



Nederlandse
Federatie van
Kankerpatiënten
organisaties

BETEKENISVOLLE KEUZE-INFORMATIE VOOR DE JUISTE SPREEKKAMER

TE GEBRUIKEN GEGEVENS
VOOR HET BESCHRIJVEN VAN ZIEKENHUIZEN
VOOR

MAAG- EN SLOKDARMKANKER

SEPTEMBER 2019

INHOUD

- I Gegevens uit verplichte transparantie (DUCA) en Nederlandse Kankerregistratie (NKR)
- II Structuurinformatie, aan te leveren door het ziekenhuis
- III Vragenlijst patiëntenervaringen, uit te vragen via NFK

Gegevens uit verplichte transparantie (DUCA) en Nederlandse Kankerregistratie (NKR)

Definities voor de data uit de Nederlandse Kankerregistratie (NKR) en verplichte transparantie (Dutch Upper GI Cancer Audit, DUCA)

1. De gegevens betreffen maag- en slokdarmcarcinomen.
2. Omdat de aantallen per ziekenhuis vaak klein zijn, wordt in principe gewerkt met cijfers over drie diagnosejaren (het jaar waarin de tumor is gediagnosticeerd). Voor de beschrijvingen in 2019 betreft dit de diagnose-, resp. resectiejaren 2016, 2017 en 2018 (onder voorbehoud dat de NKR compleet is inzake 2018). Bij volumina, worden de getallen per diagnosejaar genoemd. Bij gegevens die berekeningen bevatten, worden de getallen van de drie diagnosejaren opgeteld: deze worden dus over drie diagnosejaren berekend.
3. Voor veel informatie is het relevant naar een specifiek stadium van ziekte te kijken. Omdat we werken met data uit de NKR, is alleen informatie over de behandeling ten tijde van de primaire diagnose en behandeling beschikbaar. Informatie over behandeling en uitkomsten van patiënten met een recidief of progressie van ziekte zijn nog niet beschikbaar.
4. De volgende indeling wordt gebruikt voor zowel maag- als slokdarmkanker:
 - a. Vroegcarcinomen: cT1 cN0 M0
 - b. Potentieel resectabele ziekte: cT1-T4A/X, elke cN, cM0
 - c. Niet-resectabele ziekte: cT4B, elke cN, cM0
 - d. Gemetastaseerde ziekte: cM1 (ongeacht cN of cT)
 - e. Overig: cT0 en cTis
5. Inclusie en exclusiecriteria: voor de data verkregen uit de bronnen NKR en DUCA gelden de daar geldende in- en exclusiecriteria.

STRUCTUURINFORMATIE: PATIËNTENPOPULATIE (CASEMIX) EN BEHANDELVOLUMINA

1. Casemix / beschrijving patiëntenpopulatie

Rationale: Met deze informatie kunnen verschillen in uitkomstmaten beter worden geïnterpreteerd. Alleen de leeftijdsverdeling wordt opgenomen in de ziekenhuisbeschrijving als een beschrijving van de patiëntenpopulatie.

Teller:

- A. Leeftijd: aantal patiënten ouder dan 75
- B. Geslacht
- C. Stadium bij diagnose: vroegcarcinoom, potentieel resectabele ziekte, niet-resectabele ziekte en gemetastaseerde ziekte (zie definities)
- D. Comorbiditeit, ingedeeld naar 0, 1 of 2 of meer co-morbiditeiten
- E. ASA-score voor geopereerde patiënten
- F. Histologie slokdarmcarcinoom: adenocarcinoom versus plaveiselcelcarcinoom (NB. Maagcarcinomen zijn zo goed als allemaal adenocarcinomen)

Naar: Ziekenhuis van diagnose en ziekenhuis van resectie

Discussie: Na discussie zijn de volgende besluiten genomen:

- a. T, N en M apart: voor keuze-informatie wordt dan de samenhang gemist. Besloten wordt om de indeling vroegcarcinoom, potentieel resectabele ziekte, niet-resectabele ziekte en gemetastaseerde ziekte aan te houden (zie definities)
- b. Gewichtsverlies bij diagnose en BMI: interessant voor klinische evaluatie, voor keuze-informatie nu (nog) niet relevant.

Geslacht wordt niet beschreven in de keuze-informatie, omdat dit voor patiënten geen relevante informatie is om een keuze voor een ziekenhuis op te baseren. Een ziekenhuis kan namelijk niet selecteren.

Databron: NKR

2. Aantal nieuwe patiënten naar ziekenhuis van diagnose (afgezet tegen landelijk gemiddelde en mediaan)

Rationale: Dit geeft enig inzicht in de ervaring die het ziekenhuis heeft met de zorg voor maag- en slokdarmkankerpatiënten. In samenhang met indicator 3 geeft deze indicator inzicht in het deel van de patiënten dat gediagnosticeerd is in een ander ziekenhuis, maar wordt gezien en/of behandeld in het beschreven ziekenhuis.

Teller: Aantal nieuw gediagnosticeerde patiënten per jaar van diagnose:

- a. Maagkanker
- b. Slokdarmkanker
- c. Maagkanker en slokdarmkanker (a en b opgeteld)

Naar: Ziekenhuis van diagnose (ziekenhuis met 1^e contact ivm (verdenking op) maligniteit)

Conclusie: opnemen als beschrijving van patiëntenpopulatie

Databron: NKR

3. Aantal nieuwe patiënten gezien door ziekenhuis (afgezet tegen landelijk gemiddelde en mediaan)

Rationale: Dit geeft inzicht in de ervaring die het ziekenhuis heeft/onderhoudt met de zorg voor maag- en slokdarmkankerpatiënten. Zie ook rationale indicator 2.

Teller: Aantal nieuwe patiënten (gediagnosticeerd, gezien en/of behandeld) per jaar van diagnose

- a. Maagkanker
- b. Slokdarmkanker
- c. Maagkanker en slokdarmkanker (a en b opgeteld)

Naar: Ziekenhuis dat patiënt heeft gediagnosticeerd, gezien en/of behandeld

Conclusie: opnemen als beschrijving van patiëntenpopulatie

Databron: NKR

4. Aantal geopereerde patiënten met een slokdarm- of maagcarcinoom

Rationale: Dit geeft inzicht in de ervaring met de verschillende typen operaties voor maag- of slokdarmkanker.

Teller: Aantal patiënten dat een operatie ondergaat vanwege een slokdarmcarcinoom, uitgesplitst naar:

- a. Aantal curatieve slokdarmresecties, zoals bepaald aan het einde van de operatie.
- b. Aantal palliatieve resecties, zoals bepaald aan het einde van de operatie.
- c. Aantal open-dicht-operaties (eventueel bypass), zoals bepaald aan het einde van de operatie.*
- d. Aantal profylactische slokdarmresecties.

Aantal patiënten dat een operatie ondergaat vanwege een maagcarcinoom, uitgesplitst naar:

- e. Aantal curatieve resecties, zoals bepaald aan het einde van de operatie.
- f. Aantal palliatieve resecties, zoals bepaald aan het einde van de operatie.
- g. Aantal open-dicht operaties (eventueel bypass), zoals bepaald aan het einde van de operatie.*
- h. Aantal profylactische maagresecties.

Naar: Ziekenhuis van resectie

Discussie: Alhoewel profylactische slokdarmresecties in de praktijk niet voorkomen, volgen we wel de beschrijving van DUCA. In de keuze-informatie worden het totaal aantal operaties beschreven (voor maag- en slokdarm apart). Open-en-dicht-operaties tellen wel mee als operatie, maar zijn voor aantal operaties (qua ervaring) minder relevant, omdat er minder vaardigheden mee worden opgedaan. Het is belangrijk rekening te houden met SANO-studie, oftewel het 'surgery as needed'-protocol. De rol van 'active

surveillance' (welke patiënt kan - na chemoradiotherapie - een slokdarmresectie bespaard blijven?) gebeurt nu in dit studieverband, maar zal steeds meer worden toegepast, ook op verzoek van patiënten. De SANO-ziekenhuizen doen dus (met name in het eerste jaar) minder slokdarmresecties dan ze gedaan zouden hebben als de studie er niet was geweest. De NVvH houdt hiermee rekening bij het bepalen van het ziekenhuisvolume. Voor het aantal resecties wordt de DUCA (verplichte transparantie) de databron, omdat daar echt alle resecties in zijn opgenomen. NKR heeft een kleine onderschatting.

Databron: DUCA / verplichte transparantie (in-/exclusiecriteria van DUCA)

5. Aantal slokdarmresecties, uitgesplitst naar operatietechniek

Rationale: Dit geeft inzicht in de ervaring met de verschillende typen slokdarmresecties en de werkwijze van het ziekenhuis hierbij.

Teller: Aantal slokdarmresecties per jaar van resectie, met onderverdeling naar open, hybride, minimaal-invasief of onbekend

Noemer: Patiënten die een slokdarmresectie hebben ondergaan

Naar: Ziekenhuis van resectie

Discussie: Is interessant, want er is wel variatie. Variatie is nu (2019) waarschijnlijk wel kleiner dan wat in het gemiddelde over de afgelopen drie jaar weergeeft. Het onderscheid tussen open / hybride / compleet minimaal invasief / onbekend is niet gemaakt in de verplichte transparantie, dus daarvoor blijft dit item gehandhaafd.

