



Nederlandse
Federatie van
Kankerpatiënten
organisaties

BETEKENISVOLLE KEUZE-INFORMATIE VOOR DE JUISTE SPREEKKAMER

TE GEBRUIKEN GEGEVENS

VOOR HET BESCHRIJVEN VAN ZIEKENHUIZEN
VOOR

Maag- en slokdarmkanker

mei 2022

GEGEVENS UIT DE NEDERLANDSE KANKERREGISTRATIE (NKR) EN OVERIGE REGISTRATIES

We maken uitsluitend gebruik van bestaande registraties voor de klinische data. Indien er data beschikbaar zijn via de transparantiekalender worden deze opgenomen in de set.

DEFINITIES

1. De Nederlandse Kankerregistratie (NKR) is de databron voor de meeste klinische indicatoren, tenzij anders vermeld. Voor maag- en slokdarmkanker geldt verplichte transparantie: ook uit deze data gebruiken we gegevens (DUCA). Voor de data verkregen uit de bronnen NKR en DUCA gelden de daar geldende in- en exclusiecriteria. Indien de data uit de NKR aantallen onder de 10 oplevert, zullen deze niet worden weergegeven (vermelding: <10).
2. De gegevens betreffen maag- en slokdarmcarcinomen.
3. 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 2023 betreft dit de diagnose-, resp. resectiejaren 2019, 2020 en 2021 (onder voorbehoud dat de NKR compleet is inzake 2021). Bij volumina wordt het gemiddelde berekend over drie jaar. Bij gegevens die berekeningen bevatten, worden de getallen van de drie diagnosejaren opgeteld: deze worden dus over drie diagnosejaren berekend.
4. Voor veel informatie is het relevant te kijken naar een specifiek stadium van ziekte. Voor de NKR-data is alleen informatie ten tijde van de primaire diagnose en behandeling beschikbaar. Enige informatie over behandeling en uitkomsten van patiënten met terugkeer of progressie van ziekte zijn op projectbasis beschikbaar in de NKR. Medio 2019 heeft het IKNL de follow-up gedaan bij patiënten die in 2015-2017 met palliatieve intentie zijn behandeld en 2015-2016 zijn behandeld met een curatieve intentie. In 2022 wordt dit herhaald voor in opzet curatief behandeld in 2017 en in opzet palliatief behandeld in 2018. Deze informatie wordt niet standaard opgehaald en mogelijk is deze informatie bij latere actualisaties niet beschikbaar voor de meest recente jaren.
5. 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
6. Indicatoren worden gepresenteerd naar ziekenhuis van diagnose en/of ziekenhuis van belangrijkste aandeel in de behandeling of ziekenhuis waar de maag- en/of slokdarmverwijdering heeft plaatsgevonden. Ziekenhuis van "belangrijkste aandeel van de behandeling" benadert het best het totale behandelvolume van een ziekenhuis. Er zal verschil bestaan in deze indicator en eigen data van ziekenhuis inzake het totale behandelvolume.
7. Ziekenhuis van diagnose: is het ziekenhuis waar iemand met een eerste verdenking op blaaskanker (maligniteit) is geweest (eerste contact).
Ziekenhuis van belangrijkste aandeel in de behandeling: bij patiënten die niet behandeld zijn of behandeld zijn voor blaaskanker is dit meestal het ziekenhuis van diagnose. Als de patiënt na de diagnose (of eventueel een eerste behandeling) voor (het vervolg van) de primaire behandeling behandeld is in een ander ziekenhuis, dan wordt de patiënt toebedeeld aan het ziekenhuis dat als belangrijkste in de behandeling wordt geacht. De toewijzingsvolgorde hierbij is (kankergeneriek):
 - a. operatie (de grootste operatieve ingreep),
 - b. stamceltransplantatie,
 - c. systemische chemotherapie,
 - d. doelgerichte therapie,
 - e. immunotherapie,
 - f. hormonale therapie,
 - g. therapie gericht op metastasen,
 - h. overige therapie,
 - i. ziekenhuis van diagnose

STRUCTUURINFORMATIE: PATIËNTENPOPULATIE EN BEHANDELVOLUMINA

1. Beschrijving patiëntenpopulatie

- Rationale: Met deze informatie kunnen verschillen in uitkomstmaten beter worden geïnterpreteerd. De leeftijdsverdeling, stadium bij diagnose en comorbiditeiten worden opgenomen in de ziekenhuisbeschrijving als een beschrijving van de patiëntenpopulatie.
- Teller: A. Leeftijd: aantal patiënten jonger dan 75 vs 75 jaar en ouder
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 de 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 gediagnosticeerd 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 gediagnosticeerd en/of behandeld 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 en/of behandeld (primaire behandeling)) per jaar van diagnose
a. Maagkanker
b. Slokdarmkanker
c. Maagkanker en slokdarmkanker (a en b opgeteld)

Naar: Ziekenhuis dat patiënt heeft gediagnosticeerd en/of behandeld
 Conclusie: opnemen als beschrijving van patiëntenpopulatie
 Discussie: *Inzake second opinions (teller B) is het voor de NKR lastig om een volledige registratie te hebben als er wél een second opinion plaatsvindt, maar geen behandeling volgt. Indien betrouwbaar + beschikbaar kunnen data over second opinions meegenomen worden vanuit de NKR. Dit blijkt niet mogelijk te zijn.
 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 slokdarmresecties, 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.
- e. Het totaal aantal slokdarmresecties (excl. open-dicht-operaties): teller a, b en d opgeteld.

