

Indicatorenset Maag- en slokdarmkanker (DUCA)

Uitvraag ziekenhuizen/ZBC's over verslagjaar 2026

Versie 2026.1, juni 2025

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

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
Alle indicatoren	3
Toelichting kolomkoppen	3
2 Algemene informatie	4
2.1 Uitgangspunten	4
2.2 Populatiebepaling	4
2.3 Aanlevering van de gegevens	4
2.4 Indicatorenwerkgroep	4
2.5 Externe partijen	5
3 Vast te leggen gegevens	6
4 Indicatoren	7
Indicator 1 indicatorvelden, rekenregels en definities	7
Indicator 2 indicatorvelden, rekenregels en definities	9
Indicator 3 indicatorvelden, rekenregels en definities	11
Indicator 4 indicatorvelden, rekenregels en definities	13
Indicator 5 indicatorvelden, rekenregels en definities	15
Indicator 6 indicatorvelden, rekenregels en definities	17
Indicator 7 indicatorvelden, rekenregels en definities	19
Indicator 8 indicatorvelden, rekenregels en definities	21
Indicator 9 indicatorvelden, rekenregels en definities	23
5 Wijzigingstabel	25
Nieuw of gewijzigd in indicatorenset	25
Bijlage: toelichting op informatie per indicator	26
Toelichting indicatorvelden, rekenregels en definities	26

1 Overzicht indicatoren

Alle indicatoren

Indicator-nummer	Indicator-naam	Bron	Transparantie
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	Gecompleceerd beloop	DUCA	Verplicht
8	Postoperatieve mortaliteit	DUCA	Verplicht
9	Textbook outcome	DUCA	Verplicht

Toelichting kolomkoppen

- **Bron:** Vul hier de bron van de indicator in (bijvoorbeeld kwaliteitsregistratie X, EPD, ZIS, etc).
- **Transparantie:** 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 2025 uit de

volgende personen:

Dhr. Dr. M.D.P. Luyer (voorzitter CAB)

Dhr. Drs. L. van de Sanden (arts-onderzoeker DUCA)

2.5 Externe partijen

Tevens waren de volgende personen aanwezig bij de ontwikkeldagen 2024:

Mw. I. Dingemans - NFK

Mw. S. Vergeer - ZN

Dhr. B. Bonsing – DPCG

Dhr. F. van den Eertwegh -CAB vz DMTR

Dhr. R. Burdorf - Patientvereniging Hoofd-hals

Dhr. A. Kruse - Isala

Dhr. R. van den Bergh - CAB lid DPA

K. Schol - Rijnstate

Mw. W. van Driel - CAB vz DGOA

Mw. M.J. van den Boogaard UMC Utrecht/ vz DCCA

3 Vast te leggen gegevens

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

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 Indicatoren

In de bijlage staan alle velden in onderstaande indicatortabel toegelicht.

Indicator 1 indicatorvelden, rekenregels en definities

Veldnaam	Inhoud
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. Vanaf 1 januari 2026 zal een norm van 75 oncologische resecties, slokdarm- en maagresecties tezamen, per locatie per jaar gemonitord worden. Handhaving op deze norm volgt vanaf 1 januari 2027.
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
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.
Vraag	N.v.t.
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)

Veldnaam	Inhoud
Indicatornaam	Volume
	<ul style="list-style-type: none"> • Recidief tumoren (slokdarm, slokdarm-maagovergang*, maag, anastomose) • 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 • 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 – versie 13 (2025). Per jaar per locatie worden ≥ 75 oncologische resecties voor slokdarmcarcinoom en maagcarcinoom tezamen (NVvH, SONCOS).</p> <p>Vanaf 1 januari 2026 zal deze nieuwe norm gemonitord worden. Handhaving op deze norm volgt vanaf 1 januari 2027.</p>
Meetperiode	01-01-2026 t/m 31-12-2026
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2014

Indicator 2 indicatorvelden, rekenregels en definities

Veldnaam	Inhoud
Indicatornaam	PROMs deelname
Indicatornummer	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
Datatype	Invul
Vraag	Neemt het ziekenhuis deel aan de verzameling van PROMs binnen de klinische registratie van de DUCA*?
Antwoordopties	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)

