

Indicatorenset DGDA Galsteenlijden

Uitvraag ziekenhuizen/ZBC's over verslagjaar 2025

Versie 25.1, juni 2024

Meer informatie op:

- OmniQ (portaal van DHD)
- www.transparantieportaal.nl
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen: www.nvz-ziekenhuizen.nl/onderwerpen/transparantiekalender-kwaliteitsinstituut
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra: www.nfu.nl
- Zelfstandige Klinieken Nederland: www.zkn.nl
- Zorginstituut Nederland: www.zorginzicht.nl
- DICA: www.dica.nl

Samengesteld door:

- Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
- Nederlandse Vereniging voor Radiologie/Nederlandse Vereniging voor Interventieradiologie
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
- Zorgverzekeraars Nederland
- Federatie Medisch Specialisten
- Patiëntenfederatie Nederland

Contactinformatie:

- DICA
- indicatoren@dica.nl

Deze indicatorset is opgenomen in het register van Zorginstituut Nederland. Vrijwillige en verplichte indicatoren worden aangeleverd via het door de koepelorganisaties gekozen aanleverportaal (gegevensmakelaar). Dit faciliteert de route (aanlevering en publicatie) voor verplichte transparantie. De verplicht aangeleverde gegevens worden door Zorginstituut Nederland gepubliceerd.

Inhoud	
1 Overzicht indicatoren	3
2 Algemene informatie	4
2.1 Uitgangspunten	4
2.2 Populatiebepaling	4
2.3 Aanlevering van de gegevens	5
2.4 Indicatorenwerkgroep	5
3 Vast te leggen gegevens	6
4 Indicatoren	7
5. Wijzigingstabel	10
6. Bijlage: toelichting op informatie per indicator	11

1 Overzicht indicatoren

Indicator-nummer	Indicatornaam	Bron¹	Transparantie?²
1	Heropname		verplicht

¹ Vul hier de bron van de indicator in (bijvoorbeeld kwaliteitsregistratie X, EPD, ZIS, etc)

² Vrijwillige indicatoren worden niet opgenomen op de Transparantiekalender en dus niet aangeleverd aan en gepubliceerd door Zorginstituut Nederland. Vrijwillige indicatoren worden gedeeld met de Zorgverzekeraars, Patiëntenorganisaties en Zorgaanbieders

2 Algemene informatie

2.1 Uitgangspunten

- De indicatoren zijn gebaseerd op [bronnen: richtlijnen / standaarden / internationale indicatorensets].
- Er dient gespecificeerd te zijn op welk niveau de indicatoren aangeleverd moeten worden (bijvoorbeeld op niveau van de ziekenhuislocatie of het ziekenhuisconcern bij aanwezigheid van meerdere locaties).

2.2 Populatiebepaling

De populatie van deze indicatorset bestaat uit patiënten die een operatieve galblaasverwijdering hebben ondergaan voor galstenen. De volgende aandoeningen vallen onder deze indicatorenset:

- Symptomatische cholecystolithiasis,
- Symptomatische choledocholithiasis,
- Acute cholecystitis,
- Cholangitis.

Patiënten met asymptomatische galstenen worden niet chirurgisch behandeld en daarom worden ze voor deze indicatorenset geëxcludeerd.

Voor de indicatorensets was als uitgangspunt gekozen om de populatie te bepalen aan de hand van de Diagnose Behandel Combinaties (DBC's). Door de invoering van DOT (DBC's op weg naar transparantie) per 1 januari 2012, is de populatiebepaling van indicatoren gewijzigd. Omdat via zorgproducten niet altijd precies de beoogde populatie geselecteerd kan worden en een aantal ziekenhuizen zich nog in een overgangsfase van DBC naar DOT bevinden, worden in de indicatorensets zowel de zorgproducten als DBC's genoemd.

De populatie voor de indicatorenset Galblaasverwijdering bestaat uit het aantal patiënten bij wie op enig moment in het verslagjaar een zorgproduct wordt afgesloten dat voldoet aan:

Zorgproduct	Korte omschrijving
110901011	Oper galblaas/ galwegen zwaar/ middel Zonder VPLD Spijsvertering galblaas/-weg/pancreas
110901012	Oper galblaas/ galwegen zwaar/ middel Met VPLD Spijsvertering galblaas/-weg/pancreas

DBC's:

- 0303.xx.323.202: cholecystitis / cholelithiasis, operatief met dagopname,
- 0303.xx.323.203: cholecystitis / cholelithiasis, operatief met klinische episode(n),
- 0303.xx.323.206: cholecystitis / cholelithiasis, KZD operatief met klinische episode(n),
- 0303.xx.323.302: cholecystitis / cholelithiasis, operatief-endotechniek met dagopname,
- 0303.xx.323.303: cholecystitis / cholelithiasis, operatief-endotechniek met klinische episode(n),
- 0303.xx.323.306: cholecystitis / cholelithiasis, KZD operatief-endotechniek met klinische episode(n).

