

Toetstabel Bariatrische chirurgie (DATO)

verslagjaar 2022

| Operationalisatie | Aard van de wijziging | Criteria Toetsingskader | Advies werkgroep | PFN | FMS | V&VN | ZN | NVZ | NFU | ZKN | WSCie |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| indicator 1,2,6,8 | | | | | | | | | | | |
| | Geen wijzigingen | Criterium 1 t/m 6 | Verplicht | Akkoord | Akkoord | Akkoord | Akkoord | Akkoord | Akkoord | Akkoord | Akkoord |
| Overweging ZIN | Er is consensus in de werkgroep over indicator 1 (geen wijzigingen t.o.v. voorgaand verslagjaar). 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 | | | | | | | | | | |
| indicator 3 | | | | | | | | | | | |
| | Oude indicator 3 'Volledigheid' laten vervallen. Nieuwe indicator: 'Textbook outcome' extern monitoren | Criterium 1 t/m 6 | Verplicht | Akkoord | Akkoord | Akkoord | Akkoord | Akkoord | Akkoord | Akkoord | Akkoord |
| Overweging ZIN | Er is consensus in de werkgroep over het laten vervallen van indicator 3 'volledigheid' en het toevoegen van indicator 'Textbook outcome extern monitoren'. 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 | | | | | | | | | | |
| indicator 4 | | | | | | | | | | | |
| | Oude indicator 4 'Indicatiestelling' laten vervallen. Nieuwe indicator: Progressie comorbiditeiten extern monitoren | Criterium 1 t/m 6 | Verplicht | Akkoord | Akkoord | Akkoord | Akkoord | Akkoord | Akkoord | Akkoord | Akkoord |
| Overweging ZIN | Er is consensus in de werkgroep over het laten vervallen van indicator 4 'Indicatiestelling' en het toevoegen van indicator: Progressie comorbiditeiten extern monitoren. 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 | | | | | | | | | | |
| indicator 5,7 | | | | | | | | | | | |
| | Follow-up jaartallen opgeschoven | Criterium 1 t/m 6 | Verplicht | Akkoord | Akkoord | Akkoord | Akkoord | Akkoord | Akkoord | Akkoord | Akkoord |
| Overweging ZIN | Er is consensus in de werkgroep over het opschuiven van de jaartallen. 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 | | | | | | | | | | |

Indicatorenset DATO

Uitvraag ziekenhuizen/ZBC's over verslagjaar 2022

Versie 2022.1, april 2021

Meer informatie op:

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

Samengesteld door:

NVvH
ZN
PFN

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 |
| 2.4 | Indicatorenwerkgroep | 4 |
| 3 | Vast te leggen gegevens | 5 |
| 4 | Indicatoren | 6 |
| 5 | Wijzigingstabel | 17 |
| 6 | Bijlage: toelichting op informatie per indicator | 18 |

1 Overzicht indicatoren

| Indicator-nummer¹ | Indicatornaam | Bron² | Transparantie?³ |
|-------------------------------------|----------------------------|-------------------------|-----------------------------------|
| 1 | Volume primaire ingrepen | DATO | Verplicht |
| 2 | Volume secundaire ingrepen | DATO | Verplicht |
| 3 | Textbook Outcome | DATO | Verplicht |
| 4 | Progressie comorbiditeiten | DATO | Verplicht |
| 5 | Follow-up | DATO | Verplicht |
| 6 | Gecomplieerd beloop | DATO | Verplicht |
| 7 | Total Weight Loss | DATO | Verplicht |
| 8 | PROMs respons | DATO | 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 DATO kwaliteitsregistratie.
Aanlevering op ziekenhuisniveau/ZBC.

- Doel van deze indicatorset is (meerkeuze):
 - o interne sturing (waaronder leren & verbeteren)
 - o verkrijgen van transparantie over verleende zorg

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

De indicatoren zijn gebaseerd op:

- o Professionele standaard, namelijk: 'Richtlijn Morbide Obesitas'
- o Kwaliteitsstandaard, namelijk: DATO-normeringsdocument

2.2 Populatiebepaling

Voor alle indicatoren in deze indicatorenset bestaat de populatie uit:

Eenieder die een bariatrische en/of een chirurgische metabole procedure ondergaat.

