

Toetstabel Gynaecologische oncologie (DGOA) verslagjaar 2022

Operationalisatie	Aard van de wijziging	Criteria Toetsingskader	Advies werkgroep	PFN	FMS	V&VN	ZN	NVZ	NFU	ZKN	WSCie
Indicator 1											
	tekstuele wijzigingen; meetperiode gewijzigd	ja	Verplicht transparant	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord
Overweging ZIN	Er is consensus in de werkgroep over het verplicht transparant stellen van de indicator. Het proces van de samenwerkingsafspraken MSZ is gevolgd. Dit proces is vormgegeven als een verbetercyclus waarin de relevante partijen hun eigen toetsing uitvoeren (betrokkenheid relevante partijen en registraties, uitvoeren registratietoets, autoriseringsronde). Conform dit proces neemt het Zorginstituut het advies van de werkgroep over.										
Advies ZIN	verplicht transparant										
Indicator 2 (oud)											
	indicator wachttijd < 28 dagen is geschrapt		vervallen	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord
Overweging ZIN	Er is consensus in de werkgroep over het schrappen van deze indicator. Dit proces is vormgegeven als een verbetercyclus waarin de relevante partijen hun eigen toetsing uitvoeren (betrokkenheid relevante partijen en registraties, uitvoeren registratietoets, autoriseringsronde). Conform dit proces neemt het Zorginstituut het advies van de werkgroep over.										
Advies ZIN	Vervallen										
Indicator 2 (nieuw)											
	Nieuwe indicator "mediane wachttijd"	ja	Verplicht transparant	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord
Overweging ZIN	Er is consensus in de werkgroep over de nieuwe indicator. Het proces van de samenwerkingsafspraken MSZ is gevolgd. Dit proces is vormgegeven als een verbetercyclus waarin de relevante partijen hun eigen toetsing uitvoeren (betrokkenheid relevante partijen en registraties, uitvoeren registratietoets, autoriseringsronde). Conform dit proces neemt het Zorginstituut het advies van de werkgroep over.										
Advies ZIN	verplicht transparant										
Indicator 3											
	Kleine tekstuele wijzigingen	ja	Verplicht transparant	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord
Overweging ZIN	Er is consensus in de werkgroep over het verplicht transparant stellen van de gewijzigde indicator. Het proces van de samenwerkingsafspraken MSZ is gevolgd. Dit proces is vormgegeven als een verbetercyclus waarin de relevante partijen hun eigen toetsing uitvoeren (betrokkenheid relevante partijen en registraties, uitvoeren registratietoets, autoriseringsronde). Conform dit proces neemt het Zorginstituut het advies van de werkgroep over.										
Advies ZIN	Verplicht transparant										
Indicator 4											
	Definitie wijziging 'gecompliceerd beloop'	Criterion 1 t/m 6	Verplicht transparant	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord
Overweging ZIN	Er is consensus in de werkgroep over de gewijzigde definitie gecompliceerd beloop. Het proces van de samenwerkingsafspraken MSZ is gevolgd. Dit proces is vormgegeven als een verbetercyclus waarin de relevante partijen hun eigen toetsing uitvoeren (betrokkenheid relevante partijen en registraties, uitvoeren registratietoets, autoriseringsronde). Conform dit proces neemt het Zorginstituut het advies van de werkgroep over.										
Advies ZIN	Verplicht transparant										
Indicator 5											
	tekstuele wijzigingen	ja	Verplicht transparant	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord
Overweging ZIN	Er is consensus in de werkgroep over de tekstuele wijzigingen. Het proces van de samenwerkingsafspraken MSZ is gevolgd. Dit proces is vormgegeven als een verbetercyclus waarin de relevante partijen hun eigen toetsing uitvoeren (betrokkenheid relevante partijen en registraties, uitvoeren registratietoets, autoriseringsronde). Conform dit proces neemt het Zorginstituut het advies van de werkgroep over.										
Advies ZIN	Verplicht transparant										
Indicator 6 (oud)											
	vervallen	ja	vervallen	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord
Overweging ZIN	Er is consensus in de werkgroep over het schrappen van de oude indicator mortaliteit, een nieuwe is ontwikkeld. Het proces van de samenwerkingsafspraken MSZ is gevolgd. Dit proces is vormgegeven als een verbetercyclus waarin de relevante partijen hun eigen toetsing uitvoeren (betrokkenheid relevante partijen en registraties, uitvoeren registratietoets, autoriseringsronde). Conform dit proces neemt het Zorginstituut het advies van de werkgroep over.										
Advies ZIN	vervallen										
Indicator 6 (nieuw)											
	nieuwe indicator "Type operatie vroeg stadium endometriumcarcinoom"	ja	Verplicht transparant	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord
Overweging ZIN	Er is consensus in de werkgroep over het verplicht transparant stellen van de indicator. Het proces van de samenwerkingsafspraken MSZ is gevolgd. Dit proces is vormgegeven als een verbetercyclus waarin de relevante partijen hun eigen toetsing uitvoeren (betrokkenheid relevante partijen en registraties, uitvoeren registratietoets, autoriseringsronde). Conform dit proces neemt het Zorginstituut het advies van de werkgroep over.										
Advies ZIN	verplicht transparant										
Indicator 7											
	tekstuele wijzigingen en toevoegen subindicatoren respons en volledigheid	ja	Verplicht transparant	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord
Overweging ZIN	Er is consensus in de werkgroep over het verplicht transparant stellen van de gewijzigde indicator. Het proces van de samenwerkingsafspraken MSZ is gevolgd. Dit proces is vormgegeven als een verbetercyclus waarin de relevante partijen hun eigen toetsing uitvoeren (betrokkenheid relevante partijen en registraties, uitvoeren registratietoets, autoriseringsronde). Conform dit proces neemt het Zorginstituut het advies van de werkgroep over.										
Advies ZIN	verplicht transparant										