De werkgroep heeft ervoor gekozen om **alleen zorgproducten/DBC's vanuit heilkunde** te includeren; zorgproducten vanuit andere specialismen (zoals MDL) moeten worden geëxcludeerd.

De volgende zorgverrichtingen zijn van toepassing:

Zorgproduct	Korte omschrijving
35350	Cholecystectomie.
35355	Cholecystectomie per laparoscoop, inclusief eventueel peroperatief te verrichten cholangiogram.

De populatie wordt uiteindelijk bepaald door de in het verslagjaar afgesloten DBC-zorgproducten/DBC's.

Om dubbelregistratie te voorkomen, dient – indien de indicator gebaseerd is op tellingen op patiëntniveau – geselecteerd te worden op het unieke patiëntnummer. In alle andere gevallen wordt geteld op verrichtingenniveau en telt iedere verrichting apart mee. Voor codes en instructies, zie de variabelenlijst.

2.3 Aanlevering van de gegevens

Via www.zorginzicht.nl [directe link naar pagina invoegen] is het processchema te raadplegen voor de aanlevering van de gegevens behorende bij de indicatoren.

2.4 Indicatorenwerkgroep

De werkgroep voor het onderhoud van de indicatorset DGDA bestond in 2024 uit de volgende personen:

Patiëntenfederatie Nederland: Mw. drs. Dominique Sprengers, adviseur patiëntbelang
 NVVH: Dhr. prof. dr. L. Stassen, chirurg MUMC,
 NVZ: Mw. drs. M. van der Linde-van der Vaals, beleidsadviseur
 ZN: Mw. drs. L. Vunderink, beleidsadviseur
 DICA: Mw. Dr. D. Boerma, voorzitter Clinical Audit Board KR Galsteenlijden (DGDA)

3 Vast te leggen gegevens

Om als zorgaanbieder deze indicatorset te kunnen aanleveren, moeten per cliënt de volgende gegevens (variabelen) worden vastgelegd:³

De informatie over de vast te leggen gegevens voor deze indicatorenset zijn te vinden in de datadictionary van de DGDA op <https://support.mrdm.nl/registraties/dgda/>

³ Als alle zorgaanbieders dezelfde (kwaliteits)registratie gebruiken kun je dit hoofdstuk leeg laten. Als er echter verschillen zijn in registratie of verwerker van gegevens is dit overzicht noodzakelijk om kwaliteit van de gegevens te borgen.

4 Indicatoren

Indicatornaam	Indicator 1 - heropname
Indicatornummer	1
Operationalisatie	Percentage patiënten dat binnen 30 dagen na de galblaasverwijdering heropgenomen is geweest vanwege een complicatie*
Informatie voor cliënten	Percentage patiënten dat heropgenomen is binnen 30 dagen na de galblaasverwijdering vanwege een complicatie*
Transparantie	verplicht
Type indicator	uitkomst
Relevantie	Indien een patiënt een galblaasverwijdering ondergaat kan dit soms leiden tot een heropname. Een heropname is vaak het gevolg van één of meerdere complicaties. Complicaties kunnen onvermijdbaar zijn maar kunnen ook het gevolg zijn van onvoldoende kwaliteit van zorg (bijvoorbeeld een suboptimale operatietechniek bij de primaire operatie, suboptimale peri-operatieve zorg of suboptimale indicatiestelling).
Datatype	percentage
Bron (achtergrond) van de indicator	Document: [richtlijn/standaard/internationale indicatorset] Initiator: [partij]
Rekenregels en definities	
Teller(s)⁴	Aantal patiënten dat binnen 30 dagen na de galblaasverwijdering heropgenomen is geweest vanwege een complicatie*
Noemer	Aantal patiënten met een galblaasverwijdering tussen 01-01-2025 en 31-12-2025 (DBC's)
Vraag	
Antwoordopties	één antwoord mogelijk
Definitie	Heropname: Een opname is een heropname als de patiënt opgenomen wordt voor een complicatie*. * Tot een complicatie wordt gerekend: bloeding, pijnklachten, obstipatie, infectie/abces, gallekkage, galwegletsel (perioperatief niet onderkend). Hiertoe wordt niet gerekend choledocholithiasis postoperatief waarvoor noodzaak ERCP of postoperatief ontstane biliaire pancreatitis. De heropname hoeft niet altijd plaats te vinden in hetzelfde ziekenhuis of behandelcentrum waar de primaire operatie heeft plaatsgevonden. Op dit moment bestaat er geen instellingsoverstijgende registratie. Aangezien de zorgverzekeraar de verzekeringsnemer wel instellingsoverstijgend kan volgen, kan deze heropname in een andere instelling dan het primaire behandelcentrum analyseren.
In-/exclusiecriteria	Inclusie: alle galblaasverwijderingen (open en laparoscopische) Exclusie: vroege heropnames met oorzaak anders dan complicatie
Casemix	Nee
Databron (registratie)	Ziekenhuisregistratie (DBC)

