op overlijden binnen de 60 dagen na de bestraling voor deze groep van patiënten.

Prof. Dr. Jan Van Meerbeeck, longarts-oncoloog UZ Antwerpen: *“Volledige en kwaliteitsvolle data overmaken aan het Kankerregister is onmisbaar voor de algemene opvolging van de zorgkwaliteit. Meten is weten. Deze resultaten zijn een belangrijke indicatie van de kwaliteitsvolle werking op dit vlak in de deelnemende ziekenhuizen en dienen beschouwd te worden als een uitgangspunt voor opvolging en verbetering, eerder dan voor vergelijking. Het is van belang dat deze gegevens verder worden opgevolgd, geüpdatet en zo mogelijk uitgebreid met patiënt-gerapporteerde uitkomsten. Ook kan het opzetten van longkankerscreening in Vlaanderen worden overwogen als tool om de overleving aan longkanker verder te verbeteren.”*

Dr. Luc Verbeke, radiotherapeut OLV Aalst : *“Het rapport van het VIKZ en de Stichting Kankerregister is de eerste oefening die in Vlaanderen werd gedaan om de longkankerzorg in beeld te brengen. Retrospectieve data moeten natuurlijk steeds met omzichtigheid worden geïnterpreteerd, maar ze kunnen toch nuttig zijn doordat elk ziekenhuis zicht krijgt op bepaalde aspecten van de geleverde zorg. Men kan er ook mee aan de slag om verbetertrajecten te implementeren. Radiotherapie is voor veel longkankerpatiënten een belangrijk onderdeel van de multidisciplinair onderbouwde behandelstrategie. Een goede samenwerking met chirurgen en oncologen is van cruciaal belang om de patiënt zo goed mogelijk te helpen. Er worden bijna continu nieuwe bestralingstechnieken ontwikkeld die vooral de bedoeling hebben de nevenwerkingen en de impact op de levenskwaliteit van patiënt verder te verminderen. De effecten op de kwaliteit van de geleverde zorg zullen we moeten blijven*

³ De Wereld GezondheidsOrganisatie (WHO) performantiestatus wordt gebruikt om niveau van functioneren, en dus de algemene gezondheidstoestand van een patiënt, aan te duiden.

⁴ Er wordt gecorrigeerd voor leeftijdscategorie bij diagnose, geslacht, klinisch stadium, histologisch subtype, WHO en comorbiditeiten en aantal hospitalisatiedagen in het jaar voor diagnose.

⁵ Longkanker wordt op basis van het uitzicht en de grootte van de cellen ingedeeld in Niet-kleincellig longcarcinoom (NSCLC, ongeveer 80% van alle longkankers) en Kleincellig longcarcinoom (SCLC, ongeveer 20% van alle longkankers).

opvolgen, dit niet alleen met klinische indicatoren, maar ook meer en meer met patiënt-gerelateerde uitkomstmaten.”

Dr. Kristof Cuppens, longarts-oncoloog Jessaziekenhuis: *“De medische behandelmethodes voor longkanker zijn ondertussen verder geëvolueerd. Zo passen we sinds 2016 immunotherapie toe, een behandeling waarbij het immuunsysteem van de patiënt wordt gebruikt om de kankercellen aan te vallen. De huidige beschikbare data tot en met 2016 kunnen we dan ook gebruiken als ankerpunt om in de komende jaren de resultaten te blijven opvolgen zodat de impact van deze ontwikkelingen kunnen worden geëvalueerd.”*

Dr. Ingel Demedts, longarts-oncoloog AZ Delta: *“Ook op het vlak van zorgorganisatie zijn er in de afgelopen jaren veel ontwikkelingen gerealiseerd. Zo wordt er meer multidisciplinair samengewerkt en worden er op niveau van medische diensten frequenter afspraken gemaakt omtrent doorverwijzing. Ook is in een aantal ziekenhuizen een digitaal zorgpad opgezet waarbij de patiënten zelf hun levenskwaliteit en mogelijke complicaties rapporteren. Deze initiatieven kunnen de kwaliteit verder bevorderen.”*

Update resultaten voor rectumkanker

In 2016 werd de set van kwaliteitsindicatoren voor rectumkanker ontwikkeld en in 2018 een eerste maal gepubliceerd. Het betreft allen zogenaamde "outcome"- of uitkomstindicatoren die de overlevingskans na rectumkanker in kaart brengen. Ze peilen naar:

- De relatieve overleving en het relatief sterfterisico binnen 3 of 5 jaar na rectumkanker diagnose voor alle patiënten en voor alle geopereerde patiënten (verwijderen van (een deel van) endeldarm).
- De sterftekans van geopereerde patiënten binnen de 30 en 90 dagen na de chirurgische ingreep.

In 2020 bekrachtigde de expertengroep de reeds bestaande indicatoren waarna deze indicatoren werden berekend voor 3 periodes: 2009-2011, 2012-2014 en 2015-2017. In de meest recente meetperiode namen 51 Vlaamse ziekenhuizen deel.