Databron: NKR

Conclusie: Deze informatie geeft beeld van de werkwijze van het ziekenhuis en is daarmee relevante keuze-informatie.

6. Aantal maagresecties, uitgesplitst naar operatietechniek

Rationale: Dit geeft inzicht in de ervaring met de verschillende typen maagresecties en de werkwijze van het ziekenhuis hierbij.

Teller: Aantal maagresecties per jaar van resectie, met onderverdeling naar open, minimaal-invasief of onbekend

Noemer: Patiënten die maagresectie hebben ondergaan

Naar: Ziekenhuis van resectie

Discussie: Het onderscheid tussen open / minimaal invasief / onbekend is niet gemaakt in de verplichte transparantie, dus daarvoor blijft informatie vanuit NKR nodig. De verdeling in soort operatie komt door twee studies, waarbij gerandomiseerd werd tussen open en minimaal invasief. Dit beïnvloedt de huidige cijfers. De LOGICA- en STOMACH-studies leveren geen verschil in uitkomsten op, dus er is geen 'goed' of 'fout', maar als beeldvorming van ziekenhuizen is het wel informatief voor patiënten.

Conclusie: Deze informatie geeft beeld van de werkwijze van het ziekenhuis en is daarmee relevante keuze-informatie.

Databron: NKR

7. Het aantal verrichte slokdarmresecties, uitgesplitst naar type resectie

Rationale: Dit geeft inzicht in de ervaring met de verschillende typen minimaal invasieve slokdarmresecties en de werkwijze van het ziekenhuis hierbij.

Teller: Type slokdarmresectie (Ivor-Lewis, McKeown, Transthoracaal locatie naad onbekend, Transhiataal, Onbekend of niet geregistreerd).

Noemer: Patiënten die slokdarmresectie hebben ondergaan

Naar: Ziekenhuis van resectie

Bevindingen: Op dit moment vindt er onderzoek plaats naar de uitkomsten bij de verschillende typen resectie. Er is nog geen definitieve uitkomst beschikbaar. Transhiataal (naad in

hals) komt nu minder voor, maar is niet bewezen slechter. Ivor-Lewis: naad in Thorax, operatie vanuit de thorax/abdomen. McKeown: naad in hals, operatie vanuit thorax.

Conclusie: Informatie gebruiken voor beschrijving werkwijze ziekenhuis, waarbij we aangeven dat beide methoden voor- en nadelen hebben en dat de werkwijze tussen ziekenhuizen hierin kan verschillen (m.a.w: als men één optie aangeboden krijgt, kan men doorvragen waarom deze optie en niet een andere).

Databron: NKR

8. Aantal salvage-operaties voor slokdarmkanker

Rationale: *Dit geeft inzicht in de ervaring die het ziekenhuis heeft met deze operaties, die complex kunnen zijn en meer complicaties kunnen geven.*

Teller *Aantal salvage-operaties voor slokdarmkanker die in het ziekenhuis zijn uitgevoerd in 2018, zoals opgenomen in DUCA*

Databron: *DUCA, wordt uitgevraagd via de ziekenhuizen*

9. Aantal patiënten dat radiotherapeutisch is behandeld (in primaire behandeling)

Rationale: Dit geeft enig inzicht in de ervaring met radiotherapie als primaire behandeling bij maag- of slokdarmkanker.

Teller: Aantal patiënten met slokdarmcarcinoom dat behandeld is met radiotherapie per jaar van diagnose

Naar: Ziekenhuis van radiotherapie

Opmerkingen: Inclusief patiënten met chemoradiotherapie. Geen onderverdeling naar externe radiotherapie en brachytherapie vanwege kleine aantallen brachytherapie.

Conclusie: aantal opnemen in beschrijving bij behandelvolumes.

Databron: NKR

10. Aantal patiënten dat met chemotherapie (primaire behandeling) is behandeld

Rationale: Dit geeft inzicht in de ervaring met radiotherapie als primaire behandeling bij maag- of slokdarmkanker.

Teller: Aantal patiënten behandeld met chemotherapie per jaar van diagnose

- Maagkanker
- Slokdarmkanker
- Maagkanker en slokdarmkanker (a en b opgeteld)

Naar: Ziekenhuis van chemotherapie

Opmerkingen: Inclusief patiënten met chemoradiotherapie. Betreft dus zowel peri-operatieve chemotherapie als eerstelijns-palliatieve chemotherapie

Conclusie: aantal opnemen in beschrijving bij behandelvolumes.

Databron: NKR

11. Niet-chirurgische behandelmethoden

Rationale: Dit geeft inzicht het zorgaanbod van het ziekenhuis

Teller Behandelmethode(n) (zowel curatief als palliatief) voor slokdarm- of maagcarcinoom die op ziekenhuislocatie worden verricht:

- Chemotherapie
- Radiotherapie
- Chemoradiotherapie
- Plaatsen van een stent

Opmerkingen: Via ziekenhuisuitvraag worden meer details uitgevraagd over het aanbod van radiotherapie

Databron: DUCA / verplichte transparantie

12. Is het ziekenhuis een Barrett-expertcentrum

- Rationale: Dit geeft inzicht in de ervaring die er is met diagnostiek / behandeling van vroegcarcinomen.
- Teller: Is het ziekenhuis een Barrett Expert Centrum (ja/nee)
- Databron: deskresearch door NFK

PROCESINFORMATIE DIAGNOSTIEK

13. Percentage patiënten bij wie Her2Neu getest is voorafgaand aan systemische therapie

- Rationale: Geeft inzicht in hoeverre de wordt gewerkt volgens de richtlijn voor wat betreft de Her2Neu-bepaling vóór de start van systemische therapie.
- Teller: Aantal patiënten met maag- of slokdarmkanker waarbij Her2Neu getest is
- Noemer: Aantal patiënten met cM1-adenomaag- of slokdarmcarcinoom dat systemische therapie heeft ondergaan (zonder radiotherapie)
- Naar: Ziekenhuis van systemische therapie
- Bevindingen: Dit is een onderscheidend item. 79% gemiddeld voor Nederland.
- Conclusie: Voor de interpretatie geldt: hoe hoger, hoe beter.
- Databron: NKR

14. Percentage patiënten dat een curatieve resectie ondergaat vanwege een primair slokdarm- of maagcarcinoom, met ≥ 15 beoordeelde lymfeklieren in het resectiepreparaat.

- Rationale: Geeft inzicht in hoeverre de wordt gewerkt volgens de richtlijn voor wat betreft de verwijdering van het aantal lymfeklieren i.v.m. betrouwbare bepaling van het TNM-stadium.
- Teller: Aantal patiënten bij wie ≥ 15 lymfeklieren in het resectiepreparaat is 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.
- Databron: DUCA / verplichte transparantie

PROCESINFORMATIE BEHANDELING

15. Percentage patiënten dat met curatieve intentie is behandeld voor slokdarmcarcinoom

- Rationale: Dit geeft inzicht in de mate waarin patiënten die curatief kunnen worden behandeld ook een curatieve behandeling krijgen. De norm is geen 100%. Dat zou erop kunnen duiden dat de patiënt niet mag kiezen voor een andere of géén behandeling.
- Teller: Patiënten waarbij behandeling gestart is met curatieve intentie (endoscopische resectie, chirurgische resectie, chemoradiatie (ongeacht wel/niet gevolgd door resectie) en open-dicht chirurgie)
- Noemer: Patiënten met potentieel curabel slokdarmcarcinoom
- Naar: Ziekenhuis van diagnose
- Definitie: Onder curatieve intentie valt: endoscopische resectie, chirurgische resectie, chemoradiatie (ongeacht wel/niet gevolgd door resectie) en open-dicht chirurgie.
- Bevindingen: Dit is best lastig te interpreteren, want te laag is niet goed (bv 60%), maar te hoog ook niet (ca 95%).
- Conclusie: Relevante informatie
- Databron: NKR

16. Percentage patiënten dat behandeld is met curatieve intentie bij slokdarmkanker, uitgesplitst naar type behandeling

- Rationale: Dit geeft inzicht in de curatieve behandelingen die het ziekenhuis uitvoert bij patiënten die curatief kunnen worden behandeld. Dit geeft de werkwijze van het ziekenhuis bij deze patiënten weer.
- Teller: Aantal patiënten dat een endoscopische resectie, chirurgische resectie of definitieve chemoradiatie heeft ondergaan.
- Noemer: Aantal patiënten met potentieel curabel slokdarmcarcinoom (gedefinieerd als T1-T4A/X, elke cN, cM0) .
- Naar: Ziekenhuis van diagnose
- Discussie def: Er wordt gekeken naar het ziekenhuis van diagnose, omdat we anders de patiënten missen die niet worden behandeld. Als je deze patiënten weglaat, dan kom je dus per definitie op een verkeerd percentage uit. Overige behandeling(en)/strategie(ën) kunnen zijn: stent, radiotherapie, watchful waiting, etc.
- Discussie: Bij de interpretatie van deze informatie moet niet zozeer worden gekeken naar het type behandeling dat is gegeven (moeilijk te interpreteren), maar naar de categorie “overig/geen behandeling” moet niet te groot zijn. Hierin zit variatie tussen de ziekenhuizen. We kijken naar ziekenhuis van diagnose, dus een ziekenhuis dat goed verwijst, scoort dan ook positief. Definitieve chemoradiotherapie wordt wel als curatief beschouwd, maar heeft minder goede resultaten dan een resectie: als een ziekenhuis veel naar chemoradiotherapie neigt, is dit wellicht relevant om mee te nemen in de beschouwing.
- Databron: NKR

