

Toetstabel Leverchirurgie verslagjaar 2022

Operationalisatie	Aard van de wijziging	Criteria Toetsingskader	Advies werkgroep	PFN	FMS	V&VN	ZN	NVZ	NFU	ZKN	WSCie
Indicator 1 t/m 4											
	<i>geen wijzigingen</i>	<i>Criterion 1 t/m 6</i>	<i>Verplicht transparant</i>	<i>akkoord</i>	<i>akkoord</i>	<i>akkoord</i>	<i>akkoord</i>	<i>akkoord</i>	<i>akkoord</i>	<i>akkoord</i>	<i>akkoord</i>
Overweging ZIN	Er is consensus in de werkgroep over het verplicht transparant behouden van de indicatoren. 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											
	<i>schrappen indicator</i>	<i>Criterion 1 t/m 6</i>	<i>schrappen</i>	<i>akkoord</i>	<i>akkoord</i>	<i>akkoord</i>	<i>akkoord</i>	<i>akkoord</i>	<i>akkoord</i>	<i>akkoord</i>	<i>akkoord</i>
Overweging ZIN	Er is consensus in de werkgroep over het schrappen van deze 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	schrappen										

Indicatorenset DHBA

Uitvraag ziekenhuizen/ZBC's 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:

-NVvH

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). Die 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
2.3	Aanlevering van de gegevens	4
2	Indicatorenwerkgroep	4
3	Vast te leggen gegevens	5
4	Indicatoren	5
5	Wijzigingstabel	11
6	Bijlage: toelichting op informatie per indicator	12

1 Overzicht indicatoren

Indicator-nummer	Indicatornaam	Bron¹	Transparantie?²
1	Deelname leverchirurgen	DHBA	Verplicht
2	Deelname interventieradiologen	DHBA	Verplicht
3	Aantal percutane leverablaties	DHBA	Verplicht
4	Aantal geregistreerde leveroperaties	DHBA	Verplicht

¹ Vul hier de bron van de indicator in (bijvoorbeeld kwaliteitsregistratie X, EPD, ZIS, etc.)

² Vrijwillige indicatoren worden niet opgenomen op de Transparantiekalender en dus niet aangeleverd aan en gepubliceerd door Zorginstituut Nederland. Vrijwillige indicatoren worden gedeeld met de Zorgverzekeraars, Patiëntenorganisaties en Zorgaanbieders

2 Algemene informatie

2.1 Uitgangspunten

De indicatoren zijn gebaseerd op de DHBA 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 Toezichhouders, 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/>
- o (Internationale) Indicatorenset, namelijk:
- o Afspraken over gegevensuitwisseling, namelijk:

2.2 Populatiebepaling

Voor alle indicatoren in deze indicatorenset bestaat de populatie uit:

Leverresecties voor colorectale levermetastasen en metastasen van andere origine.
Leverresecties voor alle primaire maligne en benigne levertumoren.
Leverresecties vanwege een verdenking op een maligne tumor van de galwegen of de galblaas.
Ablaties voor levertumoren (laparoscopisch, open, of percutaan).

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 DHBA bestond in 2020 uit de volgende personen:

Dhr. dr. D.J. Grünhagen en dhr. dr. M.C. Burgmans

3 Vast te leggen gegevens

Om als zorgaanbieder deze indicatorset te kunnen aanleveren, moeten per cliënt de volgende gegevens (variabelen) worden vastgelegd:¹

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

¹ Als álle 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

Indicatornaam	Deelname leverchirurgen
Indicatornummer	1
Operationalisatie	Deelname van de leverchirurgen aan de DHBA.
Informatie voor cliënten	Om inzicht te krijgen in de kwaliteit van de leveroperaties is het belangrijk dat de leverchirurgen over alle operaties gegevens aanleveren aan de kwaliteitsregistratie. De norm is dat dit voor alle leveroperaties wordt gedaan.
Relevantie en toepasbaarheid	Inzicht in de implementatie van de registratie in het ziekenhuis.
Type indicator	Structuur
Achtergrond van de indicator	Document: deelname aan de kwaliteitsregistratie DHBA is de norm vanuit de NVvH Initiator: tripartiet
Doel van het meten en publiceren	Stimuleren van deelname aan de kwaliteitsregistratie DHBA.
Relevantie	Inzicht in de implementatie van de registratie in het ziekenhuis.
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Ja/Nee
Vraag	Worden alle leveroperaties, die voldoen aan de in- en exclusie criteria, in de DHBA geregistreerd?
Antwoordopties	Ja/Nee; één antwoord mogelijk
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria	Leverresecties voor colorectale levermetastasen en metastasen van andere origine; leverresecties voor alle primaire maligne en benigne levertumoren; leverresecties vanwege een maligne tumor van de galwegen of de galblaas; ablaties levertumoren (laparoscopisch, open, of percutaan).
Rekenregels en casemixcorrecties	Nvt
Databron (registratie)	DHBA
Norm	Deelname is norm volgens NVvH. Deze indicator is onderdeel van het SONCOS normeringsdocument.
Meetperiode	01-01-2022 t/m 31-12-2022
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2017

