

De zorgverlener en het ziekenhuis van morgen...

Ignace de Hingh, oncologisch chirurg
Utrecht, 26 november 2018



De zorgverlener en het ziekenhuis van morgen...

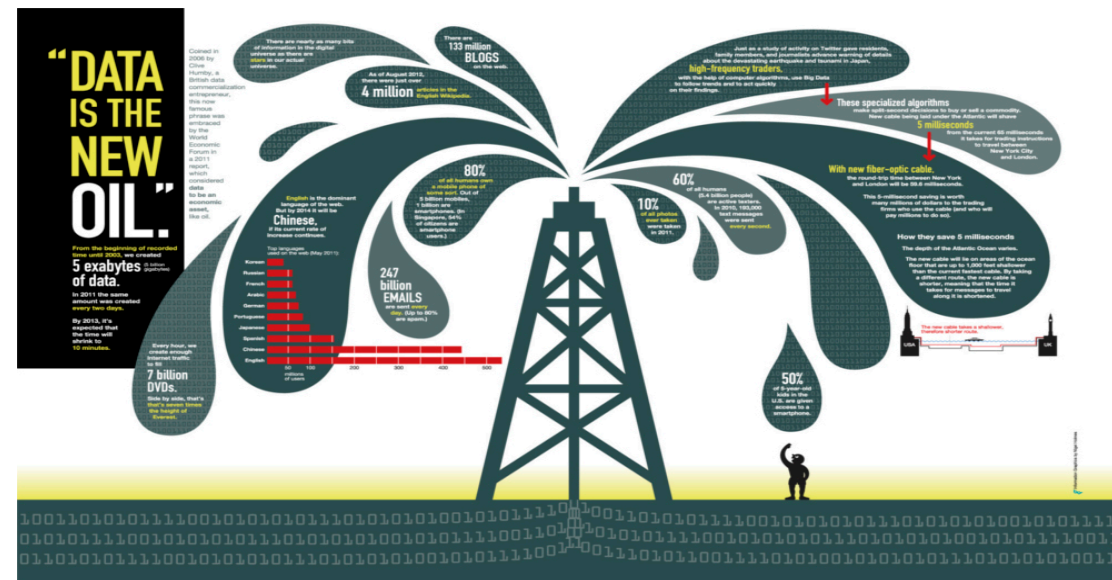
THE FUTURE OF CANCER
MANAGEMENT
'from big data to **smart data**'