17. Percentage patiënten dat conform klinisch stadium met curatieve intentie is behandeld voor maagcarcinoom

- Rationale: Dit geeft inzicht in de mate waarin patiënten die curatief kunnen worden behandeld, ook een curatieve behandeling krijgen. De norm is geen 100%, want een patiënt kan uiteraard altijd kiezen voor een andere of géén behandeling.
- Teller: Aantal patiënten waarbij behandeling gestart is met curatieve intentie (endoscopische resectie, chirurgische resectie, open-dicht chirurgie en neoadjuvante chemotherapie)
- Noemer: Aantal patiënten met potentieel curabel maagcarcinoom
- Naar: Ziekenhuis van diagnose
- Definitie: Onder curatieve intentie valt: endoscopische resectie, chirurgische resectie en open-dicht chirurgie, (neoadjuvante) chemotherapie.
- Discussie: Patiënten met een potentieel curabel maagcarcinoom worden in nagenoeg alle gevallen niet primair palliatief met chemotherapie behandeld, dus chemotherapie kan worden gezien als een in opzet curatieve behandeling. De uitkomst kan eigenlijk geen 100% zijn, omdat een (klein) deel van de mensen niet zal willen worden (of kunnen) behandeld.
- Conclusie: Relevante informatie, handhaven conform teller en noemer. Als systemische therapie primaire behandeling was, dan is dit te interpreteren als met curatieve opzet.
- Databron: NKR

18. Percentage patiënten dat neoadjuvant is behandeld bij slokdarmresectie

- Rationale: Patiënten met potentieel reseceerbare slokdarmkanker, zouden neoadjuvante behandeling moeten ondergaan. In Nederland gebeurt dit al heel vaak. Hiermee wordt beschreven in welke mate het ziekenhuis behandelt volgens richtlijn.
- Teller: Aantal patiënten dat een slokdarmresectie heeft ondergaan en dat voorafgaand gestart is met neoadjuvante therapie

- Noemer: Aantal patiënten dat een slokdarmresectie heeft ondergaan voor een potentieel resectabel/curabel (gedefinieerd als T1-T4A/X, elke cN, cM0) slokdarmcarcinoom (excl. vroegcarcinomen gedefinieerd als cT1 cN0)
- Naar: Ziekenhuis van resectie
- Bevindingen: Landelijk percentage is al heel erg hoog (ca 96%). In België ligt dat percentage lager. Het is goed om te noemen dat dit over het algemeen erg goed aangeboden wordt in Nederland.
- Conclusie: Zorgonderdelen die we belangrijk vinden beschrijven we, ook al scoren vrijwel alle ziekenhuizen hoog. Het beschrijven van dingen die goed gaan, geeft ook vertrouwen aan patiënten.
- Databron: NKR

19. Percentage patiënten dat neoadjuvant is behandeld bij maagresectie (ziekenhuis van resectie)

- Rationale: Dit geeft inzicht in het deel van de patiënten met potentieel curabele maagkanker dat gestart is met neoadjuvante chemotherapie. Hiermee wordt beschreven in welke mate het ziekenhuis behandelt volgens richtlijn.
- Teller: Aantal patiënten dat gestart is met neoadjuvante chemotherapie
- Noemer: Aantal patiënten dat in opzet curatieve maagresectie heeft ondergaan voor (potentieel curabele) tumor (excl. Vroegcarcinoom)
- Naar: Ziekenhuis van resectie
- Discussie: Wanneer er alleen naar geopereerde patiënten gekeken wordt, dan kan ook DUCA als databron gehanteerd worden, omdat DUCA nauwkeuriger details t.a.v. de opzet van de operatie etc. heeft dan de NKR (in de NKR wordt bijv. op basis van TNM-stadium een aanname gedaan over de 'potentiële curabiliteit'. Hierbij wordt bijvoorbeeld geen rekening gehouden met de conditie van de patiënt.
- Bevindingen: Landelijk percentage ligt op ca. 60% (alle leeftijden). Bij patiënten jonger dan 75 ligt het landelijk percentage op ca. 78%. Interessant is om te kijken of de hogere/bovengemiddelde scores ook terug te zien zijn in de specifieke overlevingscijfers. Bij patiënten ouder dan 75 ligt het landelijk percentage op ca. 28%. Maar het betreft kleine aantallen. Dit maakt dat we uiteindelijk hebben besloten dat we deze subgroep niet apart kunnen beschrijven, ook al zou het interessant zijn om te kijken of er casemix-verschillen zijn (ASA-score, comorbiditeiten) en welke chemotherapie wordt gegeven.
- Conclusie: relevante informatie
- Databron: NKR

20. Percentage patiënten dat is behandeld met systemische therapie bij gemetastaseerde kanker

- Rationale: Dit helpt bij het verkrijgen van een algeheel beeld van de aangeboden behandelingen door het ziekenhuis bij uitgezaaide ziekte. Hiermee wordt beschreven in welke mate het ziekenhuis behandelt volgens richtlijn.
- Teller A: Aantal patiënten met uitgezaaide maagkanker dat is behandeld met chemotherapie en/of targeted therapy
- Teller B: Aantal patiënten met uitgezaaide slokdarmkanker dat is behandeld met chemotherapie en/of targeted therapy
- Noemer A: Aantal patiënten met uitgezaaide maagkanker
- Noemer B: Aantal patiënten met uitgezaaide slokdarmkanker
- Naar: Ziekenhuis van diagnose
- Discussie: Geen onderscheid naar wel/geen chemoradiatie. Zeer kleine aantallen. De norm is niet "hoe hoger, hoe beter". Echter, als een ziekenhuis ver onder het landelijk gemiddelde zit (bijv. onder de 20%), dan zegt het wel iets.

Conclusie: Informatie opnemen in beschrijving van algeheel beeld over aangeboden behandelingen.
Databron: NKR

21. Percentage patiënten met adjuvante chemotherapie na maagresectie

Rationale: Dit helpt bij het verkrijgen van een algeheel beeld van de aangeboden behandelingen door het ziekenhuis. Hiermee wordt in principe beschreven in welke mate het ziekenhuis behandelt volgens richtlijn, maar hiervoor gelden (te) veel mitsen en maren, zie discussie.

Teller: Aantal patiënten dat adjuvant behandeld wordt met chemotherapie

Noemer: Aantal patiënten met een maagcarcinoom waarbij een maagresectie is verricht voor potentieel curabele tumor en neoadjuvante chemotherapie hebben gehad

Naar: Ziekenhuis van resectie

Bevindingen: Na resectie komt ongeveer 50% van de patiënten niet aan chemotherapie toe.

Discussie: In de CRITICS-II-studie wordt geen adjuvante behandeling meer gegeven (alleen neoadjuvant). Dus wanneer een ziekenhuis veel patiënten in die studie includeert, scoort het hier laag. Daarnaast is het bij adjuvante behandeling ook van belang of een patiënt de kuren allemaal afmaakt. Dat zie je hier niet terug. Als een ziekenhuis aan de CRITICS II mee doet, dan is het percentage patiënten met adjuvante chemotherapie na een maagresectie laag. In dat geval voorziet deze indicator niet goede keuze-informatie. Bovendien kan er door een 'samen-beslissen-proces' ook vaker worden afgezien van adjuvante chemotherapie. Ook in dat geval is een lager percentage niet slechter. Ook bij deze indicator is het de bedoeling om met name een beeld te geven welke schema's gebruikt worden. Niet om een bepaald schema als goed of fout te definiëren en dat schema er uit te pikken.

Conclusie: Informatie behouden ten behoeve van beschrijving/beeldvorming van ziekenhuis

Databron: NKR

22. Schema (neo)adjuvante therapie bij maagcarcinoom

Rationale: Dit helpt bij het verkrijgen van een algeheel beeld van de aangeboden behandelingen door het ziekenhuis. Als we kijken naar de data over verslagjaar 2018, geeft deze indicator inzicht in in welke mate nieuwe ontwikkelingen snel/breed worden toegepast.

Teller: A: Schema neoadjuvante chemotherapie
B: Schema adjuvante chemotherapie

Noemer: A: Patiënten neoadjuvante chemotherapie en maagresectie hebben ondergaan voor potentieel curabele tumor
B: Patiënten adjuvante chemotherapie en maagresectie hebben ondergaan voor potentieel curabele tumor

Naar: Ziekenhuis van chemotherapie

Bevindingen: Indeling schema's chemotherapie. Op basis van een recente publicatie zou een ziekenhuis nu FLOT/DOC moeten geven. In de gebruikte verslagjaren was dit minder helder. In de richtlijn stond ECC/ECF/EOX/EOF. CAPOX/FOLFOX is een bewuste afwijking van richtlijn. Dat maakt deze informatie op dit moment lastig te interpreteren.

