

Indicatorenset DUCA

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, NIV, NVMDL, NVP

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	5
2.3	Aanlevering van de gegevens	5
2.4	Indicatorenwerkgroep	5
3	Vast te leggen gegevens	6
4	Indicatoren	7
5	Wijzigingstabel	25
6	Bijlage: toelichting op informatie per indicator	26

1 Overzicht indicatoren

Indicator- nummer¹	Indicatornaam	Bron²	Transparantie?³
1	Volume	DUCA	Verplicht
2	PROMs deelname	DUCA	Verplicht
3	Doorlooptijd	DUCA	Verplicht
4	Pathologie verslag	DUCA	Verplicht
5	Aantal lymfeklieren	DUCA	Verplicht
6	Radicaliteit resectie	DUCA	Verplicht
7	Gecomplliceerd beloop	DUCA	Verplicht
8	Postoperatieve mortaliteit	DUCA	Verplicht
9	Textbook outcome	DUCA	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 van de indicator in (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 de Zorgverzekeraars, Patiëntenorganisaties en Zorgaanbieders

2 Algemene informatie

2.1 Uitgangspunten

De indicatoren zijn gebaseerd op de DUCA 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 Kwaliteitsstandaard, namelijk: het SONCOS normeringsrapport <https://www.soncos.org/kwaliteit/normeringsrapport/>
- o Professionele standaard, namelijk:

2.2 Populatiebepaling

Voor alle indicatoren in deze indicatorset bestaat de populatie uit:

Inclusie:

- Primaire tumoren (slokdarm, slokdarm-maagovergang*, maag)
- Recidief tumoren (slokdarm, slokdarm-maagovergang*, maag, anastomose)
- Profylactische chirurgische resecties (bv. hooggradige dysplasie in Barrett slokdarm, CDH1/E-cadherine mutatie drager)

*Slokdarm-maagovergangstumoren worden in alle indicatoren meegenomen in de groep 'slokdarmcarcinoom'.

Exclusie:

- Niet-epitheliale tumoren (bv. GIST, sarcomen, melanomen)
- Patiënten bij wie in opzet geen resectie van de tumor gepland was maar alleen bv. een bypass
- Patiënten bij wie van het begin af aan gekozen is voor een niet-chirurgische behandeling (bv. alleen chemoradiotherapie)

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 DUCA bestond in 2021 uit de volgende personen:

Dhr. prof.dr. M.I. van Berge Henegouwen (voorzitter)

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 DUCA op <https://support.mrdm.nl/registraties/duca/>

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

Indicatornaam	Volume
Indicatornummer	1
Operationalisatie	Aantal patiënten dat een operatie ondergaat vanwege een slokdarm- of maagcarcinoom.
Informatie voor cliënten	Het aantal operaties dat een ziekenhuis per jaar uitvoert (maag- en slokdarmoperaties) in verband met maag- of slokdarmkanker is een aanwijzing voor de ervaring die het ziekenhuis heeft met deze operaties. Deze indicator geeft inzicht in het aantal maag- en slokdarmoperaties dat het ziekenhuis per jaar heeft gedaan. Door de artsen zelf is bepaald dat een ziekenhuis minimaal 20 operaties per jaar voor slokdarmkanker en 20 voor maagkanker moet doen.
Relevantie en toepasbaarheid	Deze indicator zorgt voor informatie over het al dan niet behalen van de norm.
Type indicator	Structuur
Achtergrond van de indicator	Document: volumenorm Initiator: NVvH
Doel van het meten en publiceren	Waarborgen van de kwaliteit van de chirurgische behandeling door middel van het monitoren van het al dan niet behalen van de norm.
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Aantal
Teller A	Slokdarmcarcinoom: aantal curatieve slokdarmresecties, zoals bepaald aan het einde van de operatie.
Teller B	Slokdarmcarcinoom: aantal curatieve maagresecties, zoals bepaald aan het einde van de operatie.
Teller C	Slokdarmcarcinoom: aantal palliatieve resecties, zoals bepaald aan het einde van de operatie.
Teller D	Slokdarmcarcinoom: aantal open-dicht operaties (eventueel bypass), zoals bepaald aan het einde van de operatie.*
Teller E	Slokdarmcarcinoom: aantal profylactische slokdarmresecties.
Teller F	Maagcarcinoom: aantal curatieve resecties, zoals bepaald aan het einde van de operatie.
Teller G	Maagcarcinoom: aantal palliatieve resecties, zoals bepaald aan het einde van de operatie.
Teller H	Maagcarcinoom: aantal open-dicht operaties (eventueel bypass), zoals bepaald aan het einde van de operatie.*
Teller I	Maagcarcinoom: aantal profylactische maagresecties.
Antwoordopties	Aantal; één antwoord mogelijk
Definitie	*Open-dicht procedures doen niet mee aan de norm.
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria	Inclusie: <ul style="list-style-type: none"> • Primaire tumoren (slokdarm, slokdarm-maagovergang*, maag) • Recidief tumoren (slokdarm, slokdarm-maagovergang*, maag, anastomose) • Profylactische chirurgische resecties (bv. hooggradige