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

- f. Aantal curatieve maagresecties, zoals bepaald aan het einde van de operatie.
- g. Aantal palliatieve maagresecties, zoals bepaald aan het einde van de operatie.
- h. Aantal open-dicht-operaties (eventueel bypass), zoals bepaald aan het einde van de operatie.*
- i. Aantal profylactische maagresecties.
- j. Het totaal aantal maagresecties (excl. open-dicht-operaties): teller f, g en i opgeteld.

Naar Ziekenhuis van resectie

Discussie: Alhoewel profylactische slokdarmresecties in de praktijk niet voorkomen, volgen we de beschrijving van DUCA. In de keuze-informatie worden het totaal aantal operaties beschreven (voor maag- en slokdarm apart).

Open-en-dicht-operaties tellen per 2022 wel mee als operatie, maar niet in het totaal aantal operaties, want ze zijn voor aantal operaties (qua ervaring) minder relevant, omdat er minder vaardigheden mee worden opgedaan. Er zijn steeds minder open/dicht-operaties, bijvoorbeeld door betere diagnostiek en laparoscopie bij maagcarcinoom. Het aantal open/dicht-operaties moet ook niet 0 zijn, want dan wordt er wellicht te weinig risico genomen. Maar het is ook niet wenselijk dat het er heel veel zijn. Conclusie: Voor de beeldvorming is het een interessante indicator. Hij wordt als los aantal gebruikt en niet meegenomen met het totaal aantal operaties.

Het is belangrijk rekening te houden met SANO-studie, oftewel het 'surgery as needed'-protocol. De studie waarin de rol van 'active surveillance' (welke patiënt kan - na chemoradiotherapie - een slokdarmresectie bespaard blijven?) is onderzocht is afgerond, maar het SANO protocol wordt in sommige ziekenhuizen nog wel aangeboden. De invloed van de SANO is nu dus beperkter.

Voor het aantal resecties is 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 (alleen het gebruik van de teller) en de werkwijze van het ziekenhuis hierbij (inclusief gebruik van noemer).
Teller:	Aantal slokdarmresecties per jaar van resectie, met onderverdeling naar A. Open B. hybride C. compleet minimaal-invasief D. onbekend
Noemer:	Het totaal aantal patiënten dat in het jaar van resectie een slokdarmresectie heeft ondergaan
Naar:	Ziekenhuis van resectie
Discussie:	Is interessant, want er is wel variatie. De variatie is sinds 2016 wel afgenomen. Het onderscheid tussen open / hybride / compleet minimaal invasief / onbekend is niet gemaakt in de verplichte transparantie, dus daarvoor blijft dit item gehandhaafd.
Discussie:	De definitie van een hybride-operatie is: deels scopisch en deels open uitgevoerde operatie. Dit kan zowel zijn dat de buik open wordt geopereerd en het borstgedeelte laparoscopisch als vice versa. Tijdens een hybride-operatie kan het soms voorkomen dat er uiteindelijk toch helemaal open geopereerd wordt: dat heet een conversie. De NKR registreert conversies apart. De conversies worden gescoord bij de operaties zoals ze in opzet zijn bedoeld. Het conversiepercentage is vermoedelijk erg laag (1-2%). Besluit: we hanteren de volgende indeling: open, totaal minimaal-invasief, hybride, niet bekend. Conversies nemen we niet mee als aparte categorie.
Conclusie:	Deze informatie geeft beeld van de ervaring én (meest/minst gekozen) werkwijze van het ziekenhuis inzake de verschillende operatietechnieken en is daarmee relevante keuze-informatie.
Databron:	NKR

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. Beide studies zijn inmiddels (2018) gesloten. Er is waarschijnlijk geen of weinig invloed van deze studies meer terug te zien in de cijfers van diagnosejaren 2019-2021.
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) / transthoracaal zegt iets over benadering. Transhiataal komt nu minder voor, maar is niet bewezen slechter. Binnen de transthoracale benadering heb je de Ivor-Lewis-methode en de McKeown-methode. Bij de Ivor-Lewis-methode ligt de naad in de thorax, operatie vanuit de thorax/abdomen. En bij de McKeown-methode ligt de naad in hals, operatie vanuit thorax. Bij hoge tumor, moet er een hals naad aangelegd worden. Je kiest de techniek die het beste bij de tumor past. Als je beide mogelijkheden hebt bij een tumor, dan kies je wat het beste past bij de situatie en de patiënt. Per benadering heb je meer kans op bepaalde complicaties. Bij een halsnaad is er meer kans op stenose, heesheid en naadlekkages. Bij thorax: meer problemen bij een eventuele naadlekkage. Als een ziekenhuis meerdere methoden aanbiedt, is dat een teken van expertise. We zouden een ziekenhuis kunnen vragen naar de voorkeursbehandeling. *Bijvoorbeeld, Het ziekenhuis heeft een voorkeur voor het aanleggen van de naad in de thorax, omdat mensen met slokdarmkanker dan minder kans hebben op (langdurige) nadelige gevolgen door de operatie. Indien de naad niet in de thorax aangelegd kan worden, bijvoorbeeld vanwege de plek van de tumor (hoog) dan biedt het ziekenhuis ook een McKeown aan, waarbij de naad in de hals wordt gelegd.*
- 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). Als een ziekenhuis meerdere methoden aanbiedt, is dat een teken van expertise.
- 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.
- Definitie: Een salvage-operatie is een operatie uitgevoerd na definitieve chemo-radiatie.
- Teller: Aantal salvage-operaties voor slokdarmkanker die in het ziekenhuis zijn uitgevoerd.
- Discussie: Uit de tussenevaluatie van de SANO-studie blijkt dat uitgestelde operaties niet complexer zijn primaire operaties. Uitgestelde operaties dienen derhalve te worden toegekend aan het aantal reguliere operaties en niet aan de salvage-operaties. De NKR heeft mogelijk een onderrapportage van salvage-operaties. Het IKNL kan zien welke soort chemoradiatie de patiënt heeft gehad. Aan de hand van het chemoradiatie-schema kun je zien of het een salvage-operatie was of niet. Bij een regulier CROSS-schema wordt de operatie niet gezien als een salvage-operatie.
- Databron: NKR