Discussie: Ook hier is de bedoeling om met name een beeld te geven welke schema's gebruikt worden. Niet om een bepaald schema als goed of fout te definiëren en dat schema er uit te pikken.

Conclusie: Op dit moment is deze informatie minder bruikbaar als keuze-informatie. Toch wordt besloten om de informatie wel op te vragen, zodat het kan worden gebruikt voor de beschrijving/beeldvorming van ziekenhuis, vooral omdat deze informatie in de nabije toekomst met actuelere cijfers relevanter wordt.

Databron: NKR

UITKOMSTINFORMATIE KLINISCH PROCES

23. Percentage patiënten dat een curatieve resectie ondergaat vanwege een primair slokdarm- of maagcarcinoom, waarbij de snijranden vrij zijn van tumorcellen

Rationale:	Dit geeft inzicht in het percentage curatieve resecties waarbij de snijranden schoon zijn na operatie en er dus geen tumorweefsel is achtergebleven. In principe moet dit percentage zo hoog mogelijk zijn, waarbij de complexiteit van de geopereerde patiëntenpopulatie in ogenschouw genomen moet worden.
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.
Definities:	* Aard van de ingreep zoals bepaald aan het einde van de operatie. [^] R0 resectie: vanaf 1 januari 2014 geldt de definitie van The College of American Pathologists: geen tumorcellen in het snijvlak.
Databron:	DUCA / verplichte transparantie

24. Percentage patiënten dat een curatieve resectie* ondergaat vanwege een primair slokdarm- of maagcarcinoom, waarbij er sprake is van een gecompliceerd beloop[^].^{}**

Rationale:	Dit geeft inzicht in het percentage patiënten waarbij de curatieve resectie een gecompliceerd beloop kent. In principe moet dit percentage zo laag mogelijk zijn, waarbij de complexiteit van de geopereerde patiëntenpopulatie in ogenschouw genomen moet worden.
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.
Definities:	* Aard van de ingreep zoals bepaald aan het einde van de operatie. [^] Gecompliceerd beloop: Postoperatieve complicatie die gepaard gaat met een verlengde opnameduur (>21 dagen), reïnterventie of overlijden. ^{**} Gecorrigeerd voor case-mix factoren.
Uitvraagperiode:	1-1-2017 t/m 31-12-2018 (berekend over 2 jaren)
Databron:	DUCA / verplichte transparantie

25. 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.^{}**

Rationale:	Dit geeft inzicht in het percentage patiënten dat binnen 30 na de operatie of tijdens de opname overlijdt.
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.
Definities:	* Aard van de ingreep zoals bepaald aan het einde van de operatie. ^{**} Gecorrigeerd voor case-mix factoren.
Uitvraagperiode:	1-1-2017 t/m 31-12-2018 (berekend over 2 jaren)
Databron:	DUCA / verplichte transparantie

UITKOMSTINFORMATIE: OVERLEVING

26. Relatieve overleving van alle mensen met een maag- of slokdarmresectie (één-, twee-, drie- en vierjaarsoverleving naar ziekenhuis van resectie)

- Rationale:** De overleving is uiteindelijk een van de belangrijkste uitkomstmaten. Deze wordt beschreven, waarbij er aandacht is voor mogelijke verschillen tussen de ziekenhuizen in casemix.
- Teller:** Alle patiënten met een maag- of slokdarmresectie die één, twee, drie resp vier na resectie nog in leven zijn
- Noemer:** Alle patiënten met een maag- of slokdarmresectie in resectiejaren 2015-2017, ongeacht tumorsoort
- Inclusie:** Alle geresecteerde patiënten met maag- of slokdarmkanker, ongeacht tumorsoort
- Subgroepen:** maagresectie vs. slokdarmresectie
- Naar:** Ziekenhuis van resectie
- Discussie:** Keuze van wel/niet reseceren van ziekenhuis beïnvloedt overleving. Terughoudend ziekenhuis (dat moeilijke gevallen verwijst) kan daardoor dus hoge overleving hebben. Referentiecentrum voor lastige chirurgie kan daardoor lagere overleving hebben. Wellicht helpt de beschrijving van de patiëntenpopulatie hierbij voor de juiste beeldvorming: de casemix van de geopereerde patiënten wordt hierbij beschouwd (leeftijd, stadium, comorbiditeiten, ASA-score). Aanvullende (DUCA-)indicator m.b.t. het aantal salvage-operaties kan hierbij ook behulpzaam zijn. Op termijn is het ook interessant om naar overlevingscijfers op netwerkniveau te kijken. Uit recent onderzoek vanuit DUCA is gebleken dat de volgende uitkomsten geassocieerd zijn met overleving: textbook outcome, radicaliteit van de resecties (is beschikbaar via verplichte transparantie) en 'gecompliceerd beloop' (ook beschikbaar via verplichte transparantie).
- Conclusie:** informatie opnemen, maar wel beschrijven in relatie tot patiëntenpopulatie
- Databron:** NKR

27. Relatieve overleving gemetastaseerde patiënten (cM1 bij diagnose) (één-, twee-, drie- en vierjaarsoverleving)

- Rationale:** De overleving is uiteindelijk een van de belangrijkste uitkomstmaten. Deze wordt beschreven, waarbij er aandacht is voor mogelijke verschillen tussen de ziekenhuizen in casemix.
- Inclusie:** Alle patiënten met uitgezaaide ziekte (cM1 bij diagnose), ongeacht tumorsoort
- Naar:** A. Ziekenhuis van diagnose
B. Ziekenhuis dat patiënt heeft gezien en/of behandeld
C. Ziekenhuis van behandeling met systemische therapie.
- Databron:** NKR

UITKOMSTINFORMATIE: KWALITEIT VAN LEVEN

We hebben geen indicatoren kunnen formuleren, omdat PROM-data nog niet beschikbaar zijn. Indicatoren voor dit thema staan op onze wensenlijst.

INDICATOREN OP WENSENLIJST

De volgende indicatoren zijn relevant bevonden, maar zijn nu (nog) niet beschikbaar.

28. PROM-uitkomsten die relatie hebben met kwaliteit van zorg

Wenselijk is om indicatoren te vinden waarbij een relatie te leggen is tussen ervaren kwaliteit van leven en de kwaliteit van zorg. Een voorbeeld hiervan betreft incontinentie en impotentie na prostatectomie. Het lijkt nu nog niet mogelijk om deze indicatoren te identificeren voor maag- en slokdarmkanker. Hiervoor zijn meer PROM-data uit meer ziekenhuizen nodig.

29. Mediane wachttijd tussen diagnose en start primaire behandeling

Deze indicator komt beschikbaar via de verplichte transparantie (DUCA) per verslagjaar 2019. De huidige indicator over wachttijd vinden we niet zinvol als keuze-informatie (zie volgend hoofdstuk met vervallen indicatoren).

30. Textbook outcome

Komt per 2021 beschikbaar in de verplichte transparantie (DUCA).

31. Gebruik van Ramucirumab (als tweedelijnsbehandeling)

In 2019 is deze informatie nog niet uit de NKR te verkrijgen. Zodra dit wel het geval is, geeft dit – bij gebruik van de juiste verslagperiode - inzage in de snelheid waarmee nieuwe behandelingen worden toegepast voor de patiënt.

32. Failure to cure (optioneel)

Teller: Aantal patiënten waarbij geen curatieve behandeling afgerond is
 Noemer: Aantal patiënten waarbij de behandeling gestart is met curatieve intentie
 Conclusie: We concluderen dat dit mogelijk interessante informatie is, maar dat er een uitgebreidere discussie nodig is over de definities en mogelijke pitfalls. We agenderen hem voor de toekomst.

BESPROKEN INDICATOREN DIE NA ANALYSE EN/OF DISCUSSIE ZIJN VERVALLEN

De volgende indicatoren zijn geanalyseerd, besproken en na discussie komen te vervallen. Om een volledig beeld te geven van het proces dat doorlopen is om tot bovenstaande set aan gegevens te komen, willen wij transparant zijn over ook de indicatoren die we onderzocht hebben, maar uiteindelijk niet relevant vonden.

33. Percentage patiënten dat een curatieve resectie* ondergaat vanwege een primair slokdarm- of maagcarcinoom, waarbij essentiële gegevens van het pathologieverslag in de DUCA zijn geregistreerd.