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 indicatorenset DATO bestond in 2021 uit de volgende personen:

Dhr. dr. S.W. Nienhuijs (voorzitter)

Dhr. drs. R.S.L. Liem

Dhr. prof. dr. J.W. Greve

3 Vast te leggen gegevens

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

T.b.v. verplichte indicatoren

| Variabele ⁵ | Naam | Waardebereik / format | Bron | Extra? ⁶ | Afspraken gegevens-uitwisseling ⁷ |
|------------------------|------|-----------------------|------|---------------------|----------------------------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

T.b.v. vrijwillige indicatoren extra vast te leggen

| Variabele | Naam | Waardebereik / format | Bron | Extra? | Afspraken gegevens-uitwisseling |
|-----------|------|-----------------------|------|--------|---------------------------------|
| | | | | | |

T.b.v. dynamische aggregatie extra vast te leggen

Met dynamisch aggregeren van gegevens bedoelen we de mogelijkheid om vastgelegde gegevens over de zorgverlening aan, of de gezondheid van, een cliënt samen te voegen om zo informatie te geven over alle cliënten binnen één groep. Om die groepen (aggregaties) te maken, is het essentieel overal dezelfde cliëntkenmerken vast te leggen, zodat gegevens voor verschillende aggregaties te gebruiken zijn. Bij het gebruik van bijvoorbeeld een keuzehulp kunnen cliënten en zorgverleners verschillende selecties maken. Daarmee kunnen zij de zorg kiezen die het beste bij de cliënt past.

| Variabele | Naam | Waardebereik / format | Bron | Extra? | Afspraken gegevensuitwisseling |
|-----------|------|-----------------------|------|--------|--------------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |

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.

⁵ Geef de variabele een code zodat je ernaar kunt verwijzen bij de indicatoren. Bijvoorbeeld V01, V02.

⁶ Geef hier 'ja' aan als de variabele alléén voor deze indicatorset moet worden vastgelegd, en dus verder niet in het primaire proces wordt gebruikt.

⁷ Als er afspraken zijn gemaakt over gegevensvastlegging en/of -uitwisseling, vermeld deze dan hier, zodat iedereen dezelfde codering hanteert.

4 Indicatoren

| | |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indicatornaam | Volume primaire ingrepen |
| Indicatornummer | 1 |
| Operationalisatie | Totaal aantal primair geopereerde patiënten per ziekenhuislocatie. |
| Informatie voor cliënten | Inzicht in het aantal uitgevoerde operaties per ziekenhuis. |
| Relevantie en toepasbaarheid | Het monitoren van het aantal (primaire) ingrepen per jaar. |
| Type indicator | Structuur |
| Achtergrond van de indicator | Document: DATO-normeringsdocument Initiator: DATO |
| 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 primair geopereerde patiënten* (totaal) per ziekenhuislocatie. |
| Teller B | Totaal aantal primair geopereerde patiënten* met een sleeve gastrectomy per ziekenhuislocatie. |
| Teller C | Totaal aantal primair geopereerde patiënten* met een gastric bypass** per ziekenhuislocatie. |
| Teller D | Totaal aantal primair geopereerde patiënten* met een ander dan bovenstaande bariatrische ingreep (overig)*** per ziekenhuislocatie. |
| Antwoordopties | Aantal; één antwoord mogelijk |
| Definitie | *Primaire ingrepen: hieronder vallen primaire operaties & second-stage first procedures. **Gastric bypass: hieronder vallen Roux-en-Y, single anastomosis gastric bypass en banded gastric bypass procedures. ***Overige ingrepen: hierbij worden 'onbekende' procedures niet meegenomen. |
| Aggregatieniveau | Locatieniveau |
| In-/exclusiecriteria | Eenieder die een bariatrische en/of een chirurgische metabole procedure ondergaat. |
| Databron (registratie) | DATO |
| Norm | DATO-normeringsdocument |
| Meetperiode | 01-01-2022 t/m 31-12-2022 |
| Aanleverfrequentie | Eén keer per jaar |
| Eerste aanleverdatum | 2014 |