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 dat in de primaire behandelfase behandeld is met radiotherapie per jaar van diagnose vanwege:
 - a. Maagkanker
 - b. Slokdarmkanker
 - c. Maagkanker en slokdarmkanker (a en b opgeteld)
- Naar: Ziekenhuis van radiotherapie
- Opmerkingen: Inclusief patiënten met chemoradiotherapie. Geen onderverdeling naar externe radiotherapie en brachytherapie vanwege kleine aantallen brachytherapie.

Conclusie: aantal opnamen in beschrijving bij behandelvolumes.
Databron: NKR

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

Rationale: Dit geeft inzicht in de ervaring met chemotherapie als primaire behandeling bij maag- of slokdarmkanker.
Teller: Aantal patiënten behandeld met chemotherapie in de primaire behandelfase per jaar van diagnose
a. Maagkanker
b. Slokdarmkanker
c. 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 opnamen in beschrijving bij behandelvolumes.
Databron: NKR

11. Niet-chirurgische behandelmethoden

Rationale: Dit geeft inzicht het zorgaanbod van het ziekenhuis
Teller: Behandelmethoden (zowel curatief als palliatief) voor slokdarm- of maagcarcinoom die op ziekenhuislocatie worden verricht:
a. Chemotherapie
b. Radiotherapie
c. Chemoradiotherapie
d. Plaatsen van een stent
Opmerkingen: Via ziekenhuisuitvraag worden meer details uitgevraagd over radiotherapie-aanbod.
Uitvraagperiode: 1-1-2020 t/m 31-12-2021 (berekend over 2 jaren)
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 inzake de Her2Neu-bepaling vóór de start van systemische therapie bij patiënten met bij diagnose uitgezaaide kanker.
Teller: Aantal patiënten met maag- of slokdarmkanker waarbij Her2Neu getest is
Noemer A: Aantal patiënten met synchrone (bij diagnose) cM1-adenomaag- of slokdarmcarcinoom dat systemische therapie heeft ondergaan (zonder radiotherapie).
Noemer B: Aantal patiënten met synchrone (bij diagnose) cM1-adenomaag- of slokdarmcarcinoom dat systemische doublet of triplet-therapie heeft ondergaan (zonder radiotherapie).
Naar: Ziekenhuis van systemische therapie
Discussie: Dit is een onderscheidend item. 79% gemiddeld voor Nederland. Als de Her2Neu bepaald is in ander ziekenhuis dan het ziekenhuis van chemotherapie, dan is de

bepaling in principe wel geregistreerd in de NKR. Maar wellicht gaat dit in de praktijk niet in 100% van de gevallen goed. Trastuzumab wordt alleen vergoed als het samen met een doublet-therapie wordt gegeven. De Her2Neu-bepaling heeft geen zin als je van tevoren al weet dat je geen Trastuzumab-doublet therapie kunt geven. Daarom is de overweging om patiënten die monotherapie krijgen uit in de noemer te halen. Dat zou het mogelijk eerlijker maken voor ziekenhuizen die de vergoedingsrichtlijn nauwkeurig volgen inzake de Her2Neu-bepaling. Voor de interpretatie geldt: hoe hoger, hoe beter. Uiteraard moet hierbij wel rekening gehouden met het samen beslissen. Mensen die geen doublet of triplet-therapie willen, of aankunnen, hoeven niet per sé te worden getest. Mogelijk is dit niet compleet te corrigeren voor een enkel ziekenhuis dat niet gebruik maakt van de datamanagers van IKNL.

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 wordt gewerkt volgens de richtlijn inzake 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.

Uitvraagperiode: 1-1-2020 t/m 31-12-2021 (berekend over 2 jaar)

Databron: DUCA / verplichte transparantie

PROCESINFORMATIE BEHANDELING

15. Mediane wachttijd tussen diagnose en start primaire behandeling

Rationale: Geeft inzicht in de doorlooptijd in het ziekenhuis.

Operationalisatie Mediane doorlooptijd tussen diagnose (datum van eerste biopt met PA-diagnose) en behandeling (datum start neo-adjuvante behandeling of datum operatie) bij patiënten die een operatie ondergaan in verband met een slokdarm- of maagcarcinoom.

Noemer A Mediane doorlooptijd bij patiënten die een operatie ondergaan vanwege een slokdarmcarcinoom, niet verwezen vanuit een ander ziekenhuis*.