Indicatorenset

Dutch Gynaecological Oncology Audit (DGOA)

Uitvraag ziekenhuizen/zelfstandige behandelcentra (ZBC) over
verslagjaar 2022

Versie 2022.1, juni 2021

Meer informatie op:

- www.transparantieportaal.nl
- www.dica.nl
- www.zorginzicht.nl

Samengesteld door:

Organisaties van cliënten:

- NFK

Organisaties van zorgaanbieders of zorgverleners:

- NVOG

Organisaties van zorgverzekeraars of Wlz-uitvoerders:

- ZN

Overig:

-

Aanspreekpunt:

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). Dit faciliteert de route (aanlevering en publicatie) voor verplichte transparantie. De verplicht aangeleverde gegevens worden door Zorginstituut Nederland gepubliceerd.

Inhoud

1	Overzicht indicatoren	3
2	Algemene informatie	4
2.1	Uitgangspunten	4
2.2	Populatiebepaling	4
2.2.1	Meetperiode	4
2.2.2	Verhouding tussen indicatoren	5
2.3	Aanlevering van de gegevens	5
2.4	Indicatorenwerkgroep	5
3	Vast te leggen gegevens	6
4	Indicatoren	7
5	Wijzigingstabel	19
6	Bijlage: toelichting op informatie per indicator	20

1 Overzicht indicatoren

Indicator-nummer ¹	Indicatornaam	Bron ²	Transparantie? ³
1	Chirurgische volume	DGOA	Verplicht
2	Mediane wachttijd ovariumcarcinoom	DGOA	Verplicht
3	Debulking ovariumcarcinoom	DGOA	Verplicht
4	Gecompleeerd beloop	DGOA	Verplicht
5	Mortaliteit 30 dagen	DGOA	Verplicht
6	Type operatie vroeg stadium endometriumcarcinoom	DGOA	Verplicht
7	Patient Reported Outcome Measures (PROMs) respons en volledigheid	DGOA	Verplicht

¹ Kies in de gids voor een heldere nummering: 1, 2, 3 en voor subindicatoren 1a, 1b, 1c. Gelaagdheid, gebruik van punten of romeinse cijfers zorgt voor onduidelijkheid. Het indicatornummer is handig voor gebruik in deze gids, maar zorgt bij het raadplegen van gegevens van verschillende jaren vaak voor verwarring, omdat indicatornummers vaak wijzigen, terwijl de indicator zelf gelijk blijft. Om die reden geeft Zorginstituut Nederland een uniek indicator-ID (INID) af voor iedere verplichte indicator.

² Vul hier de bron in waarin de gegevens voor de indicator worden vastgelegd (bijvoorbeeld kwaliteitsregistratie X, EPD, ZIS, etc)

³ Vrijwillige indicatoren worden niet opgenomen op de Transparantiekalender en dus niet aangeleverd aan en gepubliceerd door Zorginstituut Nederland. Vrijwillige indicatoren worden gedeeld met zorgverzekeraars, cliëntorganisaties en zorgaanbieders

2 Algemene informatie

2.1 Uitgangspunten

De indicatoren zijn gebaseerd op de DGOA kwaliteitsregistratie. Aanlevering op ziekenhuisniveau/ZBC.

- Doel van deze indicatorset is (meerkeuze):
 - o interne sturing (waaronder leren & verbeteren)
 - o verkrijgen van transparantie over verleende zorg (waaronder samen beslissen)
 - o het afleggen van externe verantwoording

- Gepubliceerde transparante gegevens uit de openbare database zijn bedoeld voor (meerkeuze):
 - o Cliënten
 - o Zorgaanbieders en zorgverleners
 - o Zorgverzekeraars
 - o Wlz-uitvoerders en andere financiers
 - o Toezichthouders, waaronder de IGJ en NZa
 - o Onderzoekers

De indicatoren zijn gebaseerd op:

- o Professionele standaard, namelijk:
- o Kwaliteitsstandaard, namelijk:
 - het SONCOS normeringsrapport
<https://www.soncos.org/kwaliteit/normeringsrapport/>
 - Treeknormen

2.2 Populatiebepaling

Voor alle indicatoren in deze indicatorenset bestaat de populatie uit:

Inclusie DGOA:

Het betreft alle patiënten (elke leeftijd), gediagnosticeerd met een maligne tumor van het ovarium, de vulva, het endometrium en/of de cervix, die wel of geen behandeling ondergaan.

