

INTERVIEW

Belang van landelijke audits: registreren, leren en verbeteren

Uitkomsten van chirurgische behandeling van slokdarm- en maagcarcinoom

Met medewerking van:

- **Prof. dr. Richard van Hillegersberg**, hoogleraar Gastrointestinale Oncologische Chirurgie in het UMC Utrecht.
- **Drs. Daan Voeten**, arts-onderzoeker in het Amsterdam UMC.

TEKST: DRS. DANIËL DRESDEN

Samenvatting → Klinische audits blijken van toegevoegde waarde te zijn bij het verbeteren van de zorgkwaliteit. Er vinden steeds meer audits plaats, en tegelijk zien we een verbeterde zorg op landelijk niveau én minder variatie tussen ziekenhuizen. Het uiteindelijke doel is dat het voor een patiënt niet uit moet maken in welk ziekenhuis hij voet over de drempel zet. Het Dutch Institute for Clinical Auditing (DICA) kent enkele belangrijke principes die essentieel zijn voor een succesvolle introductie van deze audits: klinici in de hoofdrol, een intensieve samenwerking met verschillende stakeholders in de gezondheidszorg en het gebruik van audituitkomsten voor verbeterinitiatieven.

Leerdoelen → Na het lezen van dit artikel weet u:

- het concept van auditing en de werkwijze van DICA;
- het belang en de principes van het registreren van klinische uitkomstmaten;
- het belang van spiegelinformatie of benchmarken aan andere centra;
- het belang van externe transparantie van de uitkomsten; en
- het belang van het wetenschappelijk onderzoek naar auditing.

Hoewel het nuttig is om inzicht te krijgen in geleverde zorg en op grond daarvan de zorgkwaliteit te verbeteren, zijn maar weinig gegevens beschikbaar over zorgprocessen en de klinische uitkomsten in de dagelijkse praktijk. Een belangrijk hulpmiddel om meer inzicht te krijgen in de zorgkwaliteit, is klinische auditing. Auditing is de systematische analyse van processen en uitkomsten van de zorg met als uiteindelijk doel verbetering van de zorg. Dit concept is meer dan honderd jaar geleden geïntroduceerd door dr. Ernest Amory Codman.¹ Zijn 'eindresultaat-theorie' stelt dat elk ziekenhuis iedere patiënt die het behandelt zou moeten volgen, lang genoeg om te bepalen of de behandeling al dan niet succesvol is geweest. Dit met de bedoeling om in geval van een behandelfalen vergelijkbare incidenten in de toekomst te voorkomen. Het Dutch Institute for Clinical Auditing (DICA) heeft het klinisch auditconcept van Codman op landelijke schaal geïmplementeerd in het Nederlandse zorgstelsel.²

Oorsprong van DICA en DUCA

Chirurgen zijn al lange tijd gewend om kritisch naar hun eigen handelen te kijken en daarbij eigen complicatieregistraties bij te houden, zowel op ziekenhuisniveau als, vanuit de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH), op landelijk niveau.

Derhalve in 2009 is op initiatief van de NVvH de Dutch Surgical Colorectal Audit (DSCA) gelanceerd. De DSCA is het eerste landelijke, professionele initiatief om aan behandelteams gebenchmarkte, ziekenhuisspecifieke prestatie-informatie te bieden. Dit biedt nieuwe kansen om hun zorg te verbeteren.³ De DSCA (wat later de DCRA zou worden) diende als een voorbeeld voor DICA, dat in 2010 is opgericht, eveneens op initiatief van de chirurgen. Een jaar later (2011) is de Dutch Upper Gastrointestinal Cancer Audit (DUCA), als onderdeel van DICA, begonnen met de landelijke registratie van alle patiënten die voor slokdarm- of maagkanker een operatie ondergingen.^{4,5}

De doelstellingen van DICA kunnen verdeeld worden in vier met elkaar samenhangende pijlers met als gemeenschappelijk doel de uitkomsten van patiënten verbeteren (tabel 1). Auditing begint met het meten en registreren van de zorgkwaliteit. Daarnaast krijgen klinici gebenchmarkte feedback, op grond waarvan gerichte verbetertrajecten opgezet en gestart kunnen worden. Ten derde wordt externe transparantie mogelijk gemaakt. Dit biedt een externe prikkel voor kwaliteitsverbetering en geeft gehoor aan de vraag naar openbare, transparante zorgdata. Het aantonen van ziekenhuisvariatie (in wetenschappelijk onderzoek) kan eveneens een stimulans zijn om de zorgkwaliteit te verbeteren.