Noemer B Mediane doorlooptijd bij patiënten die een operatie ondergaan vanwege een slokdarmcarcinoom, verwezen vanuit een ander ziekenhuis*.

Noemer C Mediane doorlooptijd bij patiënten die een operatie ondergaan vanwege een maagcarcinoom, niet verwezen vanuit een ander ziekenhuis*.

Noemer D Mediane doorlooptijd bij patiënten die een operatie ondergaan vanwege een maagcarcinoom, verwezen vanuit een ander ziekenhuis*.

Uitvraagperiode: 1-1-2020 t/m 31-12-2021 (berekend over 2 jaar)

Databron: DUCA / verplichte transparantie

16. 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

17. 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

18. 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

19. Percentage patiënten dat neoadjuvant is behandeld bij slokdarmresectie

- Rationale: Patiënten met potentieel resectabele 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

20. 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, co-morbiditeit) en welke chemotherapie wordt gegeven.
- Conclusie: relevante informatie
- Databron: NKR

21. 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 bij diagnose uitgezaaide maagkanker dat is behandeld met:
1) alleen chemotherapie (incl chemoradiatie)
2) alleen targeted therapy (bv. ramucirumab, trastuzumab)

	3) chemotherapie en immunotherapie 4) chemotherapie en targeted therapie
Teller B:	Aantal patiënten met bij diagnose uitgezaaide slokdarmkanker dat is behandeld met chemotherapie en/of targeted therapy en/of immunotherapie 1) alleen chemotherapie (incl chemoradiatie) 2) alleen targeted therapy (bv. ramucirumab, trastuzumab) 3) chemotherapie en immunotherapie 4) chemotherapie en targeted therapie
Noemer A:	Aantal patiënten met bij diagnose uitgezaaide maagkanker
Noemer B:	Aantal patiënten met bij diagnose 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. Het gaat om de aantallen, niet om de percentages.
Databron:	NKR

22. 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

23. Percentage patiënten dat in de laatste maanden voor overlijden chemotherapie krijgt.

Rationale:	Uit onderzoek blijkt dat het percentage mensen met slokdarmkanker of maagkanker dat 1 tot 3 maanden voor overlijden chemotherapie krijgt varieert per ziekenhuis.
Teller A:	Mensen met slokdarm- of maagkanker die in de 3 maanden voor overlijden chemotherapie hebben gekregen
Teller B:	Mensen met slokdarm- of maagkanker die in de (1) maand voor overlijden chemotherapie hebben gekregen.
Noemer:	Mensen met slokdarm- kanker of maagkanker welke overleden zijn.
Naar:	Ziekenhuis van chemotherapie.

Discussie: Rationale en teller en noemer aanhouden zoals in onderzoek gedaan is. Data is niet uit de NKR te halen. IKNL onderzoekt of er eventueel iets met DHD geregeld kan worden. Als IKNL deze data kan aanleveren via de koppeling met DHD, gebruiken we de indicator. Als het IKNL deze data nog niet kan aanleveren, dan nemen we hem nu niet mee in de beschrijving.

Databron: DHD / NKR

24. Percentage patiënten dat in de laatste maanden voor overlijden opgenomen wordt op de IC.

Rationale: Uit onderzoek blijkt dat het percentage mensen met slokdarmkanker of maagkanker dat 1 tot 3 maanden voor overlijden opgenomen wordt op de IC varieert per ziekenhuis.

Teller A: Mensen met slokdarm- of maagkanker die in de 3 maanden voor overlijden opgenomen zijn geweest op de IC.

Teller B: Mensen met slokdarm- of maagkanker die in de (1) maand voor overlijden opgenomen zijn geweest op de IC.

Noemer: Mensen met slokdarm- kanker of maagkanker welke overleden zijn.

Naar: Ziekenhuis van IC opname.

Discussie: Rationale en teller en noemer aanhouden zoals in onderzoek gedaan is. Data is niet uit de NKR te halen. IKNL onderzoekt of er eventueel iets met DHD geregeld kan worden. Als IKNL deze data kan aanleveren via de koppeling met DHD, gebruiken we de indicator. Als het IKNL deze data nog niet kan aanleveren, dan nemen we hem nu niet mee in de beschrijving.

Databron: DHD / NKR

25. Percentage patiënten met bij diagnose uitgezaaide ziekte dat tweedelijns systemische therapie krijgt

Rationale: Deze indicator geeft zicht op de verschillen in kans op een tweedelijns systemische behandeling bij mensen die bij diagnose uitgezaaide ziekte hebben.

Teller A: Het aantal maagkankerpatiënten met bij diagnose uitgezaaide ziekte dat een tweedelijns systemische therapie heeft gekregen

Teller B: Het aantal slokdarmkankerpatiënten met bij diagnose uitgezaaide ziekte dat een tweedelijns systemische therapie heeft gekregen

Teller C: Het aantal maag- en slokdarmkankerpatiënten met bij diagnose uitgezaaide ziekte dat een tweedelijns systemische therapie heeft gekregen

Noemer A: Het aantal maagkankerpatiënten met in 2015, 2016 of 2017 en (zodra beschikbaar) 2018 bij diagnose uitgezaaide ziekte had, dat eerstelijns systemische therapie heeft gehad.