Exclusie DGOA:

Gynaecologische tumoren anders dan de reeds genoemde maligne tumoren in de inclusiecriteria.

Inclusie DGOA-R:

Het betreft alle patiënten (elke leeftijd), gediagnosticeerd met een maligne tumor van de vulva, het endometrium en/of de cervix, die enige vorm van radiotherapie ondergaan.

Exclusie DGOA-R:

Patiënten met een gynaecologisch maligne tumor, die afzien van enige vorm van behandeling.

Gynaecologische tumoren anders dan de reeds genoemde maligne tumoren in de inclusiecriteria.

2.2.1 Meetperiode

Vanaf 2022 wordt voor alle indicatoren de meetperiode verschoven van kalenderjaar naar 1-10 t/m 30-9. Dit is besloten naar aanleiding van het verzoek van de aanleverende partijen, die vanaf 2022 meer tijd zullen krijgen voor het completeren van de data

voorafgaand aan het sluiten van het transparantieportaal.

2.2.2 Verhouding tussen indicatoren

De verschillende indicatoren in deze indicatorenset zijn zorgvuldig gedefinieerd om zo goed mogelijk aan te sluiten bij (SONCOS) normen, richtlijnen en wetenschappelijke literatuur om kwaliteit van zorg nauwkeurig vast te leggen. Om dit te realiseren worden een aantal indicatoren over meerdere jaren gemeten, terwijl andere indicatoren zich richten op een specifieke subgroep van patiënten of behandelingen. Hierdoor is het niet altijd mogelijk om teller en noemer aantallen tussen de verschillende indicatoren met elkaar te vergelijken.

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 DGOA bestond in 2021 uit de volgende personen:

Mw. Dr. W.J. van Driel, gynaecoloog (voorzitter)
Dhr. Dr. J.W. Mens, radiotherapeut-oncoloog
Dhr. Dr. A.J. Kruse, gynaecoloog
Mw. Dr. R. Yigit, gynaecoloog
Mw. M. Engelen, gynaecoloog
Mw. Dr. T.C. Stam, radiotherapeut-oncoloog
Mw. Dr. M van der Aa, senior onderzoeker, IKNL
Mw. A. van der Kolk, vertegenwoordiger Olijf
Mw. J. Diepstraaten, vertegenwoordiger Olijf
Dhr. M.D. Algera, arts-onderzoeker DGOA

3 Vast te leggen gegevens

Om als zorgaanbieder deze indicatorset te kunnen aanleveren, moeten per cliënt de volgende gegevens (variabelen) worden vastgelegd:⁴

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

⁴ Als alle zorgaanbieders dezelfde (kwaliteits)registratie gebruiken kun je dit hoofdstuk leeg laten. Als er echter verschillen zijn in registratie of verwerker van gegevens is dit overzicht noodzakelijk om kwaliteit van de gegevens te borgen.

4 Indicatoren

Indicator naam	Chirurgische volume
Indicator nummer	1
Operationalisatie	Aantal gynaecologische behandelingen, dat in verband met een ovarium-, vulva-, endometrium- en/of cervixcarcinoom is uitgevoerd in verband met een nieuwe diagnose in het betreffende registratiejaar.
Informatie voor cliënten	Deze indicator geeft inzicht in het aantal behandelingen dat het ziekenhuis per jaar heeft gedaan in verband met eierstokkanker (ovariumcarcinoom), schaamlipkanker (vulvacarcinoom), baarmoederkanker (endometriumcarcinoom) of baarmoederhalskanker (cervixcarcinoom).
Relevantie en toepasbaarheid	Inzage in het volume van verschillende behandelingen per aandoening binnen de DGOA.
Type indicator	Structuur
Achtergrond van de indicator	Document: SONCOS normeringsrapport Initiator: DGOA
Doel van het meten en publiceren	Inzicht geven in de kwaliteit van de behandeling van gynaecologische maligne tumoren door het monitoren van de volumennorm.
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities*	
Datatype	Aantal
Teller A	Aantal <u>unieke patiënten</u> dat chirurgisch behandeld wordt wegens een gynaecologische maligne tumor, uitgesplitst per tumortype. 1) Aantal unieke patiënten dat middels een debulkingsoperatie behandeld wordt, i.v.m. een ovariumcarcinoom.** 2) Aantal unieke patiënten dat chirurgisch behandeld wordt, i.v.m. een vulvacarcinoom.*** 3) Aantal unieke patiënten dat chirurgisch behandeld wordt, i.v.m. een endometriumcarcinoom. 4) Aantal unieke patiënten dat chirurgisch behandeld wordt, i.v.m. een cervixcarcinoom.****
Teller B	Aantal <u>chirurgische behandelingen</u> , in verband met een gynaecologische maligne tumor, uitgesplitst per tumortype. 1) Aantal debulkingsoperaties, i.v.m. een ovariumcarcinoom.** 2) Aantal chirurgische behandelingen, i.v.m. een vulvacarcinoom.*** 3) Aantal chirurgische behandelingen, i.v.m. een endometriumcarcinoom. 4) Aantal chirurgische behandelingen, i.v.m. een cervixcarcinoom.****
Teller C	Aantal <u>unieke patiënten</u> , dat palliatief behandeld wordt, zonder chirurgie als onderdeel van de behandeling, in verband met een gynaecologische maligne tumor, uitgesplitst per tumortype. 1) Aantal unieke patiënten, dat palliatief behandeld wordt, zonder chirurgie als onderdeel van de behandeling, i.v.m. een ovariumcarcinoom. 2) Aantal unieke patiënten, dat palliatief behandeld wordt, zonder chirurgie als onderdeel van de behandeling, i.v.m. een vulvacarcinoom.