⁴ Wanneer er meerdere tellers zijn, dan is dit duidelijk in de nummering aangegeven. Bijvoorbeeld 1a, 1b enz.

Norm	
Meetperiode	01-01-2025 t/m 31-12-2025
Aanleverfrequentie	één keer per verslagjaar
Aanleverniveau	locatieniveau / concernniveau met verwijzende opmerkingen bij iedere locatie

Rekenregels

Indicator 1	Dagbehandeling	Formule
Teller	Tel van de in de noemer geselecteerde patiënten het aantal patiënten dat binnen 30 dagen na de galblaasverwijdering heropgenomen is geweest vanwege een complicatie; hiertoe wordt gerekend: bloeding, pijnklachten, obstipatie, infectie/abces, gallekkage, galwegletsel (perioperatief niet onderkend). Hiertoe wordt niet gerekend choledocholithiasis postoperatief waarvoor noodzaak ERCP of postoperatief ontstane biliare pancreatitis.	Handmatig na te gaan door zorginstellingen
Noemer	Selecteer alle patiënten die een galblaasverwijdering hebben ondergaan op uw ziekenhuislocatie.	# patiënten waarvoor G1 en G2 gelden (zie tabel 1)

Tabel 1: Variabelen uit verschillende bronnen in het ziekenhuis

Variabele	Naam	Vast te leggen waarde	Bron	Instructie	Benodigd voor indicator
G0	Patiëntnummer		ZIS	Het patiëntnummer is het unieke element dat de basis vormt om koppelingen tussen registratiesystemen mogelijk te maken	1. Heropname
G1	Galblaasverwijdering	Zorgproducten: 110901011 110901012 DBC codering: 0303.xx.323.202 0303.xx.323.203 0303.xx.323.206 0303.xx.323.302 0303.xx.323.303 0303.xx.323.306	DBC-registratie	De patiënten die een galblaasverwijdering ondergaan bij heelkunde	1. Heropname
G2	Zorgverrichting galblaasverwijdering	Zorgverrichtingen: 35350 35355	Zorgverrichting en registratie		1. Heropname

5. Wijzigingstabel

Geen wijzigingen t.o.v. de externe indicatoren gids van 2024.