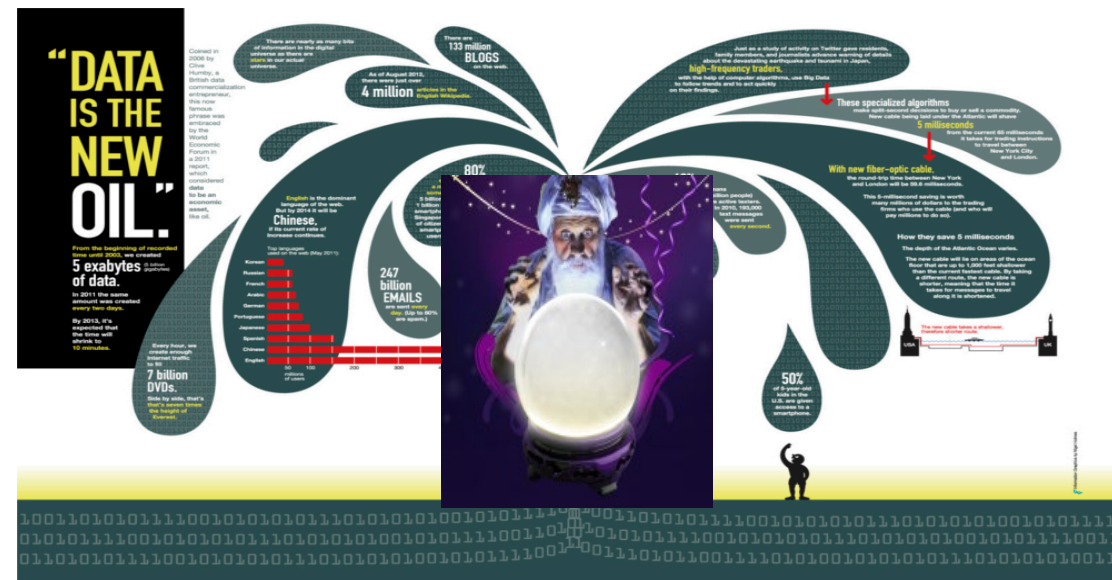


DATA

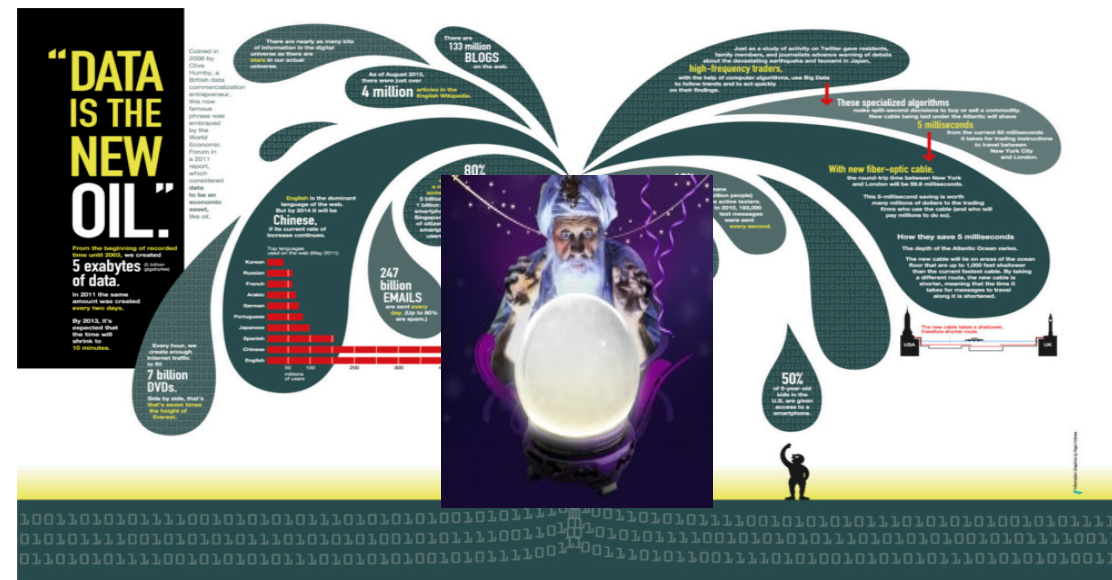
De zorgverlener en het ziekenhuis van morgen...



De zorgverlener en het ziekenhuis van morgen...

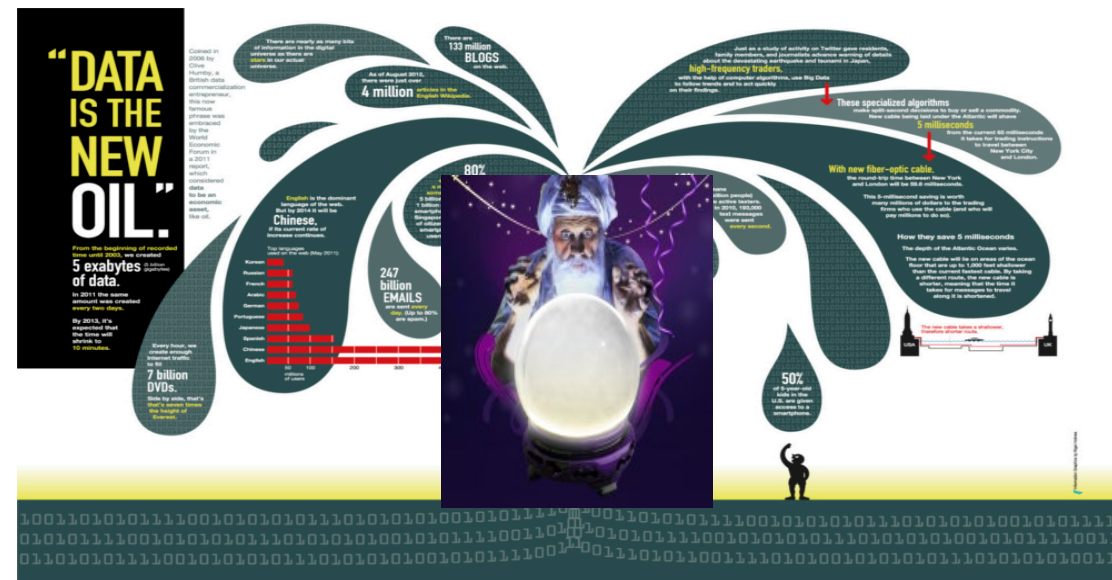


De zorgverlener en het ziekenhuis van morgen...

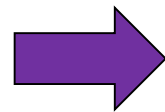


SMART DATA

De zorgverlener en het ziekenhuis van morgen...