	<p>3) Aantal unieke patiënten, dat palliatief behandeld wordt, zonder chirurgie als onderdeel van de behandeling, i.v.m. een endometriumcarcinoom.</p> <p>4) Aantal unieke patiënten, dat palliatief behandeld wordt, zonder chirurgie als onderdeel van de behandeling, i.v.m. een cervixcarcinoom.</p>
Antwoordopties	Aantal; één antwoord mogelijk
Definitie	<p>*Teller A & B worden uitgevraagd o.b.v. verrichting datum, teller C wordt uitgevraagd o.b.v. incidentie datum (eerste presentatie bij de gynaecoloog).</p> <p>**Debulkingsoperaties ovariumcarcinoom: alle chirurgische ingrepen met de intentie tot primaire of interval debulking (ook als de ingreep door welke reden dan ook afgebroken wordt). Borderline tumoren worden <u>niet</u> meegerekend.</p> <p>***Chirurgie vulvacarcinoom: sentinel node of liesklierdissectie al dan niet in combinatie met: lokale excisie, ruime lokale excisie/ re-excisie, radicale vulvectomie of anders.</p> <p>****Chirurgie cervixcarcinoom: LLETZ, conisatie/ portioamputatie, radicale trachelectomie, uterusextirpatie, uterusextirpatie + bilaterale salpingo-oöphorectomie (BSO), radicale uterusextirpatie, radicale uterusextirpatie + BSO, salvage hysterectomie, exenteratie, klierdebulking, laparotomie of sentinel node.</p>
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria	Inclusie: alle patiënten (elke leeftijd), gediagnosticeerd met een maligne tumor van het ovarium, de vulva, het endometrium en/of de cervix, die wel of geen behandeling ondergaan.
Databron (registratie)	DGOA
Norm	Deze indicator is onderdeel van het SONCOS normeringsdocument: Teller 1B1, 1B2 en 1B4. Hierbij geldt een gemiddelde van 20 ingrepen per jaar gerekend over 3 jaar.
Meetperiode	<p>Teller A: 01-10-2021 t/m 30-09-2022 (1 jaar)</p> <p>Teller B: 01-10-2019 t/m 30-09-2022 (3 jaar)</p> <p>Teller C: 01-10-2021 t/m 30-09-2022 (1 jaar)</p>
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2018