	<p>dysplasie in Barrett slokdarm, CDH1/E-cadherine mutatie drager)</p> <p>*Slokdarm-maagovergangstumoren worden in alle indicatoren meegenomen in de groep 'slokdarmcarcinoom'.</p> <p>Exclusie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niet-epitheliale tumoren (bv. GIST, sarcomen, melanomen) • Patiënten bij wie in opzet geen resectie van de tumor gepland was maar alleen bv. een bypass • Patiënten bij wie van het begin af aan gekozen is voor een niet-chirurgische behandeling (bv. alleen chemoradiotherapie)
Rekenregels en casemixcorrecties	nvt
Databron (registratie)	DUCA
Norm	<p>Deze indicator is onderdeel van het SONCOS normeringsdocument.</p> <p>Per jaar per locatie worden ≥ 20 slokdarmresecties voor slokdarmcarcinoom verricht (NVvH, SONCOS) (Tellers: A,B,C,E)</p> <p>Per jaar per locatie worden ≥ 20 maagresecties voor maagcarcinoom verricht (NVvH, SONCOS). (Tellers: F,G,I)</p>
Meetperiode	01-01-2022 t/m 31-12-2022
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2014

Indicator naam	PROMs deelname
Indicator nummer	2
Operationalisatie	Het ziekenhuis neemt deel aan de verzameling van Patient Reported Outcome Measures (PROMs) in de klinische registratie van de DUCA.
Informatie voor cliënten	Met PROM-vragenlijsten wordt gemeten hoe patiënten zelf hun gezondheid en kwaliteit van leven ervaren voor en na de behandeling. Als PROM-vragenlijsten structureel worden gebruikt en worden besproken in de spreekkamer, is dit een goed startpunt om de zorg aan te passen op de persoonlijke behoeften van de patiënt. Deze indicator geeft aan of een ziekenhuis PROMs-vragenlijsten uitzet en minimaal één patiënt ze heeft ingevuld en is bedoeld om het gebruik van PROM-vragenlijsten te stimuleren.
Relevantie en toepasbaarheid	Kwaliteit van leven is een belangrijke uitkomstmaat, deelname aan de PROMs registratie van de DUCA laat zien dat een ziekenhuis aan het verzamelen van PROMs uitkomsten doet.
Type indicator	Structuur
Achtergrond van de indicator	Document: Initiator: tripartiet
Doel van het meten en publiceren	Kwaliteit van leven is een belangrijke uitkomstmaat, deelname aan de PROMs registratie van de DUCA laat zien dat een ziekenhuis aan het verzamelen van PROMs uitkomsten doet.
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Invul
Vraag	Neemt het ziekenhuis deel aan de verzameling van PROMs binnen de klinische registratie van de DUCA*?
Antwoordoptyes	Ja/Nee; één antwoord mogelijk
Definitie	*Deelname houdt in dat een ziekenhuis aangemeld is voor deelname aan de PROMs in de klinische registratie van de DUCA. Dit houdt in dat door tenminste één patiënt de PROMs vragenlijst is ingevoerd in de DUCA-database. Deze indicator zal direct uit de PROMs registratie worden berekend.
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria	Inclusie: <ul style="list-style-type: none"> • Primaire tumoren (slokdarm, slokdarm-maagovergang*, maag) • Recidief tumoren (slokdarm, slokdarm-maagovergang*, maag, anastomose) • Profylactische chirurgische resecties (bv. hooggradige dysplasie in Barrett slokdarm, CDH1/E-cadherine mutatie drager) *Slokdarm-maagovergangstumoren worden in alle indicatoren meegenomen in de groep 'slokdarmcarcinoom'. Exclusie: <ul style="list-style-type: none"> • Niet-epitheliale tumoren (bv. GIST, sarcomen, melanomen) • Patiënten bij wie in opzet geen resectie van de tumor gepland was maar alleen bv. een bypass • Patiënten bij wie van het begin af aan gekozen is voor een niet-chirurgische behandeling (bv. alleen chemoradiotherapie)