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
 Conclusie: niet opnemen: de indicator zegt iets over hoe nauwkeurig met DUCA wordt gewerkt en niet over hoe goed het pathologieverslag is.
 Databron: DUCA / verplichte transparantie

Behandeling vroegcarcinoom (maagkanker + slokdarmkanker)

Teller: Type behandeling vroeg carcinoom
Noemer: Patiënten met vroeg carcinoom in slokdarm resp maag
Naar: Eerste ziekenhuis van behandeling
Discussiepunten: Indelen naar ziekenhuis van behandeling of naar ziekenhuis van diagnose?
Bevindingen: Deze informatie kan alleen worden weergegeven naar ziekenhuis van behandeling (anders te kleine aantallen). De informatie is complex en levert weinig zinvolle informatie op. Géén resecties is niet goed (onderbehandeling), maar te veel ook niet. Wat zinvol zou kunnen zijn is het aantal vroegcarcinomen dat in het ziekenhuis wordt gezien, maar dat moet worden uitgevraagd aan het ziekenhuis, omdat een deel van de patiënten (Barrett) buiten de oncologie valt (en dus buiten NKR). Aangezien het volume door concentratie (bij de Barrett-ziekenhuizen) al wel goed is, is het eerder relevant als keuze-informatie of er wordt overwogen om EMR/ESD te doen. Deze indicator vervalt daardoor. Als alternatief nemen we mee of het ziekenhuis een Barrett-ziekenhuis is (desk research).
Conclusie: laten vervallen

Percentage patiënten bij wie een EUS is verricht voor slokdarmresectie

Teller: Aantal patiënten waarbij een EUS is verricht
Noemer: Aantal patiënten met slokdarmcarcinoom waarvoor zij een resectie hebben ondergaan
Naar: Ziekenhuis van resectie
Bevindingen: Deze informatie kan worden gebruikt als procesmaat voor diagnostiek. Sommige ziekenhuizen vinden EUS niet waardevol. Anderen weer wel.
Discussie: geen waardevolle informatie, want EUS staat ter discussie.
Conclusie: laten vervallen

Verskil cTNM pTNM

Bevindingen: Geen goede keuze-informatie want: 1) de groep patiënten dat niet wordt voorbehandeld is klein (voor de patiënten die een neoadjuvante behandeling krijgt is een verschil tussen pTNM en cTNM gewenst, maar bij gebrek aan verschil kun je geen uitspraak doen over de oorzaak) én 2) cTNM is relatief onbetrouwbaar.
Conclusie: laten vervallen

Chemoradiatie bij slokdarmcarcinoom

Bevindingen: Irresectabele groep is te klein voor analyses per ziekenhuis. In resectabele groep is definitieve chemoradiatie relatief klein groep
Conclusie: laten vervallen

Aantal patiënten met targeted therapy

Teller: Aantal patiënten behandeld met targeted therapy per jaar van diagnose
Naar: Ziekenhuis van targeted therapy
Opmerkingen: Targeted therapy wordt alleen eerstelijns gegeven bij synchroon gemetastaseerde en eventueel in peri-operatieve-trial-setting. Daar deze behandelingen meestal in de tweede lijn of later plaatsvinden, worden ze niet meegenomen in de registratie van de NKR. Deze cijfers zijn daardoor een grote onderschatting en niet zinvol om mee te nemen. Bij de DICA- indicatoredagen is ook besloten dat deze indicator verwijderd zou worden aangezien niemand een duidelijke definitie van targeted therapy kon geven.
Conclusie: niet opnemen: de aantallen zijn nu klein en niet representatief (wel vergelijkbaar tussen ziekenhuizen).

Externe radiotherapie bij M1-slokdarmcarcinoom

Teller:	Aantal patiënten dat behandeld wordt met externe radiotherapie
Noemer:	Aantal patiënten met gemetastaseerd slokdarmcarcinoom
Naar:	Ziekenhuis van diagnose
Discussie:	Geen onderscheid naar wel/geen chemoradiatie. Is informatie over aantal fracties, dosis per fractie of totale dosis zinvol?
Bevindingen:	Bij slikklachten zouden we mensen met gemetastaseerde ziekte radiotherapie moeten aanbieden wanneer de levensverwachting relatief beter is. De interpretatie van deze indicator is lastig, omdat we niet weten of de mensen die radiotherapie hebben gehad ook slikklachten hadden en hoe hun levensverwachting was.
Discussie:	Er is (nog) geen wetenschappelijk bewijs dat het ene schema superieur is boven het andere.
Conclusie:	Indicator laten vervallen

Brachytherapie bij gemetastaseerd slokdarmcarcinoom

Teller:	Aantal patiënten met brachytherapie
Noemer:	Aantal patiënten met gemetastaseerd slokdarmcarcinoom
Naar:	Ziekenhuis van diagnose
Discussie:	erg lage aantallen
Conclusie:	indicator laten vervallen

Deelname aan PROM

Teller	Het ziekenhuis neemt deel aan de verzameling van Patient Reported Outcome Measures (PROMs) in de klinische registratie van de DUCA.
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 wordt direct uit de PROMs registratie berekend.
Databron	DUCA / verplichte transparantie
Conclusie	Via de NFK-PREM oncologie wordt patiëntenervaring gemeten met PROM: is de vragenlijst aangeboden en is hij besproken in de spreekkamer? We besluiten dat dit een beter beeld geeft van het toepassen van PROMs dan de huidige indicator uit de verplichte transparantie.

Wachttijd

Indicator	Percentage patiënten dat een operatie ondergaat in verband met een slokdarm- of maagcarcinoom, met een wachttijd van <5 weken tussen diagnose en behandeling (datum start neoadjuvante behandeling of datum operatie).
Teller	Aantal patiënten bij wie de tijd tussen de datum van het eerste biopt met PA-diagnose en de datum van start neoadjuvante behandeling of datum operatie < 35 dagen.
Noemer A	Aantal patiënten dat een operatie ondergaat vanwege een slokdarmcarcinoom, niet verwezen vanuit een ander ziekenhuis.
Noemer B	Aantal patiënten dat een operatie ondergaat vanwege een slokdarmcarcinoom, verwezen vanuit een ander ziekenhuis.
Noemer C	Aantal patiënten dat een operatie ondergaat vanwege een maagcarcinoom, niet verwezen vanuit een ander ziekenhuis.
Noemer D	Aantal patiënten dat een operatie ondergaat vanwege een maagcarcinoom, verwezen vanuit een ander ziekenhuis.
Databron	DUCA / verplichte transparantie
Reden	Door de huidige formulering (percentage patiënten dat de norm haalt) is de indicator minder geschikt voor keuze-informatie. Vanaf verslagjaar 2019 wordt gevraagd naar de mediane wachttijd: dat geeft voor keuze-informatie een beter beeld. Dan wordt het relevanter om deze indicator op te nemen bij de beschrijving van de logistiek en zorgorganisatie in het ziekenhuis.

Structuurinformatie over mate van specialisatie en zorgaanbod aan te leveren door ziekenhuis

Signatuur: expertise ziekenhuis voor maag- en slokdarmkanker (max 150 woorden)

Wilt u hier aangeven wat u wilt dat de patiënten weten over de expertise van uw ziekenhuis ten aanzien van de zorg voor maag- en slokdarmkanker: wat is uw signatuur?

Samenwerking met andere ziekenhuizen

Zet een kruis bij de regels die van toepassing zijn: (meerdere antwoorden mogelijk)

- Het ziekenhuis functioneert als referentiecentrum voor maag- en slokdarmkanker:
 - Het ziekenhuis voert tweede meningen uit voor maag- en slokdarmkanker, toelichting:...
 - Het ziekenhuis is als consulent aanwezig bij MDO('s) van andere ziekenhuizen voor maag- en slokdarmkanker, toelichting:...
 - Het ziekenhuis neemt als consulent deel aan regionale MDO's voor maag- en slokdarmkanker, toelichting:...
 - Het ziekenhuis voert consultatie op afstand uit voor maag- en slokdarmkanker (expertpanel, telefoon, e-mail), toelichting:...
 - Voor hoeveel ziekenhuizen is het ziekenhuis referentiecentrum?
- Het ziekenhuis maakt gebruik van of werkt samen met een referentiecentrum voor maag- en slokdarmkanker:
 - Het ziekenhuis verwijst actief voor tweede meningen bij (een vermoeden op) maag- en slokdarmkanker naar een referentiecentrum
 - Er is een vertegenwoordiging vanuit een referentiecentrum aanwezig bij het MDO maag- en slokdarmkanker
 - Het ziekenhuis neemt deel aan een regionaal MDO voor maag- en slokdarmkanker
 - Het ziekenhuis consulteert een referentiecentrum voor maag- en slokdarmkanker (expertpanel, telefoon, e-mail)
 - Het ziekenhuis heeft samenwerkingsafspraken met referentiecentrum.....[invullen] (samenwerkingsafspraken graag aanleveren ter ondersteuning) voor
 - Verwijzing voor diagnostiek maag- en slokdarmkanker
 - Verwijzing voor behandeling maag- en slokdarmkanker
 - Consultatie voor diagnostiek maag- en slokdarmkanker
 - Consultatie voor behandeling maag- en slokdarmkanker
- Overige samenwerkingsverbanden voor maag- en slokdarmkankerzorg :

.....

.....

MDO

Richt het MDO zich op alléén maag- en slokdarmkanker? Ja / Nee / anders, namelijk.....

Hoe vaak komt het MDO voor maag- en slokdarmkanker bij elkaar?keer/maand

Geaffilieerd zorgaanbod voor maag- en slokdarmkanker

Welk van onderstaand zorgaanbod zet het multidisciplinaire team actief in voor de nierkankerzorg ? Is dit aanbod aanwezig in eigen huis of is hiervoor een samenwerking met korte lijnen georganiseerd met professionals in een ander ziekenhuis?? Kruis aan wat van toepassing is.