Organisatie van DICA

Een belangrijk kenmerk van de bestuursstructuur van DICA is de leidende rol van de klinici. Zij zijn persoonlijk betrokken bij de betreffende zorgactiviteit. Elke DICA-registratie wordt bestuurd door een onafhankelijke wetenschappelijke commissie waarin klinici (van verschillende specialismen en ziekenhuizen) zitting hebben. Deze wetenschappelijke commissie bepaalt de doelstellingen en datasetinhoud van de audits, neemt het voortouw bij de interpretatie van de gegevens en fungeert als een verbintenis met andere klinici in de beroepsverenigingen.²

DICA is een non-profitorganisatie. Sinds 2016 worden de audits structureel gefinancierd door Zorgverzekeraars Nederland (ZN), omdat ZN de DICA-audits een belangrijke bron

van betrouwbare, onafhankelijke ziekenhuis-specifieke informatie vindt.²

Datasetontwikkeling en kwaliteitsmeting

De wetenschappelijke commissie stelt op basis van (inter)nationale richtlijnen de registratiedataset samen. Daarbij wordt bekeken welke informatie voor klinici zinvol en actiegericht is. Op basis van informatie in deze dataset worden kwaliteitsindicatoren vastgesteld. Dit zijn relevante, valide en betrouwbare uitkomsten van zorg waarop de audit focust en zo tracht verbetering op die parameters te bewerkstelligen. Indicatoren zijn gericht op de structuur, het proces of uitkomsten van geleverde zorg. Indicatoren kunnen veranderen in de loop van de tijd, waardoor ook de focus van een audit kan verschuiven. De gebruikte kwaliteitsindicatoren voldoen aan de eisen voor relevantie, validiteit, betrouwbaarheid en haalbaarheid.⁶

Indicatoren zijn in de eerste plaats nuttig voor de kwaliteitsborging en verbeterinitiatieven door de deelnemende ziekenhuizen. De gegevens worden ook gebruikt om de prestaties op landelijk niveau te evalueren. Om hun blijvende waarde te garanderen, worden de focuspunten van de audits en kwaliteitsindicatoren elk jaar kritisch geëvalueerd.²

Gegevensinvoer en -opslag

Om de uitkomsten te kunnen vergelijken, is het belangrijk dat van de parameters, zoals postoperatieve complicaties (bijv. pneumo-

nie), uniforme definities gebruikt worden en dat de data op dezelfde manier en betrouwbaar wordt gescoord. Bepaalde parameters kunnen echter op verschillende manieren gescoord worden. Daardoor is het mogelijk dat ziekenhuizen ondanks eenzelfde aantal complicaties andere scores krijgen. Het is de taak van de wetenschappelijke commissie om uniforme en juiste definities vast te stellen. De deelnemende ziekenhuizen blijven eigenaar van hun eigen gegevens. Alle gegevens worden onderworpen aan verschillende validatieprocessen, in het webgebaseerde registratiesysteem, door middel van een elektronische foutenrapportage en door verificatie van de gegevens die in het ziekenhuis geregistreerd zijn. Dit gebeurt door een onafhankelijke derde partij.² Voor eerlijke ziekenhuisvergelijking is ook de betrouwbaarheid van data van essentieel belang. Eerdere datavalidatie van de DUCA-dataset leverde spectaculaire resultaten op. Datacompleteheid was 99,2% en de accuraatheid van uitkomstregistratie varieerde van 95,3% tot 100%.⁷

Interne feedback

Een deel van de indicatoren is voor intern gebruik. Deze indicatoren worden niet publiek openbaar gemaakt, maar zijn alleen voor de registrerend clinicus inzichtelijk. De eigen ziekenhuisuitkomsten kunnen vergeleken worden met de data van andere ziekenhuizen in Nederland. De feedback over de eigen uitkomsten in vergelijking met die van andere ziekenhuizen vormt een stimulans om de kwaliteit te verbeteren. Deze spiegelinformatie is dus heel waardevol.

Via een frequent bijgewerkte beveiligde online omgeving, het Codman-dashboard genoemd, krijgen de deelnemende artsen ziekenhuis-specifieke feedback. Deze feedback is gecorrigeerd voor kenmerken van de patiënt, ziekte en behandeling.