Rekenregels en casemixcorrecties	Nvt
Databron (registratie)	DUCA
Meetperiode	01-01-2022 t/m 31-12-2022
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2018

Indicator naam	Doorlooptijd
Indicator nummer	3
Operationalisatie	Mediane doorlooptijd tussen diagnose (datum van eerste biopt met PA-diagnose) en behandeling (datum endoscopische mucosale resectie (EMR), datum start neo-adjuvante behandeling of datum operatie) bij patiënten die een operatie ondergaan in verband met een slokdarm- of maagcarcinoom.
Informatie voor cliënten	Deze indicator geeft inzicht in de (doorloop)tijd* tussen diagnose en de start van een behandeling bij patiënten die geopereerd worden voor slokdarmkanker of maagkanker. * aantal dagen (mediaan)
Relevantie en toepasbaarheid	Er is gekozen om de mediane doorlooptijd te nemen in tegenstelling tot de eerder gebruikte indicator met het percentage patiënten dat <5 weken doorlooptijd had omdat een kortere doorlooptijd niet altijd betekent dat de kwaliteit van zorg beter is. Het woord 'wachtijd' is vervangen door 'doorlooptijd' omdat deze periode niet altijd letterlijke wachtijd is, maar er in deze periode soms juist aanvullende behandeling (fysiotherapie/diëtetiek ed.) gegeven wordt.
Type indicator	Proces
Achtergrond van de indicator	Document: Initiator: tripartiet
Doel van het meten en publiceren	Waarborgen van adequate doorlooptijden tussen diagnose en start van de behandeling.
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Aantal dagen
Teller A	Mediane doorlooptijd bij patiënten die een operatie ondergaan vanwege een slokdarmcarcinoom, niet verwezen vanuit een ander ziekenhuis.
Teller B	Mediane doorlooptijd bij patiënten die een operatie ondergaan vanwege een slokdarmcarcinoom, verwezen vanuit een ander ziekenhuis.
Teller C	Mediane doorlooptijd bij patiënten die een operatie ondergaan vanwege een maagcarcinoom, niet verwezen vanuit een ander ziekenhuis.
Teller D	Mediane doorlooptijd bij patiënten die een operatie ondergaan vanwege een maagcarcinoom, verwezen vanuit een ander ziekenhuis.
Antwoordopties	Aantal; één antwoord mogelijk
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria	Inclusie: <ul style="list-style-type: none"> • Primaire tumoren (slokdarm, slokdarm-maagovergang*, maag) • Recidief tumoren (slokdarm, slokdarm-maagovergang*, maag, anastomose) • Profylactische chirurgische resecties (bv. hooggradige dysplasie in Barrett slokdarm, CDH1/E-cadherine mutatie drager) * Slokdarm-maagovergangstumoren worden in alle indicatoren meegenomen in de groep 'slokdarmcarcinoom'. Exclusie:

	<ul style="list-style-type: none"> • Niet-epitheliale tumoren (bv. GIST, sarcomen, melanomen) • Patiënten bij wie in opzet geen resectie van de tumor gepland was maar alleen bv. een bypass • Patiënten bij wie van het begin af aan gekozen is voor een niet-chirurgische behandeling (bv. alleen chemoradiotherapie)
Rekenregels en casemixcorrecties	Mediaan van het aantal dagen tussen datum van eerste biopsie met PA-diagnose en eerste behandeling bij patiënten die een operatie ondergaan in verband met een slokarm- of maagcarcinoom. Geen casemix correctie.
Databron (registratie)	DUCA
Meetperiode	01-01-2022 t/m 31-12-2022
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2019

Indicator naam	Pathologieverslag
Indicator nummer	4
Operationalisatie	Percentage patiënten dat een curatieve resectie ondergaat vanwege een primair slokdarm- of maagcarcinoom, waarbij essentiële gegevens van het pathologieverslag in de DUCA zijn geregistreerd.
Informatie voor cliënten	Het is belangrijk dat bepaalde gegevens in ieder pathologieverslag staan. Welke gegevens dit zijn, is door artsen vastgelegd in een richtlijn. Deze indicator geeft inzicht in het percentage (%) patiënten bij wie al deze gegevens zijn geregistreerd in de kwaliteitsregistratie (DUCA*). *Dutch Upper Gastrointestinal Cancer Audit
Relevantie en toepasbaarheid	Nodig voor het betrouwbaar vergelijken van pathologische uitkomsten.
Type indicator	Proces
Achtergrond van de indicator	Document: richtlijn vereiste kenmerken pathologieverslag Initiator: tripartiet
Doel van het meten en publiceren	Stimuleren van het volledig registreren van de pathologie gegevens.
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Percentage
Teller	Aantal patiënten bij wie de volgens de richtlijn vereiste kenmerken van het pathologieverslag* in de DUCA zijn geregistreerd.
Noemer A	Aantal patiënten dat een curatieve resectie** ondergaat vanwege een primair slokdarmcarcinoom.
Noemer B	Aantal patiënten dat een curatieve resectie** ondergaat vanwege een primair maagcarcinoom.
Antwoordopties	Percentage; één antwoord mogelijk
Definitie	*Essentiële gegevens van het pathologieverslag: histologie, circumferentiële resectiemarge (alleen bij patiënten met een slokdarmcarcinoom), radicaliteit, pathologisch T-stadium, aantal beoordeelde lymfeklieren, aantal tumor- positieve lymfeklieren. **Aard van de ingreep zoals bepaald aan het einde van de operatie.
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria	Inclusie: <ul style="list-style-type: none"> • Primaire tumoren (slokdarm, slokdarm-maagovergang*, maag) • Recidief tumoren (slokdarm, slokdarm-maagovergang*, maag, anastomose) • Profylactische chirurgische resecties (bv. hooggradige dysplasie in Barrett slokdarm, CDH1/E-cadherine mutatie drager) *Slokdarm-maagovergangstumoren worden in alle indicatoren meegenomen in de groep 'slokdarmcarcinoom'. Exclusie: <ul style="list-style-type: none"> • Niet-epitheliale tumoren (bv. GIST, sarcomen, melanomen) • Patiënten bij wie in opzet geen resectie van de tumor gepland was maar alleen bv. een bypass

	Patiënten bij wie van het begin af aan gekozen is voor een niet-chirurgische behandeling (bv. alleen chemoradiotherapie)
Rekenregels en casemixcorrecties	Geen casemix
Databron (registratie)	DUCA
Meetperiode	01-01-2022 t/m 31-12-2022
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2014