Zorgaanbod voor maag- en slokdarmkanker in nauwe samenwerking met multidisciplinair team	Aanwezig in eigen huis	Samenwerking met ander ziekenhuis, nl [naam ziekenhuis]	Anders, namelijk.....
Moleculaire diagnostiek			
Klinische genetica			
PET-CT			
MRI			
ESD/EMR			
Immunotherapie			
Immuno-MDO			
Intensive care level [<i>graag invullen</i>]			
Eerste hulp 24/7			
Geriatr			
Palliatief team			
Diëtist			
Psychosociale zorg (in oncologie gespecialiseerde psycholoog, medisch maatschappelijk werk etc)			
Oncologische revalidatie			
Seksuologische zorg			
Lotgenotencontact			
AYA-poli			
Klinisch arbeidsgeneeskundige			
Anders, namelijk			

Opvang bij complicaties

Hoe is de opvang geregeld bij complicaties van maag- en slokdarmkankerbehandeling?

Zorgevaluatie

Evalueert het ziekenhuis de maag- en slokdarmkankerzorg stelselmatig met benchmarkgegevens?

- Nee
- Ja, namelijk (meerdere antwoorden mogelijk):
 - intern
 - met andere ziekenhuizen
 - met patiëntenvertegenwoordigers uit het eigen ziekenhuis
 - met patiëntenvertegenwoordigers van SPKS

Ruimte voor toelichting:

Wetenschappelijk klimaat – multidisciplinair

NB. In de onderstaande tabellen kunnen de trialparticipatie en publicaties van het multidisciplinaire team vermeld worden en eventuele aanvullende informatie gegeven worden over de specialisatie of bijzondere expertise in maag- en slokdarmkanker.

Is een researchverpleegkundige beschikbaar voor maag- en slokdarmkanker?	Aantal:
Aantal wetenschappelijke publicaties van het multidisciplinaire team in 2016, 2017 en 2018 inzake maag- en slokdarmkanker	

Aan welke open klinische studies in 2019 doet het ziekenhuis mee voor in opzet curatieve maag- en slokdarmkankerzorg?	Aantal patiënten geïncludeerd in 2019 (invuldatum: .../.../2019)

Aan welke open klinische studies doet het ziekenhuis in 2019 mee voor gemetastaseerde maag- en slokdarmkanker?	Aantal patiënten geïncludeerd in 2019 (invuldatum: .../.../2019)

Aanvullende informatie over specialisatie maag- en slokdarmkanker - multidisciplinair

Aanvullende informatie over eventuele multidisciplinaire specialisatie of bijzondere expertise in maag- en slokdarmkanker. Denk aan betrokkenheid bij richtlijnen, expertpanel, registers, bijscholing en specifieke expertise in bepaalde behandelmethoden.

--

Specialisatie chirurgen

Hoeveel chirurgen zijn er in het ziekenhuis?

Hoeveel chirurgen doen maag- en slokdarmkankerzorg?

In welke mate zijn de chirurgen die zorg voor maag- en slokdarmkanker doen, gespecialiseerd in maag- en slokdarmkanker? Graag invullen in onderstaande tabel:

Chirurgen voor maag- en slokdarmkanker – mate van specialisatie	Besteedt ten minste 50% van werktijd aan maag- en slokdarmkanker	Heeft maximaal 3 aandachtsgebieden, waaronder maag- en slokdarmkanker	Anders, namelijk
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

Aantal salvage-operaties voor slokdarmkanker die in het ziekenhuis zijn uitgevoerd in 2018, zoals opgenomen in DUCA:

Aanvullende informatie over eventuele specialisatie of bijzondere expertise in maag- en slokdarmkanker:

Specialisatie gespecialiseerd verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten

Hoeveel gespecialiseerd verpleegkundigen zijn er in het ziekenhuis beschikbaar voor maag- en slokdarmkanker?

Hoeveel verpleegkundig specialisten zijn er in het ziekenhuis beschikbaar voor maag- en slokdarmkanker?

In welke mate zijn de gespecialiseerd verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten voor maag- en slokdarmkanker doen, gespecialiseerd in maag- en slokdarmkanker? Graag invullen in onderstaande tabel:

Gespecialiseerd verpleegkundigen voor maag/ slokdarmkanker – mate van specialisatie	Besteedt ten minste 50% van werktijd aan maag/ slokdarmkanker	Heeft maximaal 3 aandachtsgebieden, waaronder maag/ slokdarmkanker	Anders, namelijk
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

Verpleegkundig specialisten voor maag/ slokdarmkanker – mate van specialisatie	Besteedt ten minste 50% van werktijd aan maag/ slokdarmkanker	Heeft maximaal 3 aandachtsgebieden, waaronder maag/ slokdarmkanker	Anders, namelijk
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

Aanvullende informatie over eventuele specialisatie of bijzondere expertise in maag- en slokdarmkanker:

Specialisatie internist-oncologen / medisch oncologen

Hoeveel internist-oncologen / medisch oncologen zijn er in het ziekenhuis?

Hoeveel internist-oncologen / medisch oncologen doen maag- en slokdarmkankerzorg?

In welke mate zijn de internist-oncologen / medisch oncologen die maag- en slokdarmkankerzorg doen, gespecialiseerd in maag- en slokdarmkanker? Graag invullen in onderstaande tabel:

Internist-oncologen voor maag/ slokdarmkanker – mate van specialisatie	Besteedt ten minste 50% van werktijd aan maag/ slokdarmkanker	Heeft maximaal 3 aandachtsgebieden, waaronder maag/ slokdarmkanker	Anders, namelijk
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

Aanvullende informatie over eventuele specialisatie of bijzondere expertise in maag- en slokdarmkanker:

Specialisatie MDL-artsen

Hoeveel MDL-artsen zijn er in het ziekenhuis?

Hoeveel MDL-artsen doen maag- en slokdarmkankerzorg?

In welke mate zijn de MDL-artsen die zorg voor maag- en slokdarmkanker doen, gespecialiseerd in maag- en slokdarmkanker? Graag invullen in onderstaande tabel:

MDL-artsen voor maag/ slokdarmkanker – mate van specialisatie	Besteedt ten minste 50% van werktijd aan maag/ slokdarmkanker	Heeft maximaal 3 aandachtsgebieden, waaronder maag/ slokdarmkanker	Anders, namelijk
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

Aanvullende informatie over eventuele specialisatie of bijzondere expertise in maag- en slokdarmkanker:

Specialisatie nucleair geneeskundigen

Hoe is de nucleair geneeskunde voor maag- en slokdarmkanker georganiseerd?

- Het ziekenhuis heeft een eigen afdeling voor nucleaire geneeskunde
- Het ziekenhuis heeft vaste samenwerkingsafspraken met een ziekenhuis voor nucleaire geneeskunde, namelijk.....
 - Er zit vanuit dit ziekenhuis standaard een vaste/zelfde nucleair geneeskundige bij het MDO.
 - Anders namelijk,.....

Hoeveel nucleair geneeskundigen zijn er in het ziekenhuis (waarmee wordt samengewerkt)?

Hoeveel nucleair geneeskundigen doen maag- en slokdarmkankerzorg in/voor het ziekenhuis (waarmee wordt samengewerkt)?

In welke mate zijn de nucleair geneeskundigen die maag- en slokdarmkankerzorg doen, gespecialiseerd in maag- en slokdarmkanker? Graag invullen in onderstaande tabel:

Nucleair geneeskundigen voor maag- en slokdarmkanker	besteedt ten minste 50% van werktijd aan maag- en slokdarmkanker	Heeft maximaal 3 aandachtsgebieden, waaronder maag- en slokdarmkanker	Anders, namelijk
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

Aanvullende informatie over eventuele specialisatie of bijzondere expertise in maag- en slokdarmkanker:

Specialisatie pathologen

Hoe is de pathologie voor maag- en slokdarmkanker georganiseerd?

- Het ziekenhuis heeft een eigen afdeling voor pathologie
- Het ziekenhuis heeft vaste samenwerkingsafspraken met een ziekenhuis/laboratorium voor pathologie, namelijk.....
 - Zit er vanuit dit samenwerkingsverband standaard een vaste/zelfde patholoog bij het MDO? Ja/Nee
- Anders namelijk,.....

Hoeveel pathologen zijn er in het ziekenhuis (of pathologielab waarmee samengewerkt wordt)?

Hoeveel pathologen doen diagnostiek voor maag- en slokdarmkanker?

In welke mate zijn de pathologen die diagnostiek voor maag- en slokdarmkanker doen, gespecialiseerd in maag- en slokdarmkanker? Graag invullen in onderstaande tabel:

Pathologen voor maag/ slokdarmkanker – mate van specialisatie	Besteedt ten minste 50% van werktijd aan maag/ slokdarmkanker	Heeft maximaal 3 aandachtsgebieden, waaronder maag/ slokdarmkanker	Anders, namelijk
Patholoog 1			
Patholoog 2			
Patholoog 3			
Patholoog 4			
Patholoog 5			
Patholoog 6			
Patholoog 7			

Aanvullende informatie over eventuele specialisatie of bijzondere expertise in maag- en slokdarmkanker:

Specialisatie radiologen

Hoeveel radiologen zijn er in het ziekenhuis?

Hoeveel radiologen doen diagnostiek voor maag- en slokdarmkanker?