De uitkomsten van de kwaliteitsindicatoren worden gepresenteerd in *funnel plots* met 95%-betrouwbaarheidsintervallen rond het landelijk gemiddelde of een gedefinieerde norm. De uitkomsten zijn geanonimiseerd ten opzichte van andere ziekenhuizen.

In het Codman-dashboard kunnen filters worden toegepast voor wat betreft patiënt- en tumorkarakteristieken, zodat de spiegelinformatie zich ook op bepaalde patiënt- of tumorgroepen kan toespitsen.

Externe transparantie

Een aantal indicatoren wordt extern transparant gemaakt. Deze gegevens worden één keer per jaar openbaar gepubliceerd voor alle belanghebbenden. Op deze manier wordt gestreefd naar kwaliteitsverbetering. Externe transparantie wordt gebruikt als middel naar dit doel, in plaats van als middel om de vuile was buiten te hangen of om met de vinger naar iemand te wijzen.

In Nederland worden deze data op ziekenhuisniveau extern transparant gemaakt. Dit in tegenstelling tot sommige landen, zoals Engeland, waarbij op chirurg/clinicus-niveau wordt geregistreerd. Dat kan leiden tot *naming and shaming*. Sommige chirurgen in Engeland moesten zelfs stoppen omdat ze veel complicaties hadden. Soms waren dat zeer goede chirurgen, waardoor zij de moeilijkste patiënten doorverwezen kregen. Te veel transparantie levert niet alleen schade voor ziekenhuizen en klinici op, maar ook voor patiënten. Het risico is namelijk dat, omdat behandelaren terughoudend worden om complexe patiënten te opereren (uit angst voor slechte uitkomsten), deze patiënten niet meer geopereerd worden. Volledige transparantie werkt dus defensief behandelen in de hand. Het is de taak van de wetenschappelijke commissie om de grens tussen te veel en te weinig externe transparantie te bewaken.

Wetenschappelijk onderzoek naar variatie

In het wetenschappelijke onderzoek met de audit-dataset wordt geëvalueerd welke ziekenhuisvariatie bestaat. Op grond van die variatie kunnen landelijke verbeteringen bewerkstelligd worden.

Gedetailleerde, populatiegebaseerde auditgegevens zijn beschikbaar voor onderzoek. De toepassing in onderzoek wordt door de wetenschappelijke commissie beoordeeld



Prof. dr. Richard van Hillegersberg, hoogleraar Gastrointestinale Oncologische Chirurgie in het UMC Utrecht.



Drs. Daan Voeten, arts-onderzoeker in het Amsterdam UMC.

Tabel 1. De vier pijlers of manieren om de zorgkwaliteit te verbeteren.

Pijlers	Uitkomsten
Registreren	Bewustwording van eigen functioneren kan leiden tot kwaliteitsverbetering
Spiegelinformatie/ benchmarken aan andere centra	Spiegelinformatie en discussie met andere centra die mogelijk beter presteren (best practices) kan leiden tot kwaliteitsverbetering
Extern transparant maken van uitkomsten aan derden*	Biedt een externe prikkel tot kwaliteitsverbetering
Wetenschappelijk onderzoek	Aantonen ziekenhuisvariatie en zodoende identificeren van potential areas for improvement

* onder andere zorgverzekeraars, patiëntenverenigingen, ziekenhuizen, Federatie Medisch Specialisten (FMS) en andere belanghebbenden

op relevantie, methodologie en beschikbaarheid van de gegevens. De onderwerpen voor onderzoek die tot nu toe zijn voorgesteld en grotendeels uitgevoerd, omvatten: evaluatie van klinische praktijkpatronen voor diagnostiek en behandelingen, rapportage over de introductie van nieuwe technieken, mechanismen achter ziekenhuisvariatie, identificatie van *best practices* en methodologisch onderzoek naar nieuwe (samengestelde) metingen of risicofraterificatiemodellen.²

Voorbeeld: IC-dagen na minimaal invasieve slokdarmresectie

Een interessant en recent voorbeeld van wetenschappelijk onderzoek dat ziekenhuisvariatie heeft geïdentificeerd, is een studie die laat zien dat er een significante variatie in opnameduur op de intensive care (IC) was na een minimaal invasieve slokdarmresectie. Na een ongecompliceerd verlopen slokdarmresectie verbleven patiënten in het ene centrum doorgaans vier dagen op de IC, terwijl zij in andere centra helemaal niet op de IC verbleven. Een korte IC-opname (≤ 1 dag) ging in vergelijking met een lange IC-opname (> 1 dag) gepaard met een kortere algehele ziekenhuisopname en had geen negatieve invloed op de chirurgische uitkomsten op de korte termijn. Dit heeft impact op zowel de patiënt, het ziekenhuis als de ziekenhuisfinanciën. Een meer geselecteerde inzet van de IC-capaciteit zou een aanzienlijke kostenreductie kunnen bewerkstelligen.⁸