Indicator naam	Deelname interventieradiologen
Indicator nummer	2
Operationalisatie	Deelname van de interventieradiologen aan de DHBA-interventie radiologie.
Informatie voor cliënten	Om inzicht te krijgen in de kwaliteit van de behandeling door de interventieradioloog* is het belangrijk dat zij gegevens aanleveren aan de kwaliteitsregistratie. Deze indicator is bedoeld om deelname aan de registratie te stimuleren.
Relevantie en toepasbaarheid	Inzicht in de implementatie van de registratie in het ziekenhuis.
Type indicator	Structuur
Achtergrond van de indicator	Document: Initiator: tripartiet
Doel van het meten en publiceren	Stimuleren van deelname aan de kwaliteitsregistratie DHBA interventie radiologie.
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Ja/Nee
Vraag	Is er tenminste één patiënt in de DHBA-interventie radiologie geregistreerd?
Antwoordopties	Ja/Nee; één antwoord mogelijk
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria	Leverresecties voor colorectale levermetastasen en metastasen van andere origine; leverresecties voor alle primaire maligne en benigne levertumoren; leverresecties vanwege een maligne tumor van de galwegen of de galblaas; ablaties levertumoren (laparoscopisch, open, of percutaan).
Rekenregels en casemixcorrecties	Nvt
Databron (registratie)	DHBA
Norm	Tot op heden is er geen norm voor deelname aan de registratie.
Meetperiode	01-01-2022 t/m 31-12-2022
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2018

Indicatornaam	Aantal percutane leverablaties
Indicatornummer	3
Operationalisatie	Aantal percutane leverablaties voor colorectale levermetastasen.
Informatie voor cliënten	Het aantal leverablaties* dat een ziekenhuis per jaar uitvoert in verband met uitzaaiingen in de lever als gevolg van darmkanker is een aanwijzing voor de ervaring die een ziekenhuis heeft met deze operaties. Over het algemeen geldt: hoe meer ervaring een chirurg en zijn team hebben met een operatie, hoe beter zij hem kunnen uitvoeren. Deze indicator geeft inzicht in het aantal leverablaties dat het ziekenhuis heeft gedaan. *Ablatie is een techniek waarbij de tumor(en) in de lever wordt verhit en hierdoor vernietigd
Relevantie en toepasbaarheid	Inzicht in het aantal leverablaties.
Type indicator	Structuur
Achtergrond van de indicator	Document: Initiator: tripartiet
Doel van het meten en publiceren	Waarborgen van de kwaliteit van zorg door volume van behandelingen inzichtelijk te maken.
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Aantal
Teller	Totaal aantal percutane leverablaties vanwege colorectale levermetastasen geregistreerd in de DHBA.
Antwoordopties	Aantal; één antwoord mogelijk
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria	Leverresecties voor colorectale levermetastasen en metastasen van andere origine; leverresecties voor alle primaire maligne en benigne levertumoren; leverresecties vanwege een maligne tumor van de galwegen of de galblaas; ablaties levertumoren (laparoscopisch, open, of percutaan).
Databron (registratie)	DHBA
Norm	Tot op heden is er geen normering voor het totaal aantal uit te voeren ablaties.
Meetperiode	01-01-2022 t/m 31-12-2022
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2019