Indicator naam	Mediane wachttijd ovariumcarcinoom
Indicator nummer	2
Operationalisatie	Mediaan aantal dagen wachttijd in behandelend centrum tussen de datum eerste bezoek en de datum start behandeling wegens ovariumcarcinoom. Tevens mediaan aantal dagen wachttijd tussen primaire of intervaldebulking en start aanvullende chemotherapie.
Informatie voor cliënten	Deze indicator geeft inzicht in de wachttijd tot eerste behandeling en doorlooptijd voor de verschillende behandelingen van eierstokkanker.
Relevantie en toepasbaarheid	Inzichtelijk maken van verschillen tussen ziekenhuizen wat betreft mediane wachttijd tot start eerste behandeling en mediane doorlooptijd tot start adjuvante chemotherapie.
Type indicator	Proces
Achtergrond van de indicator	Document: Treeknorm en SONCOS Initiator: DGOA
Doel van het meten en publiceren	Inzicht geven in eventuele verschillen in wachttijden en doorlooptijden van gecombineerde behandelingen.
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Aantal dagen
Teller A	Mediaan aantal dagen vanaf datum eerste bezoek* tot aan datum primaire debulking bij het hoog stadium ovariumcarcinoom**.
Teller B	Mediaan aantal dagen vanaf datum eerste bezoek* tot aan datum eerste chemotherapie in het geval van neo-adjuvante chemotherapie bij het hoog stadium ovariumcarcinoom.**
Teller C	Mediaan aantal dagen vanaf datum eerste bezoek* tot aan de datum stadiëring bij vermoeden op een laag stadium ovariumcarcinoom.***.
Teller D	Mediaan aantal dagen vanaf de primaire debulking of intervaldebulking tot aan de datum van de eerste adjuvante chemotherapie bij het hoog stadium ovariumcarcinoom**.
Antwoorδοpties	Eén antwoord mogelijk
Definities	*Datum eerste bezoek: datum waarop het gynaecologisch-oncologisch zorgtraject met een curatieve intentie wordt gestart, dit is de datum waarop de patiënte gezien wordt door de gynaecoloog-oncoloog of gynaecoloog met aandachtsgebied oncologie, in het ziekenhuis dat deze behandeling uitvoert. ** Hoog stadium ovariumcarcinoom: stadium IIB – IV *** Vermoeden op een laag stadium ovariumcarcinoom: patiënten met ovariumcarcinoom waarvoor een stadiëring wordt verricht.
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria	Inclusie: alle patiënten met een ovariumcarcinoom die met een curatieve intentie worden behandeld. Exclusie: alle patiënten met een ovariumcarcinoom die geen behandeling of een palliatieve behandeling ondergaan.
Databron (registratie)	DGOA
Norm	Teller A, B en C zijn op basis van de SONCOS-norm waarbij een maximum van 42 dagen gesteld is tussen het eerste poliklinische bezoek en start behandeling in het centrum waar de

	behandeling plaats vindt.
Meetperiode	01-10-2021 t/m 30-09-2022 (1 jaar)
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2022

Indicator naam	Debulking
Indicator nummer	3
Operationalisatie	Percentage unieke patiënten, met een hoog stadium ovariumcarcinoom, dat een debulkingsoperatie ondergaat.
Informatie voor cliënten	Deze indicator geeft inzicht in het aantal patiënten dat een primaire debulkingsoperatie (direct opereren gevolgd door chemotherapie) heeft ondergaan ten opzichte van het aantal patiënten dat een interval debulkingsoperatie heeft ondergaan (eerst chemotherapie, daarna opereren, gevolgd door nogmaals chemotherapie). Daarnaast geeft deze indicator inzicht in het percentage patiënten waarbij het resultaat van de debulkingsoperatie compleet is. Patiënten die een complete debulking kunnen ondergaan hebben in het algemeen een betere overleving.
Relevantie en toepasbaarheid	Inzage in de verhouding tussen primaire en interval debulkingsoperaties en compleetheid van de debulkingsoperaties.
Achtergrond van de indicator	Document: Initiator: DGOA
Doel van het meten en publiceren	Inzicht in het percentage patiënten die een primaire danwel intervaldebulking ondergaan als het percentage patiënten waar de debulking compleet is.
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Percentage
Teller A*	Aantal unieke patiënten met een hoog stadium ovariumcarcinoom**, waarbij een primaire debulking heeft plaatsgevonden.
Teller B*	Aantal unieke patiënten met een hoog stadium ovariumcarcinoom** waarbij de primaire debulking compleet*** is.
Teller C*	Aantal unieke patiënten met een hoog stadium ovariumcarcinoom**, waarbij de intervaldebulking compleet*** is.
Noemer A	Aantal unieke patiënten met een hoog stadium ovariumcarcinoom**, dat een primaire of interval debulkingsoperatie ondergaat.
Noemer B	Aantal unieke patiënten met een hoog stadium ovariumcarcinoom**, dat een primaire debulking ondergaat.
Noemer C	Aantal unieke patiënten met een hoog stadium ovariumcarcinoom**, dat een intervaldebulking ondergaat.
Antwoorδοpties	Percentage; één antwoord mogelijk
Definities	<p>* Teller A, B & C worden uitgevraagd o.b.v. verrichtingsdatum. ** Hoog stadium ovariumcarcinoom: stadium IIB – IV *** Complete debulking: macroscopisch abdominaal (intra-en retroperitoneaal) geen resttumor meer aanwezig.</p> <p>Primaire debulking: hieronder vallen alle patiënten die minimaal een primaire debulking hebben ondergaan en eventueel daarna een intervaldebulking.</p> <p>Intervaldebulking: hieronder vallen alle patiënten die een intervaldebulking hebben ondergaan en eventueel voorafgaand</p>

	<p>een primaire debulking.</p> <p>Debulkingsoperatie: elke operatie met de intentie een debulking te verrichten. Indien er een open-dicht procedure wordt verricht, wordt dit een incomplete debulking genoemd. Zo tellen bijvoorbeeld een incomplete primaire en optimale intervaldebulking bij dezelfde patiënte beiden mee voor respectievelijk het aantal primaire debulkings en het aantal intervaldebulkings.</p>
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria	<p>Inclusie: alle patiënten gediagnosticeerd met een ovariumcarcinoom die een in opzet curatieve debulkingsoperatie ondergaan.</p> <p>Exclusie: patiënten met een ovariumcarcinoom die een chirurgische behandeling anders dan debulking ondergaan, tevens alle patiënten met een ovariumcarcinoom die geen behandeling ondergaan. Borderline tumoren worden niet meegerekend.</p>
Databron (registratie)	DGOA
Meetperiode	01-10-2021 t/m 30-09-2022 (1 jaar)
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2017