| | |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indicator naam | Volume secundaire ingrepen |
| Indicator nummer | 2 |
| Operationalisatie | Totaal aantal secundair geopereerde patiënten per ziekenhuislocatie. |
| Informatie voor cliënten | Inzicht in het aantal uitgevoerde operaties per ziekenhuis. |
| Relevantie en toepasbaarheid | Het monitoren van het aantal secundaire ingrepen per jaar. |
| Type indicator | Structuur |
| Achtergrond van de indicator | Document: DATO-normeringsdocument Initiator: DATO |
| 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 secundair geopereerde patiënten* (totaal) per ziekenhuislocatie. |
| Antwoordopties | Aantal; één antwoord mogelijk |
| Definitie | *Secundaire ingrepen: hieronder vallen second-stage second procedures & revisie chirurgie. Revisie chirurgie bevat alle undo/conversie/revisie ingrepen. Hierbij kan één patiënt meerdere operaties ondergaan. |
| Aggregatieniveau | Locatieniveau |
| In-/exclusiecriteria | Eenieder die een bariatrische en/of een chirurgische metabole procedure ondergaat. |
| Databron (registratie) | DATO |
| Norm | DATO-normeringsdocument |
| Meetperiode | 01-01-2022 t/m 31-12-2022 |
| Aanleverfrequentie | Eén keer per jaar |
| Eerste aanleverdatum | 2019 |

| | |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indicatornaam | Textbook Outcome |
| Indicatornummer | 3 |
| Operationalisatie | Percentage primair geopereerde patiënten waarbij de postoperatieve zorg voldoet aan het criterium textbook outcome. |
| Informatie voor cliënten | Een samengestelde uitkomstmaat voor de kwaliteit van zorg. |
| Relevantie en toepasbaarheid | Het inzichtelijk maken voor ziekenhuizen hoe ze in het algehele zorgproces scoren op een samengestelde uitkomstmaat. |
| Type indicator | Uitkomst |
| Achtergrond van de indicator | Document: Initiator: DATO |
| Doel van het meten en publiceren | Waarborgen van de kwaliteit van de chirurgische behandeling door het monitoren van het criterium textbook outcome. |
| Transparantie | Verplicht |
| Rekenregels en definities | |
| Datatype | Percentage |
| Teller | Aantal primair geopereerde patiënten*, waarbij voldaan is aan het criterium textbook outcome. |
| Noemer | Aantal primair geopereerde patiënten*, waarbij een bariatrische procedure is verricht in verband met morbide obesitas. |
| Definitie | *Primaire ingrepen: hieronder vallen primaire operaties & second-stage first procedures. ** Textbook outcome: geen peroperatieve complicaties, geen postoperatieve korte termijn complicaties, geen reïnterventies, geen postoperatieve intensive care opname i.v.m. een complicatie, geen verlengde opname duur van meer dan 2 dagen postoperatief, geen heropname en geen overlijden. Deze parameters gelden voor 30 dagen na de primaire ingreep of tijdens dezelfde ziekenhuisopname. |
| Aggregatieniveau | Locatieniveau |
| In-/exclusiecriteria | Eenieder die een bariatrische en/of een chirurgische metabole procedure ondergaat. |
| Rekenregels en casemixcorrecties | Geen casemix correctie toegepast |
| Databron (registratie) | DATO |
| Meetperiode | 01-01-2022 t/m 31-12-2022 |
| Aanleverfrequentie | Eén keer per jaar |
| Eerste aanleverdatum | 2022 |