Noemer B: Het aantal slokdarmkankerpatiënten in 2015, 2016 of 2017 en (zodra beschikbaar) 2018 bij diagnose uitgezaaide ziekte had dat eerstelijns systemische therapie heeft gehad.

Noemer C: Het aantal slokdarm- plus maagkankerpatiënten met in 2015, 2016 of 2017 en (zodra beschikbaar) 2018 bij diagnose uitgezaaide ziekte had, dat eerstelijns systemische therapie heeft gehad.

Naar: Ziekenhuis van eerstelijns systemische therapie

Discussie: Uit studie blijkt dat patiënten uit ziekenhuizen die vaker tweedelijns systemische therapie geven, een betere overleving hebben. Ziekenhuis van eerstelijnsbehandeling is (waarschijnlijk) ook het ziekenhuis waar progressie is gedetecteerd.

Databron: NKR

26. 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.

Uitvraagperiode: 1-1-2020 t/m 31-12-2021 (berekend over 2 jaar)

Databron: DUCA / verplichte transparantie

27. 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: 1-1-2020 t/m 31-12-2021 (berekend over 2 jaren)

Databron: DUCA / verplichte transparantie

28. Percentage patiënten dat een curatieve resectie* ondergaat vanwege een primair slokdarm- of maagcarcinoom, waarbij er sprake is van een naadlekkage.

Rationale: Dit geeft inzicht in het percentage patiënten waarbij na de curatieve resectie een naadlekkage optreedt. 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 naadlekkage.

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: Conform de definities van DUCA:
* Aard van de ingreep zoals bepaald aan het einde van de operatie. Salvage-operaties worden hierbij geëxcludeerd.

Uitvraagperiode: Indien DUCA: 1-1-2020 t/m 31-12-2021 (berekend over 2 jaren).

Discussie Er lijken verschillen te zijn voor halsnaden en intrathoracale naden. In principe geldt; hoe lager hoe beter bij een eenduidige definitie.
Databron: vrijwillige aanlevering vanuit DUCA

29. 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 dagen 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: 1-1-2020 t/m 31-12-2021 (berekend over 2 jaren)
Databron: DUCA / verplichte transparantie

30. Textbook outcome

Rationale: Dit geeft inzicht in of de patiënt het zorgproces volledig zoals verwacht heeft doorlopen.
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.
Definitie: *Textbook outcome: patiënten bij wie post-operatief sprake is van een curatieve resectie, geen peroperatieve complicatie, optreedt, de resectie microscopisch radicaal, minimaal 15 lymfeklieren in het resectiepreparaat worden gevonden, geen ernstige*** postoperatieve complicatie optreedt, geen reïnterventie (radiologisch, endoscopisch en/of chirurgisch) plaatsvindt, geen heropname op de IC/MC plaatsvindt, geen sprake is van een verlengde opnameduur (>21 dagen), geen sprake is van sterfte tijdens de opname of binnen 30 dagen na de operatie en geen sprake is van heropname binnen 30 dagen na ontslag.
**Zoals bepaald voorafgaand aan de operatie.
***Ernstige complicatie: Graad III of hoger volgens de Landelijke Heelkundige Complicatie Registratie of Clavien Dindo graad III of hoger
Uitvraagperiode: 1-1-2020 t/m 31-12-2021 (berekend over 2 jaren)
Databron: DUCA / verplichte transparantie

UITKOMSTINFORMATIE: OVERLEVING

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

Rationale: Overleving is uiteindelijk een van de belangrijkste uitkomstmaten. Deze wordt beschreven, waarbij aandacht is voor evt. casemix-verschillen tussen ziekenhuizen.
Teller: Alle patiënten met een maag- of slokdarmresectie die één, twee, drie, vier resp. vijf jaar na resectie nog in leven zijn
Noemer: Alle patiënten met een maag- of slokdarmresectie in resectiejaren 2016-2020.
Inclusie: Alle gereceerde 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).
 Deze gegevens (overleving) gebruiken we als er minimaal 30 patiënten zijn per ziekenhuis op T0.
 Conclusie: informatie opnemen, maar wel beschrijven in relatie tot patiëntenpopulatie
 Databron: NKR

32. Algehele overleving van alle mensen met een maag- of slokdarmresectie (één-, twee-, drie-, vier- en vijfjaarsoverleving naar ziekenhuis van resectie) gecorrigeerd naar stadium plus andere zaken

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, vier resp vijf jaar na resectie nog in leven zijn.
 Noemer: "Alle patiënten met cM0 maag- of slokdarmkanker die chirurgische resectie ondergaan in resectiejaren 2016-2020 in het kader van de primaire behandeling.
 Inclusie: Alle geresecteerde patiënten met maag- of slokdarmkanker, ongeacht tumorsoort
 Subgroepen: maagresectie vs. slokdarmresectie
 Berekening De indicator wordt ongecorrigeerd berekend én gecorrigeerd naar:

- Leeftijd
- Geslacht
- ASA-score
- Comorbiditeit
- Locatie van de tumor in de slokdarm (alleen bij slokdarmkanker)
- Histologie van de tumor (plaveiselcelcarcinoom, adenocarcinoom (AC) diffuus, AC intestinaal, AC mixed, AC niet nader omschreven)
- Klinisch stadium (op basis van cT en cN)
- Neo-adjuvante therapie (geen neo-adjuvante therapie, chemoradiatie, chemotherapie)

 Naar: Ziekenhuis van resectie
 Discussie: Keuze van wel/niet reseceren van ziekenhuis beïnvloedt overleving. Een 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).