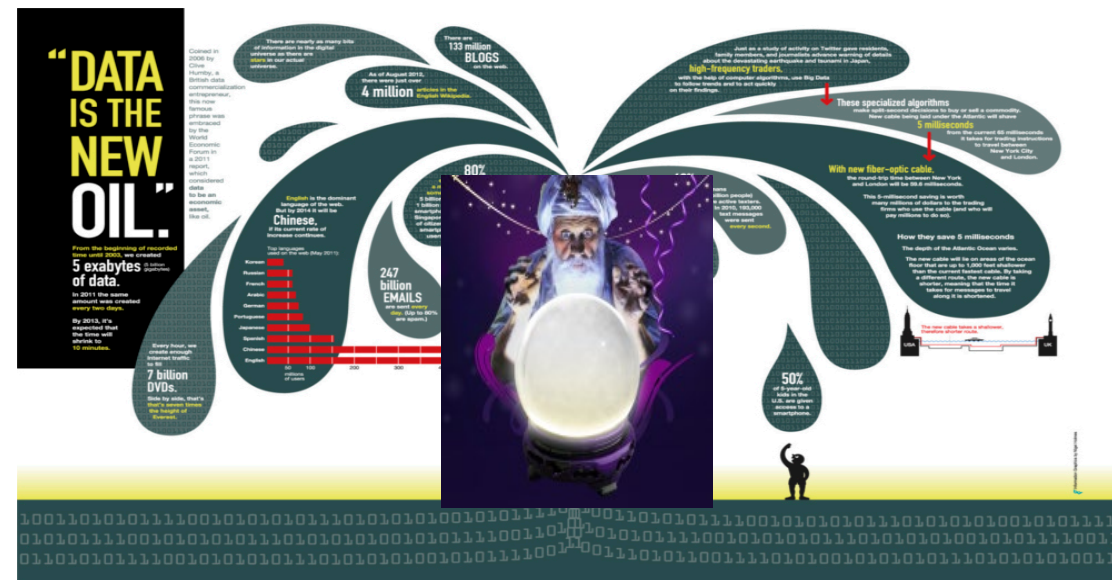


SMART DATA

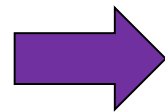


PERSONALISED HEALTH

De zorgverlener en het ziekenhuis van morgen...



SMART DATA



PERSONALISED HEALTH



CHRONISCHE ZIEKTE

De zorgverlener en het ziekenhuis ***van vandaag...***

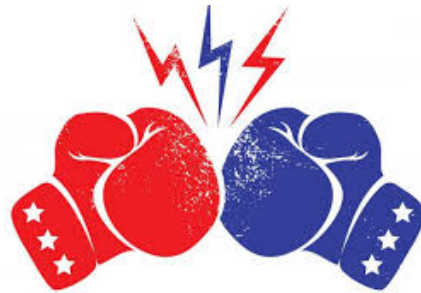
De zorgverlener en het ziekenhuis van vandaag...



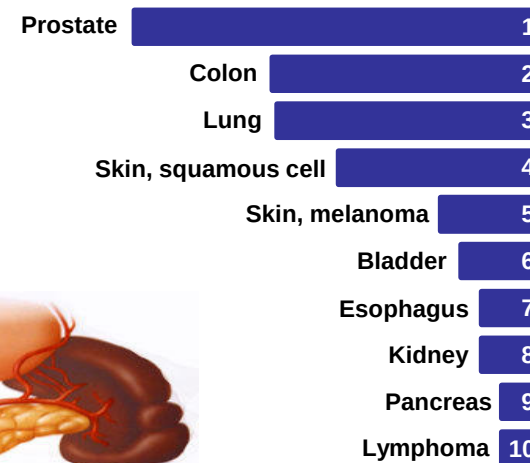
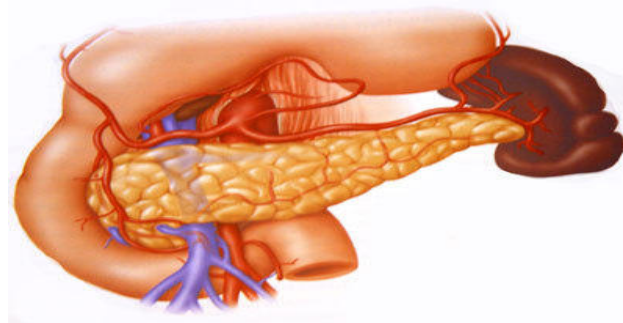
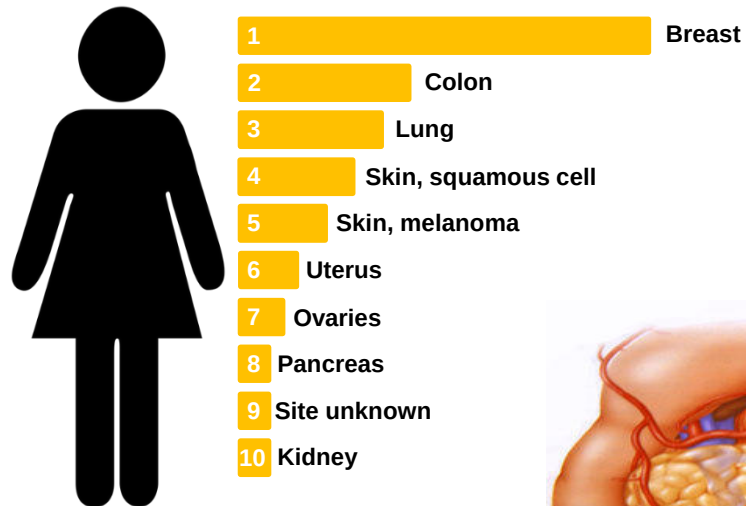
De zorgverlener en het ziekenhuis ***van vandaag...***