6. Bijlage: toelichting op informatie per indicator

Operationalisatie	De indicator in één korte zin omschreven. Let op: vermeld duidelijk de eenheid van de indicator in deze zin. Bijvoorbeeld: 'wachtijd in dagen'.
Informatie voor cliënten	Het belang van en de betekenis van de indicator wordt hier kort zonder vaktermen verwoord. Een indicator is een meetbaar onderdeel van de zorg wat iets kan zeggen over de kwaliteit van zorg. In de informatie van cliënten wordt beknopt omschreven wat de indicator betekent en hoe deze geïnterpreteerd moet worden ('lager is beter', 'een instelling moet onder de norm van X scoren').
Transparantie	<ul style="list-style-type: none"> - verplicht (publicatie in Openbare Database van Zorginstituut Nederland) - vrijwillig (geen openbare publicatie. Doorlevering alleen naar patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en zorgaanbieders)
Type indicator	<ul style="list-style-type: none"> - Uitkomst - Proces - Structuur
Relevantie	Geef aan waarom de indicator relevant is en voor wie.
Datatype	Het datatype dat moet worden aangeleverd: <ul style="list-style-type: none"> - tekst (vrije tekst of een keuze uit een lijst in de indicatorgids) - ja/nee - aantal (een geheel getal) - getal - percentage (een getal tussen 0 en 100. Teller/noemer *100)
Bron (achtergrond) van de indicator	Op basis waarvan is de indicator opgesteld? Verwijs naar een richtlijn/standaard, of een internationale indicatorset waarin de indicator ook is opgenomen. Dit vergroot de validiteit van de indicator: zegt deze indicator echt iets over kwaliteit van zorg?
Rekenregels en definities	
Teller(s)	Het getal boven de streep van een breuk. De teller is altijd een deelverzameling van de noemer. Om lange formuleringen te vermijden, is de volledige omschrijving van de deelverzameling niet altijd herhaald in de teller.
Noemer	Het getal onder de streep van een breuk. Nauwkeurige beschrijving van de cliëntenpopulatie. Indien er sprake van een structuurindicator is, dan is noemer niet van toepassing.
Vraag	Wanneer er een vraag wordt gesteld over de organisatie van de zorg (vaak een klantpreferentievraag), dan kan de vraag aan de instelling hier geplaatst worden. De operationalisatie is dan hoe de indicator wordt gepubliceerd. Bijvoorbeeld: Vraag: "Op welke manier kunnen patiënten na de operatie contact opnemen bij vragen?" Operationalisatie: "Aangeboden manieren post-operatief contact"
Antwoordopties	Bij vragen is het belangrijk aan te geven of er slechts

	<p>één antwoord mogelijk is of meerdere antwoorden mogelijk zijn.</p> <p>Daarnaast moeten de antwoordopties vermeld worden.</p>
Definitie	<p>Indien in de indicator termen worden gebruikt die enige toelichting nodig hebben, zodat betrouwbaar kan worden geregistreerd, dan wordt een definitie gegeven.</p>
In-/exclusiecriteria	<p>Een duidelijke definiëring van de cliëntenpopulatie vertaalt zich uiteindelijk in duidelijke in- en exclusiecriteria.</p> <p>Daarnaast kunnen exclusiecriteria gebruikt worden om vergelijkbaarheid te vergroten. Bijvoorbeeld als bepaalde cliëntengroepen niet gelijk over instellingen zijn verdeeld.</p>
Casemix	<p>Wanneer het relevant is voor een indicator kunnen cliëntkenmerken gebruikt worden voor het corrigeren van de indicatorwaarde. Hier moet worden aangegeven of er een casemixcorrectie plaatsvindt en op welke variabelen.</p>
Databron (registratie)	<p>De te gebruiken bron voor het berekenen van de indicatorwaarde. Bijvoorbeeld: LROI, NKR, DLCA-R, EPD, Zorgkaart Nederland</p>
Norm	<p>Als de indicator een norm kent, wordt deze hier in de indicatorgids vermeld. Ook de bron van de norm wordt vermeld.</p>
Meetperiode	<p>De meetperiode is de periode waarin de metingen worden gedaan. Dit is standaard het hele kalenderjaar (01-01 t/m 31-12), maar hier kan van worden afgeweken.</p> <p>Bij follow-upmetingen moet een expliciete keuze worden gemaakt: een meting drie maanden post-operatief binnen het verslagjaar betekent dat de operatie ook in de laatste drie maanden van het voorgaande jaar kan zijn uitgevoerd.</p> <p>Soms wordt er een peildatum gebruikt in plaats van een meetperiode (vaak bij structuurindicatoren). De peildatum ligt dan vaak op 01-03 van het jaar ná het verslagjaar.</p>
Aanleverfrequentie	<p>De frequentie waarmee de indicatoren aangeleverd worden. Afspraken over de frequentie worden landelijk gemaakt. Dit is momenteel één keer per jaar.</p>
Aanleverniveau	<p>Het niveau waarop de indicatoren worden aangeleverd; in beginsel worden alle indicatoren op locatieniveau aangeleverd. In de uitgangspunten in de indicatorgids wordt voor de hele set aangegeven hoe hier mee om wordt gegaan. Per indicator kunnen specifieke aanwijzingen worden gegeven, bijvoorbeeld voor proces- en uitkomstindicatoren afkomstig uit kwaliteitsregistraties op concernniveau.</p>