In een project met chirurgen is de odds op overlijden meegenomen welke gecorrigeerd was voor een verscheidenheid aan factoren. Deze correctie hebben we nu ook hier toegepast door middel van een Cox frailty model met een random effect voor ziekenhuis.

Deze gegevens (overleving) gebruiken we als er minimaal 30 patiënten zijn per ziekenhuis op T0.

Conclusie: informatie opnemen, maar wel beschrijven in relatie tot patiëntenpopulatie
Databron: NKR

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

Rationale: Overleving is uiteindelijk een van de belangrijkste uitkomstmaten. Deze wordt beschreven, waarbij aandacht is voor evt. casemix-verschillen tussen ziekenhuizen.

Inclusie: Alle patiënten met uitgezaaide ziekte (cM1 bij diagnose), ongeacht tumorsoort

Teller A: Alle patiënten met uitgezaaide ziekte (cM1 bij diagnose), die één, twee, drie, resp vier jaar na diagnose nog in leven zijn

Noemer A: Alle patiënten met uitgezaaide ziekte (cM1 bij diagnose), in diagnosejaren 2016-2020.

Naar: A. Ziekenhuis van diagnose
B. Ziekenhuis dat patiënt heeft gezien en/of behandeld
C. Ziekenhuis van behandeling met systemische therapie.

Discussie: Deze gegevens (overleving) gebruiken we als er minimaal 30 patiënten zijn per ziekenhuis op T0.

Databron: NKR

34. Relatieve overleving gemetastaseerde patiënten (cM1 bij diagnose) die systemische therapie hebben gehad (één-, twee-, driejaarsoverleving)

Rationale: Overleving is uiteindelijk een van de belangrijkste uitkomstmaten. Deze wordt beschreven, waarbij aandacht is voor evt. casemix-verschillen tussen ziekenhuizen.

Teller A: Alle patiënten met uitgezaaide ziekte (cM1 bij diagnose) die systemische therapie hebben gehad, die één, twee of drie jaar na diagnose nog in leven zijn

Noemer A: Alle patiënten met uitgezaaide ziekte (cM1 bij diagnose) die systemische therapie hebben gehad, in resectiejaren 2015, 2016 en indien beschikbaar 2017.

Inclusie: Alle patiënten met uitgezaaide ziekte (cM1 bij diagnose) die systemische therapie hebben gehad voor maag- of slokdarmkanker, ongeacht tumorsoort

Naar: Ziekenhuis van systemische therapie

Discussie: We willen nader onderzoeken of we eventuele relevante verschillen in patiëntenpopulaties die overlevingscijfers mogelijk kunnen beïnvloeden, op onderbouwde manier kunnen meenemen in de duiding. Onderzoeken met experts: kunnen we als landelijke benchmark landelijke overlevingscijfers gebruiken van subpopulaties, bijvoorbeeld overlevingscijfers van jonge mensen met uitgezaaide ziekte bij diagnose en van mensen met/zonder comorbiditeiten bij diagnose. Als ziekenhuizen bovengemiddelde patiëntenpopulaties hebben (bijvoorbeeld bovengemiddeld veel jonge mensen) dan kun je de benchmark verrijken met meerdere landelijke vergelijkingscijfers.

Meer differentiëren bijvoorbeeld op behandeling of co-morbiditeit maakt het vergelijken door de kleinere aantallen lastig. De keuze om hier het ziekenhuis van diagnose te nemen, omdat dit ziekenhuis ook de zorg draagt om de patiënten te verwijzen naar een ziekenhuis welke een goede behandeling kan geven. We nemen

de data over de afgelopen drie jaar, zodat het volume hoog genoeg is om uitspraken te kunnen doen. De afwijking ten opzichte van de andere overlevingsindicatoren wordt veroorzaakt doordat deze data slechts voor een beperkt aantal patiënten beschikbaar is.

Deze gegevens (overleving) gebruiken we als er minimaal 30 patiënten zijn per ziekenhuis op T0.