Wordt gewerkt volgens een protocol dat per maag- en slokdarmkankerpatiënt alle diagnostiek voor de primaire diagnose door één radioloog wordt gezien? Ja / Nee

In welke mate zijn de radiologen die diagnostiek voor maag- en slokdarmkanker doen, gespecialiseerd in maag/slokdarmkanker? Graag invullen in onderstaande tabel:

Radiologen voor maag/slokdarmkanker – mate van specialisatie	Besteedt ten minste 50% van werktijd aan maag/slokdarmkanker	Heeft maximaal 3 aandachtsgebieden, waaronder maag/slokdarmkanker	Anders, namelijk
Radioloog 1			
Radioloog 2			
Radioloog 3			
Radioloog 4			
Radioloog 5			
Radioloog 6			
Radioloog 7			

Aanvullende informatie over eventuele specialisatie of bijzondere expertise in maag- en slokdarmkanker:

Specialisatie radiotherapeuten

Hoe is de radiotherapie voor maag- en slokdarmkanker georganiseerd?

- Het ziekenhuis heeft een eigen radiotherapie-afdeling
- Het ziekenhuis heeft een radiotherapie-dependance van een ander centrum
- Het ziekenhuis heeft vaste samenwerkingsafspraken met een extern radiotherapiecentrum, namelijk.....
 - Een radiotherapeut van dit centrum houdt spreekuur in het ziekenhuis
 - Een vaste/zelfde radiotherapeut van dit centrum neemt standaard deel aan het MDO
- Anders namelijk,.....

Hoeveel radiotherapeuten zijn er in het ziekenhuis en radiotherapiecentrum waarmee wordt samengewerkt?

Hoeveel radiotherapeuten doen maag- en slokdarmkankerzorg?

In welke mate zijn de radiotherapeuten die maag- en slokdarmkankerzorg doen, gespecialiseerd in maag- en slokdarmkanker? Graag invullen in onderstaande tabel:

radiotherapeuten voor maag- en slokdarmkanker	besteedt ten minste 50% van werktijd aan maag- en slokdarmkanker	Heeft maximaal 3 aandachtsgebieden, waaronder maag- en slokdarmkanker	Anders, namelijk
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

Aanvullende informatie over eventuele specialisatie of bijzondere expertise in maag- en slokdarmkanker:

Vragenlijst Ervaringen van patiënten met de oncologische zorg

Dit is een prefinale versie: de vragenlijst wordt mogelijk op enkele kleine details nog aangepast. Deze vragenlijst wordt uitgevraagd via NFK.

Fijn dat u deze vragenlijst wilt invullen. Wij willen graag weten hoe u de zorg in uw ziekenhuis heeft ervaren. Met uw anonieme deelname helpt u de ziekenhuizen en kankerpatiëntenorganisaties om de zorg voor mensen met kanker te verbeteren.

Als patiëntenorganisatie willen wij mensen met kanker goed informeren over de kankerzorg in de verschillende ziekenhuizen, zodat zij het ziekenhuis kunnen kiezen dat het beste bij hen past. Daarvoor hebben wij uw ervaring nodig. Alle ervaringen van mensen met kanker bij elkaar geven een goed beeld van de geboden zorg in een ziekenhuis. Uw ziekenhuis kan met al deze ervaringen de zorg verbeteren. Wij kunnen andere patiënten informeren, zodat zij een goede keuze kunnen maken. Met uw ervaring helpt u dus andere mensen met kanker.

In deze vragenlijst staan vragen over hoe u in uw ziekenhuis de **zorg voor kanker** heeft ervaren. De vragen gaan over het hele zorgtraject: vanaf de eerste onderzoeken tot en met de nazorg. De vragenlijst gaat niet over eventuele andere ziektes of aandoeningen waarvoor u wellicht ook in het ziekenhuis in behandeling bent.

A. Algemene vragen

1. Deze vragenlijst is bedoeld voor mensen die kanker hebben (gehad). Wat is voor u van toepassing?
 - Ik heb kanker (gehad) [> vraag 2]
 - Ik heb geen kanker (gehad) [> einde vragenlijst]
2. Welk ziekenhuis heeft u gevraagd deze vragenlijst in te vullen? *Vul deze vragenlijst in over dit ziekenhuis.* [Dropdownmenu met alle ziekenhuizen] *[NB: in de volgende vragen wordt het hier gekozen ziekenhuis automatisch ingevuld daar waar staat “**ziekenhuis”]*
3. Wat is uw geslacht?
 - Man
 - Vrouw
 - Anders
4. Wat is uw geboortjaar? [Dropdown-menu met jaartallen]
5. Welke vorm van kanker heeft u gehad? *U kunt deze vragenlijst over één vorm van kanker invullen. Heeft u meerdere van onderstaande kankersoorten, dan kunt u de vragenlijst nogmaals invullen voor de andere kankersoort.*
 - Blaaskanker
 - Nierkanker
 - Maagkanker
 - Slokdarmkanker
 - Borstkanker
 - Anders, namelijk:

*[NB: in de volgende vragen wordt de hier gekozen kankersoort automatisch ingevuld daar waar staat “**kanker”]*

6. In welk jaar werd bij u de diagnose **kanker gesteld? [Dropdown-menu met jaartallen]
7. Wanneer was u voor het laatst voor **kanker in het **ziekenhuis? [dropdown-menu met jaartallen + antwoordoptie “ik heb geen behandeling of controle gehad”]

B. Tevredenheid over bejegening, deskundigheid, samenwerking in ziekenhuis

8. Hoe (on)tevreden bent u over de bejegening, deskundigheid en samenwerking in het **ziekenhuis? Ga uit van de zorg die u heeft ontvangen voor **kanker. Geef ieder onderdeel een rapportcijfer tussen 1 en 10 (1 = helemaal niet tevreden, 10 = heel erg tevreden) of ‘geen mening’

- Vriendelijkheid van behandelend arts
- Vriendelijkheid van de oncologieverpleegkundige(n)*
- Vriendelijkheid van medewerkers anders dan de arts of oncologieverpleegkundige(n)*
- Empathie of inlevingsvermogen van de behandelend arts
- Empathie of inlevingsvermogen van de oncologieverpleegkundige(n)*
- Mate waarin u zich serieus genomen voelt door de behandelend arts
- Mate waarin u zich serieus genomen voelt door de oncologieverpleegkundige(n)*
- Tijd die de behandelend arts voor u had
- Tijd die de oncologieverpleegkundige(n)* voor u had(den)
- Deskundigheid van de behandelend arts
- Deskundigheid van de oncologieverpleegkundige(n)*
- Samenwerking tussen de zorgverleners in het ziekenhuis
- Mate waarin er aandacht was voor uw naaste

Geef eventuele toelichting [open tekstveld]

* voor de leesbaarheid gebruiken wij hier de term “oncologieverpleegkundige”. Met oncologieverpleegkundige bedoelen wij de gespecialiseerd verpleegkundige en de verpleegkundig specialist

C. Vast aanspreekpunt

9. Heeft u een vast aanspreekpunt* in het **ziekenhuis? Ga uit van de zorg die u heeft ontvangen voor **kanker

- Ja
- Nee [door naar vraag 13]
- Weet ik niet [door naar vraag 13]

Toelichting [open tekstveld]

* Een vast aanspreekpunt is een zorgverlener, die het overzicht houdt over uw hele ziekte- en behandeltraject, u waar nodig ondersteunt en begeleidt en die makkelijk bereikbaar is.

10. Wie is uw vaste aanspreekpunt in het **ziekenhuis voor **kanker?

- Gespecialiseerd (oncologie-) verpleegkundige / verpleegkundig specialist
- Behandelend arts
- Secretaresse/baliemedewerker
- Weet ik niet
- Anders, namelijk.....

11. Hoe (on)tevreden bent u in het algemeen over uw vaste aanspreekpunt in het **ziekenhuis voor **kanker? Geef een rapportcijfer tussen 1 en 10 (1 = helemaal niet tevreden, 10 = heel erg tevreden).
Toelichting [open tekstveld]
12. Een vast aanspreekpunt heeft diverse zorgtaken. Hoe (on)tevreden bent u over de uitvoering van deze zorgtaken door uw vaste aanspreekpunt? Geef per zorgtaak een rapportcijfer. (1 = helemaal niet tevreden, 10 = heel erg tevreden) of vul in “geen mening”.
- Het hebben van overzicht over mijn gehele ziekte- en behandeltraject
 - Het bieden van ondersteuning en begeleiding aan mij waar nodig
 - Het kennen van mij als persoon
 - Het makkelijk bereikbaar zijn
13. Dit is de laatste vraag over het “Vast aanspreekpunt”. Geeft u eventueel een toelichting op de vragen over “Vast aanspreekpunt”? [open tekstveld]