Om betekenisvolle conclusies te kunnen trekken, is er, net als voor longkanker, een minimum aantal patiënten nodig. Daarom worden de resultaten van ziekenhuizen die minder dan dit minimum aantal patiënten behandelden niet gepubliceerd. Ook werden de resultaten opnieuw gecorrigeerd voor een aantal factoren zoals leeftijd, zelfredzaamheid en ernst van de aandoening. Merk op dat het onmogelijk is om te corrigeren voor alle factoren die een invloed kunnen hebben op het sterfterisico, aangezien deze informatie niet allemaal voorhanden is. Uit de resultaten op alle (10) indicatoren beschikbaar op Zorgkwaliteit.be lichten we er volgende uit:

Relatieve 3-jaarsoverleving voor alle patiënten met rectumkanker:

1. Hoe interpreteren?: Hoe verhoudt de geobserveerde overleving bij rectumkankerpatiënten zich tot die voor een gelijkaardige groep personen zonder rectumkanker? Deze indicator vergelijkt de 3-jaarsoverleving van twee groepen: de geobserveerde 3-jaarsoverleving van patiënten met rectumkanker relatief tot die van een gelijkaardige groep van personen uit de algemene bevolking (zelfde leeftijd, geslacht, regio en kalenderjaar). Op basis van deze indicator kan geen correcte vergelijking gemaakt worden tussen ziekenhuizen. De relatieve overleving voor een ziekenhuis is immers specifiek voor de groep patiënten die dit ziekenhuis consulteerde. Bekijk hem daarom samen met de gecorrigeerde relatieve sterfterisico's.
2. Op Zorgkwaliteit.be kunnen de resultaten vergeleken worden tussen de drie periodes waardoor de evolutie in resultaten in kaart wordt gebracht, en dit zowel per ziekenhuis als over alle deelnemende ziekenhuizen (zie figuur hieronder).

3. De relatieve overleving van de gemiddelde patiënt met rectumkanker in Vlaanderen nam toe van 74.4%, over 77.2% naar 79.4%, een stijging van 5 procentpunt over 9 jaar.

Gecorrigeerd relatief sterfterisico (hazard ratio) binnen drie jaar voor alle patiënten met rectumkanker:

1. Hoe interpreteren?: Deze indicator is een maat voor hoeveel keer groter of kleiner het risico op overlijden is ten gevolge van *alle doodsoorzaken*, en niet enkel ten gevolge van rectumkanker, binnen de drie jaar na diagnose in een bepaald ziekenhuis in vergelijking met het gemiddelde Vlaamse ziekenhuis. Een hazard ratio groter (kleiner) dan 1 wijst op een hoger (lager) sterfterisico ten gevolge van alle doodsoorzaken in vergelijking tot het gemiddelde Vlaams ziekenhuis.
2. Voor de periode 2015-2017 zijn resultaten beschikbaar voor 29 van de 51 deelnemende ziekenhuizen, met in totaal 3.208 geïncludeerde patiënten (spreiding: 52 – 315 patiënten per ziekenhuis). De andere deelnemende ziekenhuizen hadden te weinig resultaten om te kunnen worden meegenomen voor deze gecorrigeerde indicator.
3. Voor het merendeel van de ziekenhuizen is de score op deze indicator gelijkaardig. Toch is het sterfterisico binnen drie jaar na de diagnose van rectumkanker voor de periode 2015-2017 in twee Vlaamse ziekenhuizen statistisch significant lager dan voor de gemiddelde Vlaamse rectumkankerpatiënt, en in twee ziekenhuizen statistisch significant hoger.

Gecorrigeerd relatief sterfterisico (odds ratio) 90 dagen na de operatie:

1. Hoe interpreteren?: Deze indicator is dus een maat voor de kwaliteit van de chirurgische behandeling. De gecorrigeerde vergelijking van de sterftekans na een ingreep wordt weergegeven aan de hand van een “odds ratio”⁶. Een odds ratio groter (kleiner) dan 1 wijst op een hogere (lagere) sterftekans in vergelijking tot het gemiddeld Vlaams ziekenhuis.
2. Voor de periode 2015-2017 zijn resultaten beschikbaar voor 24 van de 51 deelnemende ziekenhuizen, met in totaal 2109 geïncludeerde patiënten (spreiding: 41 – 240 patiënten per ziekenhuis).
4. In één ziekenhuis is het relatief sterfterisico 90 dagen na de operatie voor de periode 2015-2017 significant lager dan voor de gemiddelde Vlaamse rectumkankerpatiënt, en in zeven ziekenhuizen statistisch significant hoger.