Databron: NKR

35. Recidiefrije overleving na een resectie bij maag- of slokdarmkanker (één-, twee-, drie- en vierjaarsoverleving)

- Rationale:** Overleving is uiteindelijk een van de belangrijkste uitkomstmaten. Deze wordt beschreven, waarbij aandacht is voor evt. casemix-verschillen tussen ziekenhuizen.
- Teller :** Alle patiënten met maag- of slokdarmkanker die na een maag- of slokdarmresectie één, twee, drie respectievelijk vier jaar na resectie nog in leven zijn en geen recidief hebben gekregen.
- Noemer:** Alle patiënten met een maag- of slokdarmresectie in resectiejaren 2015, 2016 en (zodra beschikbaar) 2017.
- Inclusie:** Alle patiënten met cM0 maag- of slokdarmkanker die chirurgische resectie ondergingen in resectiejaren 2015-2016 en (zodra beschikbaar) 2017 in het kader van de primaire behandeling.
- Subgroepen:** maagresectie vs. slokdarmresectie
- Berekening** De indicator wordt ongecorrigeerd berekend én indien de aantallen patiënten daar groot genoeg voor zijn gecorrigeerd naar:
- Leeftijd
 - Geslacht
 - ASA-score
 - Comorbiditeit
 - Locatie van de tumor in de slokdarm
 - Histologie van de tumor (plaveiselcelcarcinoom, adenocarcinoom (AC) diffuus, AC intestinaal, AC mixed, AC niet nader omschreven)
 - Klinisch stadium (op basis van cT en cN)
 - Neo-adjuvante therapie (geen neo-adjuvante therapie, chemoradiatie, chemotherapie)
- Naar:** Ziekenhuis van resectie en ziekenhuis van diagnose
- Discussie:** De overleving zegt iets over de kwaliteit van zorg tijdens de resectiejaren 2015 en 2016 en (zodra beschikbaar) 2017: dit moet goed geluid worden in de beschrijving. Mogelijk geeft dit overlevingscijfer ook een indicatie voor de kwaliteit van zorg in de jaren erna. De afwijking ten opzichte van de andere overlevingsindicatoren wordt veroorzaakt doordat deze data slechts voor een beperkt aantal patiënten beschikbaar is.
- Deze gegevens (overleving) gebruiken we als er minimaal 30 patiënten zijn per ziekenhuis op T0.
- Conclusie:** informatie opnemen, maar wel beschrijven in relatie tot patiëntenpopulatie
- Databron: NKR

36. Overleving bij een recidief na een resectie bij maag- of slokdarmkanker (één-, twee-, drie- en vierjaarsoverleving)

- Rationale:** Overleving is uiteindelijk een van de belangrijkste uitkomstmaten. Deze wordt beschreven, waarbij aandacht is voor evt. casemix-verschillen tussen ziekenhuizen.
- Teller:** Alle patiënten met maag- of slokdarmkanker bij wie na een resectie in 2015, 2016 en 2017 (zodra beschikbaar) een recidief is gediagnosticeerd en die één, twee, drie resp. vier jaar na diagnose van recidief nog in leven zijn.

Noemer:	Alle patiënten met maag- of slokdarmkanker bij wie na een resectie in 2015, 2016 en 2017 (zodra beschikbaar) een recidief is gediagnosticeerd
Inclusie:	Alle geresecteerde patiënten met maag- of slokdarmkanker in het cohort 2015 t/m 2017 waarbij een recidief is ontwikkeld. Exclusief patiënten die resectie hebben ondergaan in LUMC of AvL, want deze ziekenhuizen namen niet deel aan dit cohort. Eventueel kunnen die data via de ziekenhuizen zelf worden aangeleverd.
Subgroepen:	maagresectie vs. slokdarmresectie en deze twee groepen bij elkaar opgeteld
Naar:	Ziekenhuis van resectie en ziekenhuis van diagnose recidief
Discussie:	De overleving zegt iets over de kwaliteit van zorg tijdens de resectiejaren 2015 en 2016 en (zodra beschikbaar) 2017: dit moet goed geduid worden in de beschrijving. Mogelijk geeft dit overlevingscijfer ook een indicatie voor de kwaliteit van zorg in de jaren erna. Deze gegevens (overleving) gebruiken we als er minimaal 30 patiënten zijn per ziekenhuis op T0.
Conclusie:	informatie opnemen, maar wel beschrijven in relatie tot patiëntenpopulatie
Databron:	NKR

UITKOMSTINFORMATIE: KWALITEIT VAN LEVEN

Op dit moment is nog niet bekend of er bij maag- en slokdarmkanker patiëntgerapporteerde uitkomsten over kwaliteit van leven zijn die een relatie hebben met kwaliteit van zorg (zoals incontinentie en impotentie na een prostatectomie). Omdat de POCOP inmiddels genoeg data bevat om de mogelijke relaties uit te zoeken, starten we in 2022 een ontwikkeltraject met de onderzoekers van POCOP naar mogelijke indicatoren met POCOP-data waarbij een relatie gelegd kan worden naar kwaliteit van zorg.

INDICATOREN OP WENSENLIJST

De volgende indicatoren zijn relevant bevonden, maar zijn (anno 2022) (nog) niet beschikbaar.

Indicator 11 zouden we bij een volgende actualisatie willen uitbreiden naar immunotherapie en eventueel endoscopische resecties. **11. Niet-chirurgische behandelmethoden**

Rationale:	Dit geeft inzicht het zorgaanbod van het ziekenhuis
Teller	Behandelmethoden (zowel curatief als palliatief) voor slokdarm- of maagcarcinoom die op ziekenhuislocatie worden verricht: <ul style="list-style-type: none"> e. Chemotherapie f. Radiotherapie g. Chemoradiotherapie h. Plaatsen van een stent

Opmerkingen: Via ziekenhuisuitvraag worden meer details uitgevraagd over radiotherapie-aanbod.