| | |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indicator naam | Progressie comorbiditeiten |
| Indicator nummer | 4 |
| Operationalisatie | Percentage primair geopereerde patiënten met preoperatief vastgestelde diabetes mellitus type 2, dat binnen één jaar na de operatie een verbetering van zijn HbA1c laat zien. |
| Informatie voor cliënten | Inzicht in het percentage patiënten die een verbetering laat zien m.b.t. type 2 diabetes |
| Relevantie en toepasbaarheid | Het monitoren van verbetering in comorbiditeiten. |
| Type indicator | Uitkomst |
| Achtergrond van de indicator | Document: NHG Standaard Initiator: DATO |
| Doel van het meten en publiceren | Monitoren van de lange termijn effecten van een bariatrische en/of een chirurgische metabole procedure. |
| Transparantie | Verplicht |
| Rekenregels en definities | |
| Datatype | Percentage |
| Teller | Aantal patiënten met preoperatief vastgestelde diabetes mellitus type 2 dat primair geopereerd is en een postoperatieve verlaging van zijn HbA1c* laat zien binnen één jaar** na de operatie. |
| Noemer | Aantal patiënten met preoperatief vastgestelde diabetes mellitus type 2 gepaard met een HbA1c boven de normaalwaarde dat primair wordt geopereerd in verband met morbide obesitas. |
| Antwoordopties | Percentage; één antwoord mogelijk |
| Definitie | * Waarbij de postoperatieve HbA1c waarde lager ligt dan de preoperatieve HbA1c waarde; ** Follow-up moment eerstejaars: 275 dagen t/m 455 dagen postoperatief; ^ normaalwaarden HbA1c man/vrouw: <53 mmol/mol (bekend met diabetes). |
| In-/exclusiecriteria | Eenieder die een bariatrische en/of een chirurgische metabole procedure ondergaat. |
| Rekenregels en casemixcorrecties | Geen casemix correctie toegepast |
| Databron (registratie) | DATO |
| Meetperiode | 01-10-2020 t/m 30-09-2021 |
| Aanleverfrequentie | Eén keer per jaar |
| Eerste aanleverdatum | 2022 |

| | |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indicator naam | Follow-up |
| Indicator nummer | 5 |
| Operationalisatie | Percentage primair geopereerde patiënten, waarbij een follow-up is geregistreerd na één t/m vijf jaar na de primaire operatie conform de 'Richtlijn Morbide Obesitas' |
| Informatie voor cliënten | Inzicht in lange termijn uitkomsten. |
| Relevantie en toepasbaarheid | Van belang om de lange termijn uitkomsten te kunnen monitoren van bariatrische chirurgie. |
| Type indicator | Proces |
| Achtergrond van de indicator | Document: 'Richtlijn Morbide Obesitas' Initiator: DATO |
| Doel van het meten en publiceren | Stimuleren van het registreren van follow-up momenten na een bariatrische en/of een chirurgische metabole procedure volgens de 'Richtlijn Morbide Obesitas'. |
| Transparantie | Verplicht |
| Rekenregels en definities | |
| Datatype | Percentage |
| Teller A | Aantal primair geopereerde patiënten*, waarbij een eerstejaars follow-up** is geregistreerd op 1 januari 2023. |
| Teller B | Aantal primair geopereerde patiënten*, waarbij een tweedejaars follow-up** is geregistreerd op 1 januari 2023. |
| Teller C | Aantal primair geopereerde patiënten*, waarbij een derdejaars follow-up** is geregistreerd op 1 januari 2023. |
| Teller D | Aantal primair geopereerde patiënten*, waarbij een vierdejaars follow-up** is geregistreerd op 1 januari 2023. |
| Teller E | Aantal primair geopereerde patiënten*, waarbij een vijfdejaars follow-up** is geregistreerd op 1 januari 2023. |
| Noemer A | Aantal primair geopereerde patiënten*, waarbij een bariatrische procedure is verricht in verband met morbide obesitas tussen 1 oktober 2020 en 1 oktober 2021. |
| Noemer B | Aantal primair geopereerde patiënten*, waarbij een bariatrische procedure is verricht in verband met morbide obesitas tussen 1 oktober 2019 en 1 oktober 2020. |
| Noemer C | Aantal primair geopereerde patiënten*, waarbij een bariatrische procedure is verricht in verband met morbide obesitas tussen 1 oktober 2018 en 1 oktober 2019. |
| Noemer D | Aantal primair geopereerde patiënten*, waarbij een bariatrische procedure is verricht in verband met morbide obesitas tussen 1 oktober 2017 en 1 oktober 2018. |
| Noemer E | Aantal primair geopereerde patiënten*, waarbij een bariatrische procedure is verricht in verband met morbide obesitas tussen 1 oktober 2016 en 1 oktober 2017. |
| Antwoordopties | Percentage; één antwoord mogelijk |
| Definitie | *Primaire ingrepen: hieronder vallen primaire operaties & second-stage first procedures. **Berekening van follow-up momenten: eerstejaars: 90 dagen t/m 455 dagen postoperatief; tweedejaars: 456 dagen t/m 820 dagen postoperatief; derdejaars: 821 dagen t/m 1185 dagen postoperatief; vierdejaars 1186 dagen t/m 1550 dagen postoperatief; |