Indicator naam	Aantal geregistreerde leveroperaties
Indicator nummer	4
Operationalisatie	Aantal geregistreerde leveroperaties in de DHBA.
Informatie voor cliënten	Het aantal operaties dat een ziekenhuis per jaar uitvoert (leveroperaties) is een aanwijzing voor de ervaring die het ziekenhuis heeft met deze operaties. Over het algemeen geldt: hoe meer ervaring een chirurg en zijn team hebben met een operatie, hoe beter zij hem kunnen uitvoeren. Deze indicator geeft inzicht in het aantal leveroperaties dat het ziekenhuis heeft gedaan. Door de artsen zelf is bepaald dat een ziekenhuis er minimaal 20 per jaar moet doen.
Relevantie en toepasbaarheid	Inzicht in het aantal verrichte leveroperaties.
Type indicator	Structuur
Achtergrond van de indicator	Document: SONCOS/NVvH normering Initiator: tripartiet
Doel van het meten en publiceren	Waarborgen van de kwaliteit van zorg door volume van behandelingen inzichtelijk te maken
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Aantal
Teller A	Totaal aantal leveroperaties (inclusief operaties waarbij geen resectie is verricht).
Teller B	Totaal aantal leverresecties.
Teller C	Totaal aantal major* leverresecties.
Teller D	Totaal aantal minor** leverresecties.
Antwoordopties	Aantal; één antwoord mogelijk
Definitie	*Major leverresectie: resectie van 3 of meer aansluitende segmenten. **Minor leverresectie: alle leverresecties behalve major resecties.
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria	Leverresecties voor colorectale levermetastasen en metastasen van andere origine; leverresecties voor alle primaire maligne en benigne levertumoren; leverresecties vanwege een maligne tumor van de galwegen of de galblaas; ablaties levertumoren (laparoscopisch, open, of percutaan).
Databron (registratie)	DHBA
Norm	Deze indicator is onderdeel van het SONCOS normeringsdocument (Teller B). Per jaar per locatie worden tenminste 20 lever-/galwegresecties verricht (SONCOS; Teller B). Per jaar per locatie worden tenminste 20 leverresecties verricht (NVvH).
Meetperiode	01-01-2022 t/m 31-12-2022
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste	2017 eerste versie; 2019 in huidige vorm

aanleverdatum	
----------------------	--

5 Wijzigingstabel

Wijzigingstabel ten opzichte van de gids van verslagjaar 2021

Indicator (nummer oud, nummer nieuw, INID)	Wijziging
5 Mortaliteit, INID014416, INID014417, INID014418	Terugtrekken als externe indicator

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

	<p>operationalisatie is dan hoe de indicator wordt gepubliceerd. Bijvoorbeeld: Vraag: "Op welke manier kunnen patiënten na de operatie contact opnemen bij vragen?" Operationalisatie: "Aangeboden manieren post-operatief contact"</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 post-operatief binnen het verslagjaar betekent dat de operatie ook in de laatste drie maanden van het voorgaande jaar kan zijn uitgevoerd. Soms wordt er een peildatum gebruikt in plaats van een meetperiode (vaak bij structuurindicatoren). De peildatum ligt dan vaak op 01-03 van het jaar ná het verslagjaar.</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>

	contact”
Antwoordopties	Bij vragen is het belangrijk aan te geven of er slechts één antwoord mogelijk is of meerdere antwoorden mogelijk zijn. Daarnaast moeten de antwoordopties vermeld worden.
Definitie	Indien in de indicator termen worden gebruikt die enige toelichting nodig hebben, zodat betrouwbaar kan worden geregistreerd, dan wordt een definitie gegeven.
In- /exclusiecriteria	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.
Casemix	Wanneer het relevant is voor een indicator kunnen cliëntkenmerken gebruikt worden voor het corrigeren van de indicatorwaarde. Hier moet worden aangegeven of er een casemixcorrectie plaatsvindt en op welke variabelen.
Databron (registratie)	De te gebruiken bron voor het berekenen van de indicatorwaarde. Bijvoorbeeld: LROI, NKR, DLCA-R, EPD, Zorgkaart Nederland
Norm	Als de indicator een norm kent, wordt deze hier in de indicatorgids vermeld. Ook de bron van de norm wordt vermeld.
Meetperiode	De meetperiode is de periode waarin de metingen worden gedaan. Dit is standaard het hele kalenderjaar (01-01 t/m 31-12), maar hier kan van worden afgeweken. Bij follow-upmetingen moet een expliciete keuze worden gemaakt: een meting drie maanden 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.
Aanleverfrequentie	De frequentie waarmee de indicatoren aangeleverd worden. Afspraken over de frequentie worden landelijk gemaakt. Dit is momenteel één keer per jaar.
Aanleverniveau	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.