Uitvraagperiode: 1-1-2020 t/m 31-12-2021 (berekend over 2 jaren)

Databron: DUCA / verplichte transparantie

37. 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. Binnen de POCOP is veel informatie verzameld over de kwaliteit van leven. Er zijn 9 ziekenhuizen waarvoor er voldoende respondenten zijn om data aan te leveren. We moeten nog bepalen voor welke onderwerpen we deze informatie meenemen. Hiervoor starten we graag in 2022

een ontwikkeltraject. We zoeken dan naar onderwerpen waarbij het (para)medisch handelen een duidelijke invloed heeft op de uitkomst. Als de invloed van de persoon of de tumor heel groot is, wordt dat onderwerp minder geschikt om op te nemen. Wij dachten aan de volgende thema's (maar alles wordt nog nader onderzocht in het beoogde ontwikkeltraject):

- Problemen bij slikken
- Diarree
- Fecale klachten >> worden niet als zodanig uitgevraagd, maar wel de bijpassende symptomen
- Dumping klachten >> worden niet als zodanig uitgevraagd, maar wel de bijpassende symptomen
- Gewichtsverlies (bij nazorg) (niet zeker of dit in de POCOP zit)
- Neuropathie

Voorstel om patiënten te selecteren van één behandelgroep: patiënten met slokdarmkanker welke een operatie hebben ondergaan. Onderzoeken of de EORTC summary score meegenomen kan worden. Dit geanonimiseerd onderzoeken per ziekenhuis, om te kijken of we hier iets mee kunnen.

38. 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.

39. Mediane opnameduur van patiënten zonder gecompliceerd beloop bij slokdarmresectie en maagresectie

Rationale Opnameduur is een voorzichtige indicatie voor de mate waarin er complicaties optreden na een slokdarm- of maagresectie en geeft ook een indicatie voor de pre- en postoperatieve zorg
 Teller A Mediane opnameduur van patiënten met slokdarmkanker die een resectie hebben ondergaan zonder gecompliceerd beloop
 Teller B Mediane opnameduur van patiënten met maagkanker die een maagresectie hebben ondergaan zonder gecompliceerd beloop
 Naar Ziekenhuis van resectie
 Periode Meest recente drie jaar, per jaar gepresenteerd én drie jaar tezamen
 Databron DUCA (mogelijkheid voor verkrijgen data opgevraagd, maar dat gaat langer duren. Daarom staat deze indicator tijdelijk op de wensenlijst)

40. Percentage patiënten met adjuvant nivolumab na slokdarmresectie

Rationale: Deze indicator geeft inzicht in hoe snel en breed ziekenhuizen een nieuwe ontwikkeling toepassen.
 Teller: Aantal patiënten dat adjuvant behandeld wordt met nivolumab
 Noemer: Aantal patiënten met een slokdarmcarcinoom waarbij een slokdarmresectie is verricht voor potentieel curabele tumor
 Discussie: Nivolumab is per xx-xx-2022 [?] goedgekeurd als adjuvante behandeling voor mensen die voor xx-type-slokdarmkanker [?] een slokdarmresectie ondergaan?
 Conclusie: Relevante indicator voor gegevensset over diagnosejaren 2021-2023,
 Databron: NKR

BESPROKEN INDICATOREN DIE NA ANALYSE EN/OF DISCUSSIE ZIJN VERVALLEN IN 2019
OF 2022

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.

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

Teller	Aantal patiënten bij wie de volgens de richtlijn vereiste kenmerken van het pathologieverslag in 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

B. 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

C. 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

D. Verschil 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

E. 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

F. 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- indicatoren 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).

G. 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

H. 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

I. Deelname aan PROM

Teller: Het ziekenhuis neemt deel aan de verzameling van Patient Reported Outcome Measures (PROMs) in de klinische registratie van DUCA.

Definitie: Deelname houdt in dat een ziekenhuis aangemeld is voor deelname aan de PROMs in de klinische registratie van 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.

J. Wachtijd

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.

K. Relatieve overleving van alle mensen met een maag- of slokdarmkanker stadium I, II of III (één-, twee-, drie- en vierjaarsoverleving) [besproken als optie in 2022]

Rationale:	De overleving is uiteindelijk één van de belangrijkste uitkomstmaten. Deze wordt beschreven, waarbij er aandacht is voor mogelijke verschillen tussen de ziekenhuizen in casemix.
Teller:	Alle patiënten met stadium I, II, of III maag- of slokdarmkanker die één, twee, drie resp vier na resectie nog in leven zijn
Noemer:	Alle patiënten met een diagnose maag- of slokdarmkanker stadium I, II, of III in 2018-2020, ongeacht tumorsoort
Inclusie:	Alle geresecteerde patiënten met maag- of slokdarmkanker met stadium I, II, of III, ongeacht tumorsoort
Subgroepen:	maagresectie vs. slokdarmresectie
Naar:	A. Ziekenhuis van diagnose B. Ziekenhuis dat patiënt heeft gediagnosticeerd en/of behandeld C. Ziekenhuis van behandeling met systemische therapie
Discussie:	Dit is een lastige indicator, omdat je bij patiënten die in meerdere ziekenhuizen komen, de overleving niet aan één ziekenhuis kunt toeschrijven. Tevens kunnen ziekenhuizen afwijkende patiëntenpopulaties hebben. Deze indicator valt niet goed te corrigeren noch interpreteren.
Conclusie:	Niet gebruiken.
Databron:	NKR

L. 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. Inzake toepassing FLOT in 2018 en 2019 kun je op jaarbasis nog wel een trend in zien. Maar alleen achterblijvers kun je er dan nog uit halen en daar is onze methode niet opgericht. Deze indicator vervalt daarom voor de diagnosejaren 2018-2020.
Conclusie:	Goede indicator voor diagnosejaren 2016-2018, maar niet voor de latere jaren.
Databron:	NKR

M. 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. In 2022 is besloten dat dit geen relevante indicator is.