Indicator naam	Gecompliceerd beloop
Indicator nummer	4
Operationalisatie	Percentage unieke patiënten met een ovarium-, vulva-, endometrium- en/of cervixcarcinoom, bij wie binnen 30 dagen na een chirurgische behandeling met curatieve intentie een gecompliceerd beloop optreedt.
Informatie voor cliënten	Deze indicator geeft inzicht in het percentage patiënten waarbij tijdens of na een operatie voor eierstokkanker (ovariumcarcinoom), schaamlipkanker (vulvacarcinoom), baarmoederkanker (endometriumcarcinoom) of baarmoederhalskanker (cervixcarcinoom) grote complicaties optreden. Een operatie heeft een gecompliceerd beloop als de opnameduur langer is dan 14 dagen in combinatie met een complicatie, wanneer het nodig is om een nieuwe ingreep uit te voeren, wanneer de patiënt langer dan 1 dag op de Intensive Care verblijft of de patiënt overlijdt.
Relevantie en toepasbaarheid	Inzage in optreden van complicaties tijdens of na chirurgische behandelingen wegens gynaecologische maligne tumoren.
Type indicator	Uitkomst
Achtergrond van de indicator	Document: Initiator: DGOA
Doel van het meten en publiceren	Geeft inzage in de kwaliteit van chirurgische behandelingen
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Percentage
Teller	Aantal unieke patiënten van de betreffende tumor bij wie binnen 30 dagen na een chirurgische behandeling met curatieve intentie een gecompliceerd beloop* optreedt.
Noemer A	Aantal unieke patiënten met een ovariumcarcinoom, dat een chirurgische behandeling met curatieve intentie ondergaat.
Noemer B	Aantal unieke patiënten met een vulvacarcinoom, dat een chirurgische behandeling met curatieve intentie ondergaat.
Noemer C	Aantal unieke patiënten met een endometriumcarcinoom, dat een chirurgische behandeling met curatieve intentie ondergaat.
Noemer D	Aantal unieke patiënten met een cervixcarcinoom, dat een chirurgische behandeling met curatieve intentie ondergaat.
Antwoorδοpties	Percentage; één antwoord mogelijk
Definitie	*Gecompliceerd beloop: er is sprake van een gecompliceerd beloop indien sprake is van één van onderstaande (of combinatie van onderstaande): <ul style="list-style-type: none"> • Opnameduur >14 dagen in combinatie met een complicatie • Overlijden tijdens ziekenhuisopname of binnen 30 dagen na operatie • Re-interventie vanwege een chirurgische complicatie • Levensbedreigende complicatie waarvoor opname op een bewaakte afdeling noodzakelijk is (>1 dag IC)
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria	Inclusie: het betreft alle patiënten (elke leeftijd), gediagnosticeerd met een maligne tumor van het ovarium, de vulva, het endometrium en/of de cervix, die een chirurgische

	behandeling met curatieve intentie ondergaan. Exclusie: patiënten met een gynaecologische maligne tumor, die geen chirurgische behandeling ondergaan.
Rekenregels en casemixcorrecties	Geen casemix correctie
Databron (registratie)	DGOA
Meetperiode	01-10-2020 t/m 30-09-2022 (2 jaar)
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2017