| | |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | vijfdejaars: 1551 dagen t/m 1915 dagen postoperatief. |
| Aggregatieniveau | Locatieniveau |
| In-/exclusiecriteria | Eenieder die een bariatrische en/of een chirurgische metabole procedure ondergaat. |
| Databron (registratie) | DATO |
| Meetperiode | A. 01-10-2020 t/m 30-09-2021 B. 01-10-2019 t/m 30-09-2020 C. 01-10-2018 t/m 30-09-2019 D. 01-10-2017 t/m 30-09-2018 E. 01-10-2016 t/m 30-09-2017 |
| Aanleverfrequentie | Eén keer per jaar |
| Eerste aanleverdatum | 2014 |

| | |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indicator naam | Gecompliceerd beloop |
| Indicator nummer | 6 |
| Operationalisatie | Percentage primair en/of secundair geopereerde patiënten, waarbij een ernstig gecompliceerd beloop binnen 30 dagen is opgetreden. |
| Informatie voor cliënten | Inzicht in het risico op complicaties. |
| Relevantie en toepasbaarheid | Bariatrische chirurgie is hoog complexe chirurgie met kans op complicaties. Belangrijk voor de monitoring van postoperatieve uitkomsten. |
| Type indicator | Uitkomst |
| Achtergrond van de indicator | Document: Initiator: DATO/tripartiet |
| Doel van het meten en publiceren | Waarborgen van de kwaliteit van de behandeling door complicaties te monitoren. |
| Transparantie | Verplicht |
| Rekenregels en definities | |
| Datatype | Percentage |
| Teller | Aantal geopereerde patiënten, met een ernstig gecompliceerd beloop* binnen 30 dagen na de desbetreffende ingreep. |
| Noemer A | Aantal primair geopereerde patiënten**, waarbij een bariatrische procedure is verricht in verband met morbide obesitas. |
| Noemer B | Aantal secundair geopereerde patiënten***, waarbij een bariatrische procedure/revisie is verricht na een eerdere primaire bariatrische ingreep. |
| Antwoordopties | Percentage; één antwoord mogelijk |
| Definitie | <p>*Gecompliceerd beloop: berekend volgens Clavien-Dindo classificatie vanaf graad 3, waarbij diagnostisch chirurgische interventie(s) zonder bevindingen geëxcludeerd dienen te worden. Clavien-Dindo classificatie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Complicatie behoeft chirurgische, endoscopische of radiologische interventie: <ol style="list-style-type: none"> a. Interventie zonder algehele anesthesie. b. Interventie met algehele anesthesie. 4. Levensbedreigende complicatie waarvoor opname op een bewaakte afdeling noodzakelijk is: <ol style="list-style-type: none"> a. Single-orgaan falen (inclusief dialyse). b. Multi-orgaan falen. 5. Mortaliteit. <p>**Primaire ingrepen: hieronder vallen primaire operaties & second-stage first procedures.</p> <p>***Secundaire ingrepen: hieronder vallen second-stage second procedures & revisie chirurgie. Revisie chirurgie bevat alle undo/conversie/revisie ingrepen. Hierbij kan één patiënt meerdere operaties ondergaan.</p> |
| Aggregatieniveau | Locatieniveau |
| In-/exclusiecriteria | Eenieder die een bariatrische en/of een chirurgische metabole procedure ondergaat. |
| Databron (registratie) | DATO |