Indicator naam	Aantal lymfeklieren
Indicator nummer	5
Operationalisatie	Percentage patiënten dat een curatieve resectie ondergaat vanwege een primair slokdarm- of maagcarcinoom, met ≥ 15 beoordeelde lymfeklieren in het resectiepreparaat.
Informatie voor cliënten	Inzicht in het aantal verwijderde lymfeklieren.
Relevantie en toepasbaarheid	Uit publicaties in het verleden is gebleken dat ≥ 15 lymfeklieren geassocieerd is met een betere overleving. Daarnaast is het onderzoeken van ≥ 15 lymfeklieren waarschijnlijk geassocieerd met betere stadiëring.
Type indicator	Uitkomst
Achtergrond van de indicator	Document: Initiator: tripartiet
Doel van het meten van de indicator	Het stimuleren om voldoende lymfeklieren peroperatief weg te halen en postoperatief pathologisch te onderzoeken.
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Percentage.
Teller	Aantal patiënten bij wie ≥ 15 lymfeklieren in het resectiepreparaat zijn beoordeeld.
Noemer A	Aantal patiënten dat een curatieve resectie* ondergaat vanwege een primair slokdarmcarcinoom.
Noemer B	Aantal patiënten dat een curatieve resectie* ondergaat vanwege een primair maagcarcinoom.
Antwoordopties	Percentage; één antwoord mogelijk
Definitie	*Aard van de ingreep zoals bepaald aan het einde van de operatie.
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria	Inclusie: <ul style="list-style-type: none"> • Primaire tumoren (slokdarm, slokdarm-maagovergang*, maag) • Recidief tumoren (slokdarm, slokdarm-maagovergang*, maag, anastomose) • Profylactische chirurgische resecties (bv. hooggradige dysplasie in Barrett slokdarm, CDH1/E-cadherine mutatie drager) * Slokdarm-maagovergangstumoren worden in alle indicatoren meegenomen in de groep 'slokdarmcarcinoom'. Exclusie: <ul style="list-style-type: none"> • Niet-epitheliale tumoren (bv. GIST, sarcomen, melanomen) • Patiënten bij wie in opzet geen resectie van de tumor gepland was maar alleen bv. een bypass Patiënten bij wie van het begin af aan gekozen is voor een niet-chirurgische behandeling (bv. alleen chemoradiotherapie)
Rekenregels en casemixcorrecties	Geen casemix
Databron (registratie)	DUCA
Meetperiode	01-01-2022 t/m 31-12-2022
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar

Aanleverniveau	Locatieniveau
Eerste aanleverdatum	2014

Indicatornaam	Radicaliteit resectie
Indicatornummer	6
Operationalisatie	Percentage patiënten dat een curatieve resectie ondergaat vanwege een primair slokdarm- of maagcarcinoom, waarbij de snijranden vrij zijn van tumorcellen.
Informatie voor cliënten	Het is belangrijk dat bij een operatie waarbij de tumor wordt verwijderd er geen tumorcellen meer worden aangetroffen in de snijranden. Als dit lukt, dan zijn er schone snijranden. Deze indicator geeft inzicht in het percentage (%) patiënten dat na de operatie schone snijranden heeft.
Relevantie en toepasbaarheid	Geassocieerd met betere overleving (zowel overall survival als conditionele survival).
Type indicator	Uitkomst
Achtergrond van de indicator	Document: Initiator: tripartiet
Doel van het meten en publiceren	Waarborgen kwaliteit van chirurgisch proces.
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Percentage
Teller	Aantal patiënten bij wie de snijranden vrij zijn van tumorcellen (R0 resectie*).
Noemer A	Aantal patiënten dat een curatieve resectie** ondergaat vanwege een primair slokdarmcarcinoom.
Noemer B	Aantal patiënten dat een curatieve resectie** ondergaat vanwege een primair maagcarcinoom.
Antwoordopties	Percentage; één antwoord mogelijk
Definitie	*R0 resectie: vanaf 1 januari 2014 geldt de definitie van The College of American Pathologists: geen tumorcellen in het snijvlak. **Aard van de ingreep zoals bepaald aan het einde van de operatie.
Aggregatieniveau	Locatie
In-/exclusiecriteria	Inclusie: <ul style="list-style-type: none"> • Primaire tumoren (slokdarm, slokdarm-maagovergang*, maag) • Recidief tumoren (slokdarm, slokdarm-maagovergang*, maag, anastomose) • Profylactische chirurgische resecties (bv. hooggradige dysplasie in Barrett slokdarm, CDH1/E-cadherine mutatie drager) *Slokdarm-maagovergangstumoren worden in alle indicatoren meegenomen in de groep 'slokdarmcarcinoom'. Exclusie: <ul style="list-style-type: none"> • Niet-epitheliale tumoren (bv. GIST, sarcomen, melanomen) • Patiënten bij wie in opzet geen resectie van de tumor gepland was maar alleen bv. een bypass Patiënten bij wie van het begin af aan gekozen is voor een niet-chirurgische behandeling (bv. alleen chemoradiotherapie)
Rekenregels en casemixcorrecties	Geen casemix correctie