Indicator naam	Mortaliteit 30 dagen
Indicator nummer	5
Operationalisatie	Percentage unieke patiënten met een ovarium-, vulva-, endometrium- en/of cervixcarcinoom, dat een in opzet curatieve chirurgische behandeling ondergaat en binnen 30 dagen na laatst geregistreerde operatie of tijdens de ziekenhuisopname overlijdt.
Informatie voor cliënten	Deze indicator geeft inzicht in het aantal patiënten met eierstokkanker (ovariumcarcinoom), schaamlipkanker (vulvacarcinoom), baarmoederkanker (endometriumcarcinoom) of baarmoederhalskanker (cervixcarcinoom) dat tijdens of binnen 30 dagen na een operatie overlijdt.
Relevantie en toepasbaarheid	Inzage in mortaliteit cijfers binnen 30 dagen na de ingreep.
Type indicator	Uitkomst
Achtergrond van de indicator	Document: Initiator: DGOA
Doel van het meten en publiceren	Geeft inzage in de kwaliteit van de chirurgie en postoperatieve zorg.
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Percentage
Teller	Aantal unieke patiënten met de betreffende tumorsoort dat binnen 30 dagen na laatst geregistreerde operatie vanwege deze tumorsoort of tijdens de ziekenhuisopname* overlijdt.
Noemer A	Aantal unieke patiënten met een ovariumcarcinoom, dat een chirurgische behandeling met curatieve intentie ondergaat.
Noemer B	Aantal unieke patiënten met een vulvacarcinoom, dat een chirurgische behandeling met curatieve intentie ondergaat.
Noemer C	Aantal unieke patiënten met een endometriumcarcinoom, dat een chirurgische behandeling met curatieve intentie ondergaat.
Noemer D	Aantal unieke patiënten met een cervixcarcinoom, dat een chirurgische behandeling met curatieve intentie ondergaat.
Antwoorδοpties	Percentage; één antwoord mogelijk
Definitie	*Ziekenhuisopname: de opname die direct volgt op de chirurgische behandeling.
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria	Inclusie: alle patiënten (elke leeftijd), gediagnosticeerd met een maligne tumor van het ovarium, de vulva, het endometrium en/of de cervix, die een in opzet curatieve chirurgische behandeling ondergaan. Exclusie: patiënten met een gynaecologische maligne tumor, die geen chirurgische behandeling ondergaan.
Rekenregels en casemixcorrecties	Geen casemix correctie
Databron (registratie)	DGOA
Meetperiode	01-10-2020 t/m 30-09-2022 (2 jaar)
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2017

Indicator naam	Type operatie vroeg stadium endometriumcarcinoom
Indicator nummer	6
Operationalisatie	Percentage patiënten met een laag of intermediair risico endometrioid endometriumcarcinoom, dat middels een minimaal invasieve techniek geopereerd wordt.
Informatie voor cliënten	Deze indicator geeft inzicht in de manier van opereren van patiënten met vroeg stadium baarmoederkanker (endometriumcarcinoom).
Relevantie en toepasbaarheid	Inzicht in verschillen tussen centra wat betreft minimaal invasief opereren van patiënten met vroeg stadium endometriumcarcinoom.
Type indicator	Structuur
Relevantie	Inzicht geven in verschillen tussen centra wat betreft de techniek van opereren van patiënten met stadium I endometriumcarcinoom. Het heeft de voorkeur om deze patiënten middels een minimaal invasieve techniek te opereren.
Achtergrond van de indicator	Document: Initiator: DGOA
Doel van het meten en publiceren	Inzicht geven in de mate waarop minimaal invasieve techniek toegepast worden bij de chirurgische behandeling van patiënten met een laag of intermediair risico endometrioid endometriumcarcinoom.
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Percentage
Teller	Patiënten met een laag of intermediair risico endometrioid endometriumcarcinoom* die met een curatieve intentie worden geopereerd middels een minimaal invasieve procedure**.
Noemer	Patiënten met een laag of intermediair risico endometrioid endometriumcarcinoom* die met een curatieve intentie worden geopereerd.
Antwoordopties	Percentage; één antwoord mogelijk
Definities	* Laag of intermediair risico endometrioid endometriumcarcinoom: stadium IA graad 1-2, stadium IB graad 1-2 **Minimaal invasieve procedure: laparoscopie, robotgeassisteerde laparoscopie, vaginale uterusextirpatie met adnexextirpatie
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria	Inclusie: alle patiënten met een laag of intermediair risico endometrioid endometriumcarcinoom (stadium IA graad 1-2, stadium IB graad 1-2), die een in opzet curatieve chirurgische behandeling ondergaan.
Databron (registratie)	DGOA
Meetperiode	01-10-2021 t/m 30-09-2022
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2022

Indicator naam	PROMs respons en volledigheid
Indicator nummer	7
Operationalisatie	Percentage primair geopereerde patiënten in de klinische registratie van de DGOA welke preoperatief heeft deelgenomen aan de PROMs vragenlijsten.
Informatie voor cliënten	Met PROM-vragenlijsten wordt gemeten hoe patiënten na een behandeling zelf hun gezondheid en kwaliteit van leven ervaren. Als PROM-vragenlijsten structureel worden gebruikt en de antwoorden besproken worden in de spreekkamer, is dit een goed startpunt om de zorg aan te passen naar de persoonlijke behoeften van de patiënt. Deze indicator geeft inzicht in het percentage patiënten dat voor de operatie een PROM-vragenlijst heeft ingevuld en het percentage patiënten dat alle PROM-vragenlijsten heeft ingevuld.
Relevantie en toepasbaarheid	Inzicht krijgen in het aantal patiënten dat de PROMs vragenlijsten invult.
Type indicator	Proces
Achtergrond van de indicator	Document: Initiator: tripartiet
Doel van het meten en publiceren	Wanneer meer patiënten de PROMs invullen voor en na de behandeling zal er meer informatie beschikbaar komen over het effect van de behandeling op het ervaren van kwaliteit van leven. Deze indicator geeft inzicht in het aantal patiënten wat de PROMs invult en hoe dit verschilt per ziekenhuis.
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Percentage
Teller A	Aantal primair geopereerde patiënten in de klinische registratie van de DGOA welke preoperatief deel heeft genomen aan één van de PROMs vragenlijsten*.
Teller B	Aantal primair geopereerde patiënten in de klinische registratie van de DGOA welke alle PROMs vragenlijsten* heeft ingevuld.
Noemer	Aantal primair geopereerde patiënten in de klinische registratie van de DGOA.
Antwoordopties	Percentage; één antwoord mogelijk
Definitie	<p>*PROMs vragenlijst:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ovariumcarcinoom: EORTC-QLQ-C30 & EORTC-QLQ-OV28 preoperatief. • Vulvacarcinoom: EORTC-QLQ-C30 preoperatief. • Endometriumcarcinoom: EORTC-QLQ-C30 & EORTC-QLQ-EN24 preoperatief. • Cervixcarcinoom: EORTC-QLQ-C30 & EORTC-QLQ-CX24 preoperatief. <p>Uitleg: A: Responsindicator. De patiënt wordt meegerekend in de teller als één van de PROMs vragenlijsten preoperatief is ingevuld. Ook wanneer alle vragenlijsten preoperatief zijn ingevuld wordt de patiënt meegerekend in de teller. B: Volledigheidsindicator. De patiënt wordt alleen meegerekend in de teller als alle PROMs vragenlijsten preoperatief zijn ingevuld.</p>
Aggregatieniveau	Locatieniveau