| | |
|---------------------------------|---------------------------|
| Meetperiode | 01-01-2022 t/m 31-12-2022 |
| Aanleverfrequentie | Eén keer per jaar |
| Eerste aanleverdatum | 2014 |

| | |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indicator naam | Total weight Loss |
| Indicator nummer | 7 |
| Operationalisatie | Percentage primair geopereerde patiënten met meer dan 20% Total Weight Loss (TWL), waarbij na één t/m vijf jaar na de primaire operatie een follow-up moment is geregistreerd, uitgesplitst per type bariatrische interventie. |
| Informatie voor cliënten | Inzicht in het totale gewichtsverlies. |
| Relevantie en toepasbaarheid | Monitoren van het gewichtsverlies op de lange termijn. Een van de hoofduitkomsten van bariatrische chirurgie. |
| Type indicator | Uitkomst |
| Achtergrond van de indicator | Document Initiator: DATO |
| Doel van het meten en publiceren | Monitoren van het gewichtsverlies op de lange termijn. Een van de hoofduitkomsten van bariatrische chirurgie. |
| Transparantie | Verplicht |
| Rekenregels en definities | |
| Datatype | Percentage |
| Teller A | Aantal primair geopereerde patiënten* met meer dan 20% TWL**, waarbij een eerstejaars follow-up**** is geregistreerd op 1 januari 2023. |
| Teller B | Aantal primair geopereerde patiënten* met meer dan 20% TWL**, waarbij een tweedejaars follow-up**** is geregistreerd op 1 januari 2023. |
| Teller C | Aantal primair geopereerde patiënten* met meer dan 20% TWL**, waarbij een derdejaars follow-up**** is geregistreerd op 1 januari 2023. |
| Teller D | Aantal primair geopereerde patiënten* met meer dan 20% TWL**, waarbij een vierdejaars follow-up**** is geregistreerd op 1 januari 2023. |
| Teller E | Aantal primair geopereerde patiënten* met meer dan 20% TWL**, waarbij een vijfdejaars follow-up**** is geregistreerd op 1 januari 2023. |
| Noemer A | Aantal primair geopereerde patiënten*, waarbij een bariatrische procedure is verricht in verband met morbide obesitas tussen 1 oktober 2020 en 1 oktober 2021, uitgesplitst per type ingreep***. |
| Noemer B | Aantal primair geopereerde patiënten*, waarbij een bariatrische procedure is verricht in verband met morbide obesitas tussen 1 oktober 2019 en 1 oktober 2020, uitgesplitst per type ingreep***. |
| Noemer C | Aantal primair geopereerde patiënten*, waarbij een bariatrische procedure is verricht in verband met morbide obesitas tussen 1 oktober 2018 en 1 oktober 2019, uitgesplitst per type ingreep***. |
| Noemer D | Aantal primair geopereerde patiënten*, waarbij een bariatrische procedure is verricht in verband met morbide obesitas tussen 1 oktober 2017 en 1 oktober 2018, uitgesplitst per type ingreep***. |
| Noemer E | Aantal primair geopereerde patiënten*, waarbij een bariatrische procedure is verricht in verband met morbide obesitas tussen 1 |