Veldnaam	Inhoud
Indicatornaam	PROMs deelname
Rekenregels en casemixcorrecties	Nvt
Databron (registratie)	DUCA
Meetperiode	01-01-2026 t/m 31-12-2026
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2018

Indicator 3 indicatorvelden, rekenregels en definities

Veldnaam	Inhoud
Indicatornaam	Doorlooptijd
Indicatornummer	3
Operationalisatie	Mediane doorlooptijd tussen diagnose (datum van eerste biopsie 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 primair 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 'wachttijd' is vervangen door 'doorlooptijd' omdat deze periode niet altijd letterlijke wachttijd is, maar er in deze periode soms juist aanvullende behandeling (fysiotherapie/diëtetiek ed.) gegeven wordt. Alleen primaire tumoren worden meegenomen i.v.m. de vergelijkbaarheid van de doorlooptijden, met name in centra met weinig niet-verwezen patiënten.
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 primair slokdarmcarcinoom, niet verwezen vanuit een ander ziekenhuis.
Teller B	Mediane doorlooptijd bij patiënten die een operatie ondergaan vanwege een primair slokdarmcarcinoom, verwezen vanuit een ander ziekenhuis.
Teller C	Mediane doorlooptijd bij patiënten die een operatie ondergaan vanwege een primair maagcarcinoom, niet verwezen vanuit een ander ziekenhuis.
Teller D	Mediane doorlooptijd bij patiënten die een operatie ondergaan vanwege een primair maagcarcinoom, verwezen vanuit een ander ziekenhuis.
Vraag	N.v.t.
Antwoorδοpties	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)

Veldnaam	Inhoud
Indicatornaam	Doorlooptijd
	<ul style="list-style-type: none"> • Profylactische chirurgische resecties (bv. hooggradige dysplasie in Barrett slokdarm, CDH1/E-cadherine mutatiedrager) <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	Procesindicator; geen casemix correctie.
Databron (registratie)	DUCA
Meetperiode	01-01-2026 t/m 31-12-2026
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2019

Indicator 4 indicatorvelden, rekenregels en definities

Veldnaam	Inhoud
Indicatornaam	Pathologieverslag
Indicatornummer	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
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.
Vraag	N.v.t.
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

Veldnaam	Inhoud
Indicatornaam	Pathologieverslag
	Patiënten bij wie van het begin af aan gekozen is voor een niet-chirurgische behandeling (bv. alleen chemoradiotherapie)
Rekenregels en casemixcorrecties	Rekenregel: zie teller/noemer Procesindicator; geen casemix correctie
Databron (registratie)	DUCA
Meetperiode	01-01-2026 t/m 31-12-2026
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2014

Indicator 5 indicatorvelden, rekenregels en definities

Veldnaam	Inhoud
Indicatornaam	Aantal lymfeklieren
Indicatornummer	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 en publiceren	Waarborgen kwaliteit van chirurgisch proces.
Transparantie	Verplicht
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.
Vraag	N.v.t.
Antwoordopties	Percentage; één antwoord mogelijk
Definitie	*Aard van de ingreep zoals bepaald aan het einde van de operatie.
Aggregatieniveau	Locatie
In-/exclusiecriteria	<p>Inclusie:</p> <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) <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	<p>Rekenregel: zie teller/noemer</p> <p>Chirurgisch procesindicator; geen casemix correctie. Tevens laat recent DUCA onderzoek een lage performance van het casemix model zien op deze uitkomst, waardoor casemixcorrectie niet relevant wordt geacht.</p>

Veldnaam	Inhoud
Indicatornaam	Aantal lymfeklieren
Databron	DUCA
Meetperiode	01-01-2026 t/m 31-12-2026
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2014

Indicator 6 indicatorvelden, rekenregels en definities

Veldnaam	Inhoud
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
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.
Vraag	N.v.t.
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	Rekenregel: zie teller/noemer Chirurgisch procesindicator; geen casemix correctie. Recent