Prof. dr. André D’Hoore, abdominale heekunde, UZ Leuven: *“De overlevingscijfers van rectumkanker in Vlaanderen zijn bij de hoogste van Europa. Toch kan het beter: we zien dat de noodzakelijke centralisatie, waar het vorige rapport al op wees, nog altijd onvoldoende werd doorgevoerd. Ongeveer de helft van alle Vlaamse ziekenhuizen behandelt jaarlijks zo weinig patiënten met rectumkanker dat er geen betrouwbare cijfers zijn en kwaliteitscontrole dus bemoeilijkt. Rectumkanker vraagt een complexe en multidisciplinaire behandeling. Experts raden daarom aan om een volumenorm op te leggen aan de ziekenhuizen, zodat patiënten met zekerheid de meest kwalitatieve zorg krijgen.”*

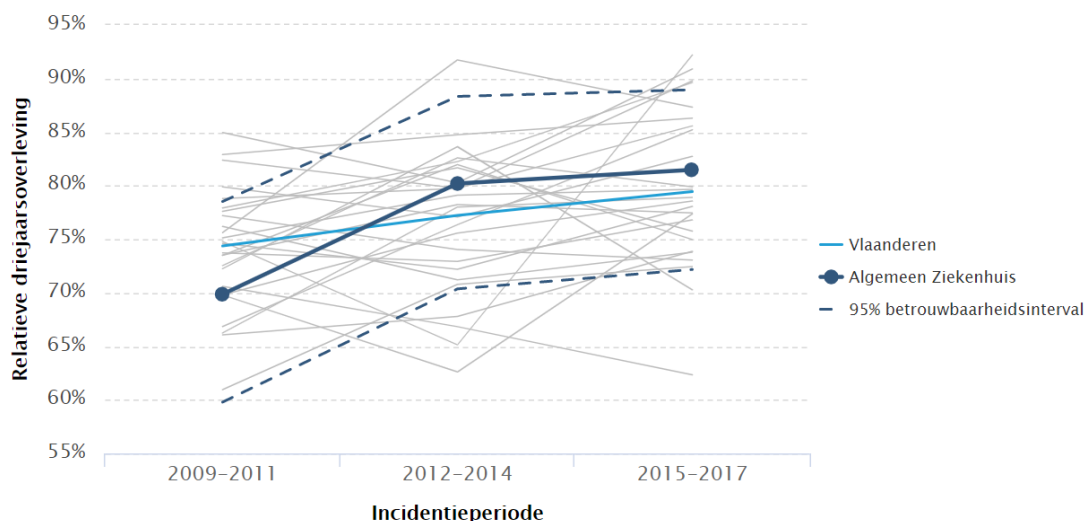
Dr. Marc Brosens, radiotherapeut, Jessaziekenhuis: *“De uitdaging bij behandeling van rectumkanker is het zorgen voor een nauwe samenwerking tussen chirurg, radiotherapeut en gastro-enteroloog. Dit maakt het verschil in outcome, en dit zowel voor overleving als levenskwaliteit.”*

Prof. dr. Marc Peeters, diensthoofd oncologie, digestief oncoloog, UZ Antwerpen: *“De significante verbetering van de overleving over een periode van 8 jaar is inderdaad de resultante van de inzet het gehele medisch én paramedisch team. Anderzijds moeten we de vinger aan de pols houden en alle*

⁶ De odds ratio is de verhouding tussen twee wedverhoudingen of odds. Daarbij is de wedverhouding de verhouding tussen de waarschijnlijkheid dat een gebeurtenis optreedt (zal optreden) en de waarschijnlijkheid dat ze niet optreedt (zal optreden).

ziekenhuizen blijven motiveren om adequate data aan te leveren. Het is de enige manier om in de toekomst verdere verbetering te realiseren en de nodige beleidsbeslissingen te nemen.”

Dr. Ellen Van Eetvelde, abdominale heelkunde, UZ Brussel: “De afgelopen jaren werd in een aantal Belgische centra expertise opgebouwd met robot-geassisteerde rectumchirurgie. De mogelijke impact van deze innovatieve techniek op de chirurgische kwaliteit en dus ook op de oncologische outcome en morbiditeit zit nog niet vevat in deze cijfers. Verder zien we dat voor sommige patiënten, na uitgebreid overleg, vaak levenskwaliteit primeert eerder dan een mogelijk beperkte overlevingswinst, waardoor afgeweken wordt van het geijkte behandelingsplan.”



© Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg

Figuur. Evolutie in relatieve 3-jaarsoverleving voor rectumkanker.

CONTACTGEGEVENS

Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg:
Svin Deneckere, Directeur
E-mail: svin.deneckere@vikz.be,
Tel: 0475 / 73 58 95

Woordvoerder minister Wouter Beke:
Bart Croes
Email: bart.croes@vlaanderen.be,
Tel: 0485 / 82 38 58

Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg:
dr. Joost Baert, Voorzitter
E-mail, joost.baert@klina.be,
Tel: 0486 / 68 04 56

Stichting Kankerregister:
Nancy Van Damme, Programma Directeur
Email: nancy.vandamme@kankerregister.org
Tel: 02 / 210 60 20