Databron (registratie)	DUCA
Meetperiode	01-01-2022 t/m 31-12-2022
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2014

Indicator naam	Gecompliceerd beloop
Indicator nummer	7
Operationalisatie	Percentage patiënten dat een curatieve resectie ondergaat vanwege een primair slokdarm- of maagcarcinoom, waarbij er sprake is van een gecompliceerd beloop.
Informatie voor cliënten	Aan iedere operatie zijn risico's verbonden. Wanneer na de operatie een complicatie optreedt die leidt tot een opnameduur van meer dan 21 dagen óf een complicatie waarvoor een nieuwe ingreep nodig is óf een patiënt overlijdt dan is dit een operatie met gecompliceerd beloop. Deze indicator geeft inzicht in het percentage (%) patiënten dat een gecompliceerd beloop had bij een operatie* voor slokdarmkanker of maagkanker. *curatieve resectie
Relevantie en toepasbaarheid	Belangrijke uitkomstmaat. Onwenselijk resultaat op korte termijn, kwaliteit van leven en kosten van zorg. Daarnaast geassocieerd met slechtere overleving.
Type indicator	Uitkomst
Achtergrond van de indicator	Document: Initiator: tripartiet
Doel van het meten en publiceren	Waarborgen kwaliteit van chirurgisch proces.
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Percentage
Teller	Aantal patiënten waarbij er sprake is van een gecompliceerd beloop*.
Noemer A	Aantal patiënten dat een curatieve resectie** ondergaat vanwege een primair slokdarmcarcinoom.
Noemer B	Aantal patiënten dat een curatieve resectie** ondergaat vanwege een primair maagcarcinoom.
Antwoordopties	Percentage; één antwoord mogelijk
Definitie	*Gecompliceerd beloop: Postoperatieve complicatie (in de eerste 30 dagen of gedurende de opname) die gepaard gaat met een verlengde opnameduur (>21 dagen), reïnterventie of overlijden. **Aard van de ingreep zoals bepaald aan het einde van de operatie.
Aggregatieniveau	locatie
In-/exclusiecriteria	Inclusie: <ul style="list-style-type: none"> • Primaire tumoren (slokdarm, slokdarm-maagovergang*, maag) • Recidief tumoren (slokdarm, slokdarm-maagovergang*, maag, anastomose) • Profylactische chirurgische resecties (bv. hooggradige dysplasie in Barrett slokdarm, CDH1/E-cadherine mutatie drager) *Slokdarm-maagovergangstumoren worden in alle indicatoren meegenomen in de groep 'slokdarmcarcinoom'. Exclusie: <ul style="list-style-type: none"> • Niet-epitheliale tumoren (bv. GIST, sarcomen, melanomen) • Patiënten bij wie in opzet geen resectie van de tumor gepland was maar alleen bv. een bypass Patiënten bij wie van het begin af aan gekozen is voor een niet-

	chirurgische behandeling (bv. alleen chemoradiotherapie)
Rekenregels en casemixcorrecties	Casemix correctie toegepast
Databron (registratie)	DUCA
Meetperiode	01-01-2021 t/m 31-12-2022 (berekend over 2 jaren)
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2014