Op basis van dergelijk onderzoek kunnen landelijke verbetertrajecten worden gestart. Immers, sommige centra krijgen het wel voor elkaar goede uitkomsten te behalen zonder IC-opname, terwijl andere centra hier niet in slagen. Vervolgonderzoek moet de redenen van variatie aantonen. Het beleid met laagdrempelige IC-opnames postoperatief is waarschijnlijk in grote mate gebaseerd op de logistiek van ziekenhuizen. In sommige ziekenhuizen is de kwaliteit van hun verpleegafdeling mogelijk niet dusdanig goed dat ze dit soort patiënten goed kunnen opvangen. Weliswaar is dit beleid vanuit kwaliteitsoverweging goed, maar eigenlijk zou de kwaliteit van de verpleegafdeling zodanig moeten zijn dat postoperatieve patiënten daar kunnen herstellen.

Uitbreiding van de DICA-audits

In de periode 2011-2017 zijn 21 landelijke audits gestart binnen DICA, resulterend in de registratie van > 700.000 patiënten. Aanvankelijk waren de audits monodisciplinair en behandelingsspecifiek, voornamelijk gericht op kankerchirurgie. In de loop van de tijd is dit uitgebreid met niet-maligne ziekten, niet-chirurgische behandelingen en evaluatie van het gehele multidisciplinaire zorgtraject. Het aantal betrokken medische verenigingen is gestegen van 5 in 2011 tot 17 in 2017. Tegelijkertijd is het aantal klinici dat actief betrokken is in de wetenschappelijke commissies gestegen van 32 naar 243. Het aantal transparante indicatoren berekend vanuit DICA-audits is gestegen van 6 in 2012 naar 161 in 2017.²

Waarde DICA-registraties, geïllustreerd door de DUCA

Naast de hierboven beschreven waarde van wetenschappelijk onderzoek heeft de DUCA bijgedragen aan het handhaven van de volume-norm van maag-slokdarmchirurgie. DICA-gegevens vormen een betrouwbare bron om de naleving met de volumestandaarden vast te stellen en om bij verschillende ziekten het verband tussen volume en uitkomst te bestuderen.

Parallel aan de DICA heeft zich in Nederland een centralisatie van deze zorg voltrokken. Gezamenlijk heeft dat gezorgd voor een enorme kwaliteitsverbetering. Het is goed om dit in historisch perspectief te zien. Aan het begin van dit millennium werd de slokdarmmaagchirurgie door zo'n 80 ziekenhuizen verricht. Om de kwaliteit van zorg te verbeteren is in 2006 door de NVvH een volumenorm van minimaal 10 slokdarmresecties per jaar ingesteld. Vervolgens is het aantal ziekenhuizen dat deze interventies doet, gereduceerd naar 46. In 2011 is deze norm opgehoogd naar 20 operaties per jaar, waarna nog 23 behandelcentra overbleven. Inmiddels is dit aantal nog kleiner, omdat een aantal ziekenhuizen deze norm in de loop van de jaren niet kon halen. Toen de volumenorm werd ingesteld, zagen ziekenhuizen dat ze moesten gaan samen-

werken omdat ze in hun eentje niet de norm zouden halen. Omdat die data aan elkaar werden getoond was de regionale verdeling heel snel op orde. DUCA monitort nog steeds of ziekenhuizen de volumenormen halen. Door de centralisatie blijkt de langetermijnoverleving beter te worden. Ook andere uitkomsten zijn beter in hoogvolume centra, zoals IC-opnames en algemene duur van de ziekenhuisopname. We zien dat in de hoogvolume centra de zorgpaden en ziekenhuislogistiek beter zijn ingesteld op patiënten met maag- of slokdarmkanker. Zo hebben de verpleging en arts-assistenten meer ervaring met de zorg voor deze patiënten.