D. Klantvriendelijkheid: Afspraken en wachttijd

14. Organiseert het **ziekenhuis de afspraken voor (diagnostische) onderzoeken en/of gesprekken waar mogelijk op 1 dag? Ga uit van de zorg die u heeft ontvangen voor **kanker.
- Ja
 - Gedeeltelijk
 - Nee
 - Weet ik niet / niet van toepassing
15. Heeft u invloed op de planning van uw afspraken in het **ziekenhuis (dagen en tijden)? Ga uit van de zorg die u heeft ontvangen voor **kanker.
- Heel veel
 - Enigszins
 - Nauwelijks
 - Helemaal niet
 - Weet ik niet / niet van toepassing
16. Nadat mensen de definitieve diagnose horen, moeten zij vaak even wachten totdat de eerste behandeling start. Hoe heeft u de wachttijd totdat de eerste behandeling startte in het **ziekenhuis ervaren? Ga uit van de zorg die u heeft ontvangen voor **kanker.
- Ik had geen wachttijd
 - Ik had wachttijd, maar dat vond ik geen probleem [naar vraag 18]
 - Ik had wachttijd en dat vond ik een beetje een probleem
 - Ik had wachttijd en dat vond ik een groot probleem
 - Weet ik niet / niet van toepassing [naar vraag 18]
17. U heeft aangegeven dat de wachttijd in het **ziekenhuis in meerdere of mindere mate een probleem was. Tegen welke problemen liep u aan? Meerdere antwoorden mogelijk.
- medische problemen
 - onzekerheid/angst
 - praktische problemen (bijvoorbeeld geplande vakantie, werk)
 - anders, namelijk
18. Geeft u eventueel een toelichting op de vragen over “Klantvriendelijkheid: Afspraken en wachttijd”? [open tekstveld]

E. Kwaliteit van leven, psychosociale zorg, nazorg en andere ondersteuning

19. Er bestaan vragenlijsten om te weten te komen hoe de patiënt zijn gezondheid ervaart tijdens en/of na de behandeling, bijvoorbeeld op het gebied van kwaliteit van leven (zoals vermoeidheid, pijn en concentratieproblemen). Bent u door het **ziekenhuis gevraagd om zo'n vragenlijst in te vullen? Ga uit van de zorg die u heeft ontvangen voor **kanker.
- Ja
 - Nee (naar vraag 21)
 - Weet ik niet / niet van toepassing (naar vraag 21)
20. Heeft een zorgverlener in het **ziekenhuis uw antwoorden op de vragenlijsten met u besproken? Ga uit van de zorg die u heeft ontvangen voor **kanker.
- Ja
 - Nee
 - Ik heb de vragenlijst niet ingevuld
 - Weet ik niet
21. Door **kanker en/of behandeling daarvan kunnen klachten of problemen ontstaan, zoals lichamelijke, psychologische, maatschappelijke problemen. Heeft u één of meerdere van onderstaande problemen of klachten ervaren? Graag aanvinken wat voor u voor van toepassing is. Meerdere antwoorden mogelijk. *[NB. De aangevinkte problemen komen terug bij vraag 22]*
- psychische of emotionele problemen
 - lichamelijke klachten of beperkingen
 - problemen met eten, drinken en/of gewicht
 - problemen met seksualiteit of intimiteit
 - problemen met gezin, familie en/of andere relaties
 - problemen met werk
 - problemen met geld
 - levensvragen
 - ik heb geen klachten of problemen [naar vraag 24]
 - Overige problemen:... [naar vraag 22]
22. U heeft aangegeven dat u door **kanker en/of de behandeling daarvan problemen of klachten heeft ervaren. Voor welke van de deze klachten of problemen had u behoefte aan hulp of ondersteuning? Graag aanvinken wat voor u voor van toepassing is (meerdere antwoorden mogelijk) *[NB. Alleen de aangevinkte problemen van vraag 21 worden hier zichtbaar. De problemen die bij deze vraag 22 worden aangevinkt, komen terug bij vraag 23]*
23. U heeft aangegeven dat er door **kanker en/of de behandeling daarvan problemen of klachten zijn ontstaan waarvoor u behoefte had aan zorg. Het ziekenhuis kan ondersteuning bieden, door zorg zelf te bieden of te verwijzen naar zorg buiten het ziekenhuis. Heeft **ziekenhuis u deze hulp of ondersteuning geboden? Meerdere antwoorden mogelijk. *[NB. Alleen de aangevinkte problemen van vraag 22 worden hier zichtbaar]*
24. Heeft het **ziekenhuis u contact met andere mensen met **kanker (lotgenotencontact) aangeboden?
- ja
 - nee
 - weet ik niet

25. Dit is de laatste vraag over "Kwaliteit van leven, psychosociale zorg, nazorg en ondersteuning". Geeft u eventueel nog een toelichting op uw antwoorden over "Kwaliteit van leven, psychosociale zorg, nazorg en ondersteuning". [open tekstveld]

F. Samen Beslissen

Samen Beslissen betekent dat u en uw zorgverlener(s) samen bespreken welke behandelingen* mogelijk zijn (ook niet behandelen is daarbij een mogelijkheid). Ook worden de gevolgen van de behandeling(en) besproken voor de korte en lange termijn en het effect ervan op uw leven. Daarnaast betekent Samen Beslissen dat u samen met uw zorgverlener(s) praat over wat u belangrijk vindt in uw leven en welke behandeling dan het beste bij u past.

26. Zijn er één of meerdere mogelijke behandelingen* voor **kanker met u besproken in het **ziekenhuis?
- Ja
 - Nee
 - Weet ik niet
 - niet van toepassing

*Onder kankerbehandeling verstaan wij: operatie, chemotherapie, bestraling, hormonale therapie, immunotherapie, doelgerichte therapie, stamceltransplantatie, afwachtend beleid (wait and see), actief volgen (active surveillance of watchfull waiting), symptoombestrijding, aanleg stoma of een andere vorm van kankerbehandeling.

27. Denkt u dat alle mogelijke behandelingen* voor **kanker met u besproken zijn in het ** ziekenhuis?
- Ja
 - Nee...
 - Weet ik niet
 - Niet van toepassing
- Toelichting [open tekstveld]

28. Niet (verder) behandelen is ook een mogelijkheid. Bijvoorbeeld als de voordelen van de behandeling niet opwegen tegen de nadelen. Of als u niet (verder) behandeld wilt worden. Heeft een zorgverlener in het **ziekenhuis met u besproken dat u ervoor kunt kiezen om niet (verder) te behandelen? Ga uit van de zorg die u heeft ontvangen voor **kanker.
- Ja
 - Nee
 - Weet ik niet
 - Niet van toepassing

29. Hoe bent u in het ** ziekenhuis geïnformeerd over de behandelmogelijkheden* voor **kanker?
Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.
- Mondeling (in een of meer gesprekken)
 - Schriftelijk (op papier of digitaal)
 - Verwijzing naar een keuzehulp* (schriftelijk of digitaal)
 - Weet ik niet
 - Anders, namelijk

* Een keuzehulp geeft een overzicht van verschillende behandelmogelijkheden met hun voor- en nadelen. Er zijn nog niet veel keuzehulpen ontwikkeld. Als er een keuzehulp is, kan deze een patiënt ondersteunen bij het maken van een keuze voor een behandeling.

30. Over welke positieve en negatieve effecten van de behandeling* voor **kanker heeft uw zorgverlener in het **ziekenhuis u geïnformeerd? [Antwoordopties in matrix: ja, deels, nee, weet niet/niet van toepassing]
- Levensverlenging en/of genezing
 - Vermindering van klachten en symptomen
 - Complicaties en bijwerkingen op korte termijn, zoals misselijkheid, tintelingen in handen/voeten, vermoeidheid, pijn, diarree, her-operaties, etc.
 - Late en/of langdurige gevolgen, zoals vermoeidheid, seksuele problemen, problemen met eten of drinken, problemen met geheugen en concentratie, lymfoedeem, incontinentie, etc.
31. Heeft uw zorgverlener in het ** ziekenhuis bij het bespreken van de mogelijke behandelingen* voor **kanker gevraagd wat u belangrijk vindt in uw (dagelijks) leven?
- ja
 - Deels
 - nee
 - Weet ik niet meer/ niet van toepassing
32. Hoe (on)tevreden bent u over de ondersteuning* die u van zorgverlener(s) in het ** ziekenhuis kreeg bij het maken van uw keuze voor een behandeling* voor **kanker? *Geef een rapportcijfer tussen 1 en 10 (1 = helemaal niet tevreden, 10 = heel erg tevreden).*
- * Met ondersteuning bedoelen wij dat een zorgverlener u informeert, uw vragen beantwoordt, met u bespreekt wat u belangrijk vindt en u helpt bij het maken van een behandelkeuze.
33. Geeft u eventueel een toelichting op de vragen over “Samen beslissen”? [open tekstveld]

G. Tot slot

34. Hoe waarschijnlijk is het dat u **ziekenhuis aan andere patiënten met **kanker zult aanbevelen? [antwoordopties van 1-10: 1 = zeer onwaarschijnlijk, 10 = zeer waarschijnlijk]
35. Waarvoor zou u **ziekenhuis een compliment willen geven als het gaat om de zorg voor mensen met **kanker? *Om de privacy te bewaken vragen wij u om geen persoonsgegevens in te vullen. Niet van uzelf en niet van uw zorgverleners.*
36. Wat zou u graag verbeterd zien in **ziekenhuis als het gaat om de zorg voor mensen met **kanker? *Om de privacy te bewaken vragen wij u om geen persoonsgegevens in te vullen. Niet van uzelf en niet van uw zorgverleners.*

Dit is de laatste vraag van deze vragenlijst. Mocht u nog iets kwijt willen over de oncologische zorg in dit ziekenhuis, dan kunt u dat hier doen. [open tekstveld]

Hartelijk dank voor het invullen voor deze vragenlijst!