Indicator naam	Postoperatieve mortaliteit
Indicator nummer	8
Operationalisatie	Percentage patiënten dat een curatieve resectie ondergaat vanwege een primair slokdarm- of maagcarcinoom dat binnen 30 dagen na de operatie en/of tijdens de ziekenhuis opname overlijdt.
Informatie voor cliënten	Deze indicator geeft inzicht in het aantal patiënten dat tijdens de opname waarin de operatie plaatsvindt of binnen 30 dagen na een operatie* in verband met slokdarmkanker of maagkanker overlijdt. *curatieve resectie.
Relevantie en toepasbaarheid	Belangrijke maat, onwenselijke uitkomst.
Type indicator	Uitkomst
Achtergrond van de indicator	Document: Richtlijn Oesofaguscarcinoom Initiator: tripartiet
Doel van het meten en publiceren	Waarborgen kwaliteit van chirurgisch proces.
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Percentage
Teller	Aantal patiënten dat binnen 30 dagen na de operatie en/of tijdens de ziekenhuis opname overlijdt.
Noemer A	Aantal patiënten dat een curatieve resectie* ondergaat vanwege een primair slokdarmcarcinoom.
Noemer B	Aantal patiënten dat een curatieve resectie* ondergaat vanwege een primair maagcarcinoom.
Antwoordopties	Percentage; één antwoord mogelijk
Definitie	*Aard van de ingreep zoals bepaald aan het einde van de operatie.
Aggregatieniveau	Locatie
In-/exclusiecriteria	Inclusie: <ul style="list-style-type: none"> • Primaire tumoren (slokdarm, slokdarm-maagovergang*, maag) • Recidief tumoren (slokdarm, slokdarm-maagovergang*, maag, anastomose) • Profylactische chirurgische resecties (bv. hooggradige dysplasie in Barrett slokdarm, CDH1/E-cadherine mutatie drager) * Slokdarm-maagovergangstumoren worden in alle indicatoren meegenomen in de groep 'slokdarmcarcinoom'. Exclusie: <ul style="list-style-type: none"> • Niet-epitheliale tumoren (bv. GIST, sarcomen, melanomen) • Patiënten bij wie in opzet geen resectie van de tumor gepland was maar alleen bv. een bypass Patiënten bij wie van het begin af aan gekozen is voor een niet-chirurgische behandeling (bv. alleen chemoradiotherapie)
Rekenregels en casemixcorrecties	Casemix correctie toegepast
Databron (registratie)	DUCA

Meetperiode	01-01-2021 t/m 31-12-2022 (berekend over 2 jaren)
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2014