Ontwikkelingen in kwaliteitsevaluatie

DUCA blijft innoveren en is daarbij continu op zoek naar nieuwe meetmethoden. Een nuttig voorbeeld is de ontwikkeling van samengestelde uitkomstmaten, zoals *failure to rescue* (d.w.z. het percentage patiënten dat sterft na ernstige complicaties) en *textbook outcome* (een maag-/slokdarmkankeroperatie volgens het boekje).⁹ De reden is dat indicatoren met een enkele meting mogelijk minder geschikt zijn om ziekenhuizen te vergelijken. Daarnaast zijn samengestelde uitkomstmaten beter te interpreteren voor patiënten, als bijvoorbeeld de kans dat een operatie mislukt of juist volledig slaagt. Die samengestelde uitkomstmaten worden internationaal overgenomen. Een ander punt waarop de DUCA zich graag zou ontwikkelen is door meer multidisciplinair te gaan registreren. Het zou prachtig zijn als ook de radiotherapeuten, medisch oncologen, pathologen en MDL-artsen hun gegevens in de DUCA zouden registreren.²

Nederland het goede voorbeeld

DUCA is een wetenschappelijke registratie, die internationaal veel waardering heeft opgeleverd. Wereldwijd wordt met lof gesproken over hoe de maag- en slokdarmkankerregistratie in Nederland is georganiseerd. Een aantal landen is hier komen kijken en heeft gevraagd of ze de Nederlandse registratiestructuur mogen overnemen. Het is een



Wereldwijd wordt met lof gesproken over hoe dit in Nederland is georganiseerd.

compliment dat er internationaal zoveel aandacht voor is.

Wereldwijd zijn er veel initiatieven ontplooid om de zorgkwaliteit te monitoren en verbeteren door gebruik te maken van data. Wat de door DICA gefaciliteerde audits onderscheidt, is de centrale rol van klinici en hun beroepsverenigingen, de intensieve samenwerking met andere betrokken partijen in de gezondheidszorg, kort-cyclische gebenchmarkte feedback, de landelijke dekking en processen voor de verificatie van de gegevens, bedoeld voor kwaliteitsborging van de gegevens. De leidende rol van klinici en samenwerking met anderen partijen zijn essentieel om zinvolle kwaliteitsinformatie te produceren.²

Beperkingen en mogelijke oplossingen

Tot slot gaan we nog heel even in op een paar beperkingen die de huidige audits kennen en die al dan niet op te lossen zijn door DICA. Ten eerste de administratieve last door het verzamelen van de gegevens. Een oplossing waar reeds aan gewerkt wordt is de gegevens deels geautomatiseerd uit de elektronische patiëntendossiers (EPD's) te verzamelen. Om dit te bereiken zal de workflow in het ziekenhuis opnieuw opgezet moeten worden en moeten klinici intensief samenwerken met de ziekenhuis-IT. De steeds strengere privacywetgeving kan een belemmering vormen bij het koppelen van verschillende gegevensbronnen voor audit-doeleinden.

Ten tweede is het lastig om een balans te vinden tussen het verzamelen en de eisen aan transparantie. Volgens DICA moeten

zorgverleners de mogelijkheid behouden om hun gegevens intern te evalueren, waardoor medische teams in een veilige omgeving, op basis van hun eigen uitkomsten, kunnen handelen.²

Een derde belemmering voor het behalen van maximaal profijt van auditing is de vaste vorm waarin feedbackinformatie wordt aangeboden. Meer dynamische, interactieve systemen zouden de informatievoorziening voor klinici kunnen optimaliseren en het datagebruik voor kwaliteitsverbetering en datagestuurde discussies door medische teams kunnen stimuleren. Daarom heeft DICA in 2019 het verkennende Codman-dashboard geïntroduceerd, waarin klinici bepaalde patiëntengroepen kunnen selecteren en hun eigen resultaten in deze groepen kunnen vergelijken met een landelijke benchmark.²

Conclusie

Klinische audits kunnen een katalysator zijn in kwaliteitsverbetering, wat uiteindelijk leidt tot een gelijkmatige verdeling van de zorgkwaliteit en het afleggen van verantwoording aan alle stakeholders. In aansluiting op de toegevoegde toepassing van audits zijn landelijke verbeteringen waargenomen en nam de variatie tussen ziekenhuizen af. Het uiteindelijke doel is dat het voor een patiënt niet uit moet maken in welk ziekenhuis hij voet over de drempel zet.