| | |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | oktober 2016 en 1 oktober 2017, uitgesplitst per type ingreep***. |
| Antwoordopties | Percentage; één antwoord mogelijk |
| Definitie | <p>*Primaire ingrepen: hieronder vallen primaire operaties & second-stage first procedures.</p> <p>** TWL: (preoperatief gewicht – follow-up gewicht) / preoperatief gewicht</p> <p>***Type ingreep: sleeve gastrectomy, gastric bypass (hieronder vallen Roux-en-Y, single anastomosis gastric bypass en banded gastric bypass) en overige bariatrische ingrepen.</p> <p>****Berekening van follow-up momenten (enkel indicator 7): eerstejaars: 275 dagen t/m 455 dagen postoperatief; tweedejaars: 640 dagen t/m 820 dagen postoperatief; derdejaars: 1005 dagen t/m 1185 dagen postoperatief; vierdejaars 1370 dagen t/m 1550 dagen postoperatief; vijfdejaars: 1735 dagen t/m 1915 dagen postoperatief.</p> |
| Aggregatieniveau | Locatieniveau |
| In-/exclusiecriteria | Eenieder die een bariatrische en/of een chirurgische metabole procedure ondergaat. |
| Databron (registratie) | DATO |
| Meetperiode | A. 01-10-2020 t/m 30-09-2021 B. 01-10-2019 t/m 30-09-2020 C. 01-10-2018 t/m 30-09-2019 D. 01-10-2017 t/m 30-09-2018 E. 01-10-2016 t/m 30-09-2017 |
| Aanleverfrequentie | Eén keer per jaar |
| Eerste aanleverdatum | 2018 |
| Disclaimer | Deze indicator is afhankelijk van het percentage patiënten dat op follow-up is gekomen in het desbetreffende jaar (indicator 7) en wordt alleen berekend over de patiënten waarvan een follow-up moment en het gewicht bekend is. |

| | |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indicator naam | PROMs respons |
| Indicator nummer | 8 |
| Operationalisatie | Percentage primair geopereerde patiënten in de klinische registratie van de DATO dat pre- én postoperatief deel heeft genomen aan de PROMs. |
| Informatie voor cliënten | Inzicht in de vulling van de PROMs registratie. |
| Relevantie en toepasbaarheid | Het meten van kwaliteit van leven is van belang voor de patiënt. |
| Type indicator | Proces |
| Achtergrond van de indicator | Document: Initiator: tripartiet |
| Doel van het meten en publiceren | Stimuleren van PROMs uitvraag gedurende het zorgproces. Wanneer PROMs uitvraag volledig is ingebed is deze indicator niet langer relevant. |
| Datatype | Percentage |
| Transparantie | Verplicht |
| Rekenregels en definities | |
| Datatype | Percentage |
| Teller | Aantal primair geopereerde patiënten* in de klinische registratie van de DATO dat preoperatief en ten tijde van het eerste postoperatieve jaar deel heeft genomen aan de PROMs**. |
| Noemer | Aantal patiënten dat primair wordt geopereerd in verband met morbide obesitas. |
| Antwoordopties | Percentage; één antwoord mogelijk |
| Definitie | *Primaire ingrepen: hieronder vallen primaire operaties & second-stage first procedures. **PROMs: gemeten met de OBESI-Q, gemeten preoperatief en 275 dagen t/m 455 dagen na de operatie . |
| Aggregatieniveau | Locatieniveau |
| In-/exclusiecriteria | Eenieder die een bariatrische en/of een chirurgische metabole procedure ondergaat. |
| Databron (registratie) | DATO |
| Meetperiode | Pre-operatief ingevulde PROMs & 275 dagen t/m 455 dagen na de operatie ingevulde PROMs, waarbij de operatie heeft plaatsgevonden in de volgende periode 01-10-2020 t/m 30-09-2021 |
| Aanleverfrequentie | Eén keer per jaar |
| Eerste aanleverdatum | 2018 |

5 Wijzigingstabel

Wijzigingstabel ten opzichte van de gids van verslagjaar 2021

| Indicator (nummer oud, nummer nieuw, INID) | Wijziging |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 3 oud INID013968 | Indicator 3 'volledigheid' laten vervallen |
| 3 nieuw | Indicator Textbook Outcome extern monitoren |
| 4 oud INID000516 | Indicator 4 'Indicatiestelling' laten vervallen |
| 4 nieuw | Indicator Progressie comorbiditeiten extern monitoren |
| 5 INID013970 | Follow-up jaartallen opgeschoven |
| 7 INID013977 | Follow-up jaartallen opgeschoven |

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. |
| 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'). |
| 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) |
| Type indicator | <ul style="list-style-type: none"> - Uitkomst - Proces - Structuur |
| Relevantie | Geef aan waarom de indicator relevant is en voor wie. |
| 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) |
| Bron (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? |
| Rekenregels en definities | |
| 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 postoperatief 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. |