Indicator naam	Textbook outcome
Indicator nummer	9
Operationalisatie	Percentage patiënten dat een in-opzet-curatieve resectie ondergaat vanwege een slokdarm- of maagcarcinoom, waarbij sprake is van een textbook outcome.
Informatie voor cliënten	Textbook outcome geeft aan of de behandeling volledig volgens het boekje is verlopen. Textbook outcome is een zogenaamde samengestelde uitkomstmaat en wordt bepaald door verschillende factoren. Deze indicator geeft inzicht in het percentage (%) geopereerde patiënten waarbij de behandeling volledig volgens het boekje is verlopen.
Relevantie en toepasbaarheid	Belangrijke samengestelde maat. Geassocieerd met betere overleving (zowel overall survival als conditionele survival).
Type indicator	Uitkomst
Achtergrond van de indicator	Document: Busweiler LA, Schouwenburg MG, van Berge Henegouwen MI, Kolfschoten NE, de Jong PC, Rozema T, Wijnhoven BP, van Hillegersberg R, Wouters MW, van Sandick JW; Dutch Upper Gastrointestinal Cancer Audit (DUCA) group. Textbook outcome as a composite measure in oesophagogastric cancer surgery. Br J Surg. 2017 May;104(6):742-750. doi: 10.1002/bjs.10486. Epub 2017 Feb 27. PMID: 28240357. Initiator: tripartiet
Doel van het meten en publiceren	Waarborgen kwaliteit van chirurgisch proces.
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Percentage
Teller	Aantal patiënten waarbij sprake is van textbook outcome*.
Noemer A	Aantal patiënten dat een in-opzet-curatieve resectie** ondergaat vanwege een slokdarmcarcinoom.
Noemer B	Aantal patiënten dat een in-opzet-curatieve resectie** ondergaat vanwege een maagcarcinoom.
Antwoordopties	Percentage; één antwoord mogelijk
Definitie	*Textbook outcome: patiënten bij wie post-operatief sprake is van een curatieve resectie, geen peroperatieve complicatie optreedt, de resectie microscopisch radicaal, minimaal 15 lymfeklieren in het resectiepreparaat worden gevonden, geen ernstige*** postoperatieve complicatie optreedt, geen re-interventie (radiologisch, endoscopisch en/of chirurgisch) plaatsvindt, geen heropname op de IC/MC plaatsvindt, geen sprake is van een verlengde opnameduur (>21 dagen), geen sprake is van sterfte tijdens de opname of binnen 30 dagen na de operatie en geen sprake is van heropname binnen 30 dagen na ontslag. **Zoals bepaald voorafgaand aan de operatie. ***Ernstige complicatie: Graad III of hoger volgens de Landelijke Heelkundige Complicatie Registratie of Clavien Dindo graad III of hoger
In-/exclusiecriteria	Inclusie: <ul style="list-style-type: none"> • Primaire tumoren (slokdarm, slokdarm-maagovergang*, maag) • Recidief tumoren (slokdarm, slokdarm-maagovergang*,

	<p>maag, anastomose)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Profylactische chirurgische resecties (bv. hooggradige dysplasie in Barrett slokdarm, CDH1/E-cadherine mutatie drager) <p>*Slokdarm-maagovergangstumoren worden in alle indicatoren meegenomen in de groep 'slokdarmcarcinoom'.</p> <p>Exclusie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niet-epitheliale tumoren (bv. GIST, sarcomen, melanomen) • Patiënten bij wie in opzet geen resectie van de tumor gepland was maar alleen bv. een bypass <p>Patiënten bij wie van het begin af aan gekozen is voor een niet-chirurgische behandeling (bv. alleen chemoradiotherapie)</p>
Rekenregels en casemixcorrecties	Casemix correctie toegepast
Databron (registratie)	DUCA
Meetperiode	01-01-2021 t/m 31-12-2022 (berekend over 2 jaren)
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2020

5 Wijzigingstabel

Wijzigingstabel ten opzichte van de gids van verslagjaar 2021

Indicator (nummer oud, nummer nieuw, INID)	Wijziging
3 ,INID014221, INID014222, INID014223, INID014224	Operationalisatie: toevoeging endoscopische muscosale resectie (EMR) als mogelijke behandeling

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 gepubliceerd. Bijvoorbeeld: Vraag: "Op welke manier kunnen patiënten na de operatie contact opnemen bij vragen?" Operationalisatie: "Aangeboden manieren post-operatief 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.
Aggregatieniveau	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.
In- /exclusiecriteria populatie	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.
Rekenregels en casemixcorrecties	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.
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 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.
Aanleverfrequentie	De frequentie waarmee de indicatoren aangeleverd worden. Afspraken over de frequentie worden landelijk gemaakt. Dit is momenteel één keer per jaar.

Eerste aanleverdatum	Geef aan op welke datum deze versie van de indicator bij het Zorginstituut moet worden aangeleverd. Deze datum wordt opgenomen op de Transparantiekalender.
---------------------------------	---