Scan de QR-code voor een direct link naar de verkorte productinformatie Creon®



Het zou prachtig zijn als ook de radiotherapeuten, medisch oncologen, pathologen en MDL-artsen hun gegevens in DICA zouden registreren.

Referenties

1. Donabedian A. The end results of health care: Ernest Codman's contribution to quality assessment and beyond. *Milbank Q.* 1989;67:233-56. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2698445/>
2. Beck N, van Bommel AC, Eddes EH, et al. The Dutch Institute for Clinical Auditing: Achieving Codman's Dream on a Nationwide Basis. *Ann Surg.* 2020;271:627-631. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31972639/>
3. Van Leersum NJ, Snijders HS, Henneman D, et al. The Dutch surgical colorectal audit. *Eur J Surg Oncol.* 2013;39:1063-70. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23871573/>
4. Busweiler LA, Wijnhoven BP, van Berge Henegouwen MI, et al. Early outcomes from the Dutch Upper Gastrointestinal Cancer Audit. *Br J Surg.* 2016;103:1855-1863. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27704530/>
5. Wouters MW, Krijnen P, Le Cessie S, et al. Volume- or outcome-based referral to improve quality of care for esophageal cancer surgery in The Netherlands. *J Surg Oncol.* 2009;99:481-7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19466737/>
6. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA.* 1988;260:1743-8. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3045356/>
7. van Bommel AC, Spronk PE, Vrancken Peeters MT, et al. Clinical auditing as an instrument for quality improvement in breast cancer care in the Netherlands: The national NABON Breast Cancer Audit. *J Surg Oncol.* 2017;115:243-249. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27885679/>
8. Voeten DM, van der Werf LR, Gisbertz SS, et al. Postoperative intensive care unit stay after minimally invasive esophagectomy shows large hospital variation. Results from the Dutch Upper Gastrointestinal Cancer Audit. *Eur J Surg Oncol.* 2021;S0748-7983(21)00005-6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33485673/>
9. Karthaus EG, Lijftogt N, Busweiler LAD, et al. Textbook Outcome: A Composite Measure for Quality of Elective Aneurysm Surgery. *Ann Surg.* 2017;266:898-904. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28746156/>
10. Gietelink L, Wouters MW, Bemelman WA, et al. Reduced 30-Day Mortality After Laparoscopic Colorectal Cancer Surgery: A Population Based Study From the Dutch Surgical Colorectal Audit (DSCA). *Ann Surg.* 2016;264:135-40. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27272958/>



WERKGROEP UPPER GI CHIRURGIE (WUGIC)



De werkgroep Upper GI Chirurgie heeft zich de afgelopen jaren ingezet om de zorg voor patiënten met aandoeningen van slokdarm en maag in Nederland op verschillende manieren te verbeteren.

De werkgroep is betrokken bij het ontwikkelen van landelijke richtlijnen, het opzetten van onderzoeken en het organiseren van onderwijs en lezingen.

De afgelopen jaren zijn tijdens landelijke bijeenkomsten Upper GI chirurgen uitgenodigd om in vertrouwelijke sfeer hun huidige praktijkvoering en uitkomsten hiervan te delen. Openlijk werden de resultaten van de Dutch Upper Gastro-Intestinal Cancer Audit (DUCA) besproken en samen werd gekeken naar variatie in klinieken en mogelijke verbeteracties. In volgende bijeenkomsten zullen niet alleen de resultaten van deze verbeterplannen besproken worden, maar ook zullen andere parameters zoals overleving en best practices ten aanzien van opnameduur en ICU opname worden besproken. Op deze manier werken alle upper GI chirurgen van Nederland samen aan het verbeteren van de zorg voor patiënten met slokdarm en maagcarcinoom.

BESTUUR WERKGROEP UPPER GI CHIRURGIE



Prof. Dr. M.I. van Berge Henegouwen,
Voorzitter en Upper GI chirurg in het Amsterdam UMC, locatie Vumc



Dr. V.B. Nieuwenhuijs,
Peningmeester, en Upper GI chirurg in de Isala Kliniek



Dr. S.M. Lagarde,
Secretaris, en Upper GI chirurg in het Erasmus MC



Prof. Dr. C. Rosman,
lid en Upper GI chirurg in het Radboud MC



Dr. G.A.P. Nieuwenhuijzen,
lid en Upper GI chirurg in het Catharina ziekenhuis



Dr. J. Straatman,
AIOS lid, in het Amsterdam UMC, locatie Vumc