In-/exclusiecriteria	Inclusie: alle patiënten (elke leeftijd), gediagnosticeerd met een maligne tumor van het ovarium, de vulva, het endometrium en/of de cervix, die een chirurgische behandeling ondergaan. Exclusie: patiënten met een gynaecologische maligne tumor, die geen chirurgische behandeling ondergaan
Databron (registratie)	DGOA
Meetperiode	01-10-2021 t/m 30-09-2022 (1 jaar)
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2016

5 Wijzigingstabel

Wijzigingstabel ten opzichte van de gids van verslagjaar 2021

Indicator	Wijziging
Algemeen	Meetperiode voor alle indicatoren gewijzigd van kalenderjaar naar 1-10 t/m 30-9.
1	Tekstuele wijzigingen. 1b meetperiode gewijzigd naar 3 jaar. 1b1 definitie verscherpt naar alleen debulkingsoperaties (sluit aan op SONCOS norm). 1c: definitie 'behandeld zonder chirurgie' is verscherpt.
2	Indicator 2 "wachtijd <28 dagen" is geschrapt. Nieuwe indicator "mediane wachtijd ovariumcarcinoom" op basis van interne indicator 10.
3	Tekstuele wijzigingen.
4	Tekstuele wijzigingen. Definitie wijziging gecompliceerd beloop.
5	Tekstuele wijzigingen.
6	Oude indicator 6 is geschrapt. Nieuwe indicator op basis van interne indicator 11.
7	Tekstuele wijzigingen en toevoegen subindicatoren respons en volledigheid

6 Bijlage: toelichting op informatie per indicator

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	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - verplicht (publicatie in Openbare Database van Zorginstituut Nederland) - vrijwillig (geen openbare publicatie. Doorlevering alleen naar patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en zorgaanbieders)
Rekenregels en definities	
Datatype	Het datatype dat moet worden aangeleverd: <ul style="list-style-type: none"> - 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 van de zorg (vaak een klantpreferentievraag), dan kan de vraag aan de instelling hier geplaatst worden. De operationalisatie is dan hoe de indicator wordt

	<p>gepubliceerd. Bijvoorbeeld: Vraag: "Op welke manier kunnen patiënten na de operatie contact opnemen bij vragen?" Operationalisatie: "Aangeboden manieren postoperatief contact"</p>
Antwoordopties	<p>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.</p>
Definitie	<p>Indien in de indicator termen worden gebruikt die enige toelichting nodig hebben, zodat betrouwbaar kan worden geregistreerd, dan wordt een definitie gegeven.</p>
Aggregatieniveau	<p>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.</p>
In-/exclusiecriteria populatie	<p>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.</p>
Rekenregels en casemixcorrecties	<p>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.</p>
Databron (registratie)	<p>De te gebruiken bron voor het berekenen van de indicatorwaarde. Bijvoorbeeld: LROI, NKR, DLCA-R, EPD, Zorgkaart Nederland</p>
Norm	<p>Als de indicator een norm kent, wordt deze hier in de indicatorgids vermeld. Ook de bron van de norm wordt vermeld.</p>
Meetperiode	<p>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 postoperatief 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.</p>
Aanleverfrequentie	<p>De frequentie waarmee de indicatoren aangeleverd worden. Afspraken over de frequentie worden landelijk gemaakt. Dit is momenteel één keer per jaar.</p>
Eerste aanleverdatum	<p>Geef aan op welke datum deze versie van de indicator bij het Zorginstituut moet worden aangeleverd. Deze datum wordt opgenomen op de Transparantiekalender.</p>