Veldnaam	Inhoud
Indicatornaam	Radicaliteit resectie
	DUCA onderzoek laat een lage performance van het casemix model zien op deze uitkomst, waardoor casemixcorrectie niet relevant wordt geacht.
Databron (registratie)	DUCA
Meetperiode	01-01-2026 t/m 31-12-2026
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2014

Indicator 7 indicatorvelden, rekenregels en definities

Veldnaam	Inhoud
Indicatornaam	Gecompliceerd beloop
Indicatornummer	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
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.
Vraag	N.v.t.
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

Veldnaam	Inhoud
Indicator-naam	Gecompliceerd beloop
	Patiënten bij wie van het begin af aan gekozen is voor een niet-chirurgische behandeling (bv. alleen chemoradiotherapie)
Rekenregels en casemixcorrecties	Rekenregel: zie teller/noemer Recent DUCA onderzoek laat een lage performance van het casemix model zien op deze uitkomst, waardoor casemixcorrectie niet relevant wordt geacht. Zodoende wordt de indicator enkel weergegeven zonder casemixcorrectie.
Databron (registratie)	DUCA
Meetperiode	01-01-2025 t/m 31-12-2026 (berekend over 2 jaren)
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2014

Indicator 8 indicatorvelden, rekenregels en definities

Veldnaam	Inhoud
Indicatornaam	Postoperatieve mortaliteit
Indicatornummer	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
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.
Vraag	N.v.t.
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	Weergegeven met casemixcorrectie. Casemix gecorrigeerd voor: Slokdarmkanker: leeftijd, asa-score, lever cirrose, salvage operatie. Maagkanker: leeftijd, BMI, klinisch T stadium.

Veldnaam	Inhoud
Indicatornaam	Postoperatieve mortaliteit
Databron (registratie)	DUCA
Meetperiode	01-01-2025 t/m 31-12-2026 (berekend over 2 jaren)
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2014

Indicator 9 indicatorvelden, rekenregels en definities

Veldnaam	Inhoud
Indicatornaam	Textbook outcome
Indicatornummer	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, Kolfshoten 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
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.
Vraag	N.v.t.
Antwoordopties	Percentage; één antwoord mogelijk
Definitie	<p>*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.</p> <p>**Zoals bepaald voorafgaand aan de operatie.</p> <p>***Ernstige complicatie: Graad III of hoger volgens de Landelijke Heelkundige Complicatie Registratie of Clavien Dindo graad III of hoger</p>
In-/exclusiecriteria	<p>Inclusie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primaire tumoren (slokdarm, slokdarm-maagovergang*, maag)

Veldnaam	Inhoud
Indicator-naam	Textbook outcome
	<ul style="list-style-type: none"> • Recidief tumoren (slokdarm, slokdarm-maagovergang*, maag, anastomose) • 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	<p>Rekenregel: zie teller/noemer</p> <p>Recent DUCA onderzoek laat een lage performance van het casemix model zien op deze uitkomst, waardoor casemixcorrectie niet relevant wordt geacht. Zodoende wordt de indicator enkel weergegeven zonder casemixcorrectie.</p>
Databron (registratie)	DUCA
Meetperiode	01-01-2025 t/m 31-12-2026 (berekend over 2 jaren)
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2020

5 Wijzigingstabel

Wijzigingstabel ten opzichte van de gids van verslagjaar 2025.

Nieuw of gewijzigd in indicatorenset

Indicator (nummer oud, nummer nieuw, INID)	Wijziging
1	Toevoeging versie normeringsdocument SONCO Informatie voor clienten aangepast aan nieuwe IZA norm
7	Verwijdering casemixcorrectie, bijbehorende subindicatoren en toelichting op deze wijziging.
8	Aanpassing casemixcorrectie, verwijdering subindicatoren zonder casemix en toelichting op deze wijziging.
9	Verwijdering casemixcorrectie, bijbehorende subindicatoren en toelichting op deze wijziging.

Bijlage: toelichting op informatie per indicator

Toelichting indicatorvelden, rekenregels en definities

Term	Toelichting
Operationalisatie	De indicator in één korte zin omschreven. Let op: vermeld duidelijk de eenheid van de indicator in deze zin. Bijvoorbeeld: 'wachttime 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)
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

Term	Toelichting
	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.

Term	Toelichting
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.