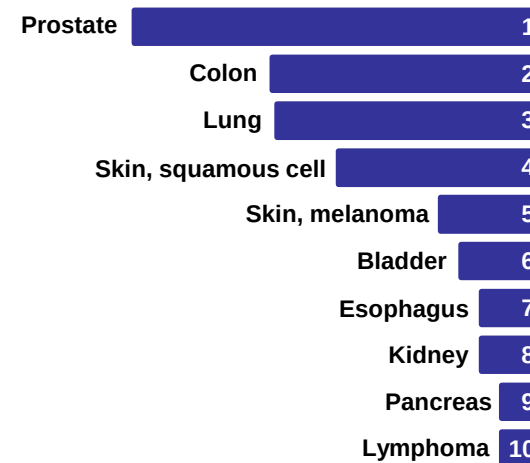
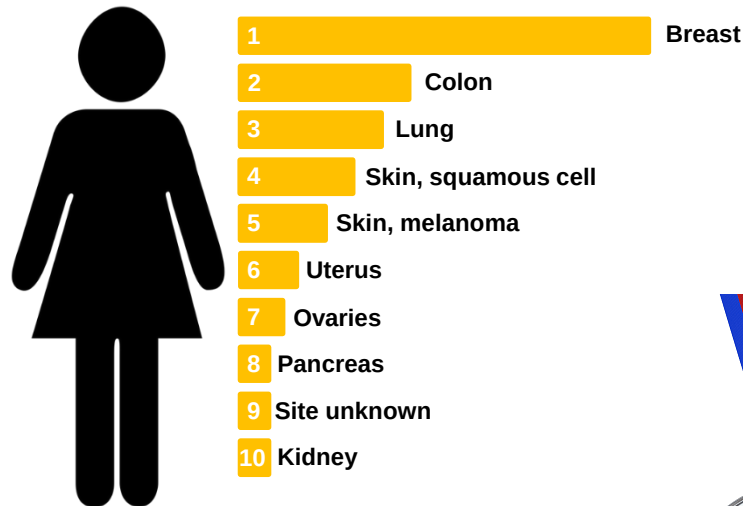
Een zorgverlener en het ziekenhuis van vandaag...



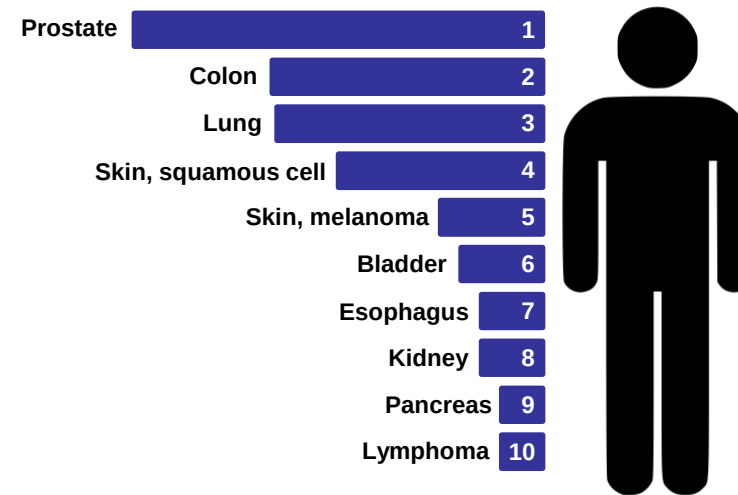
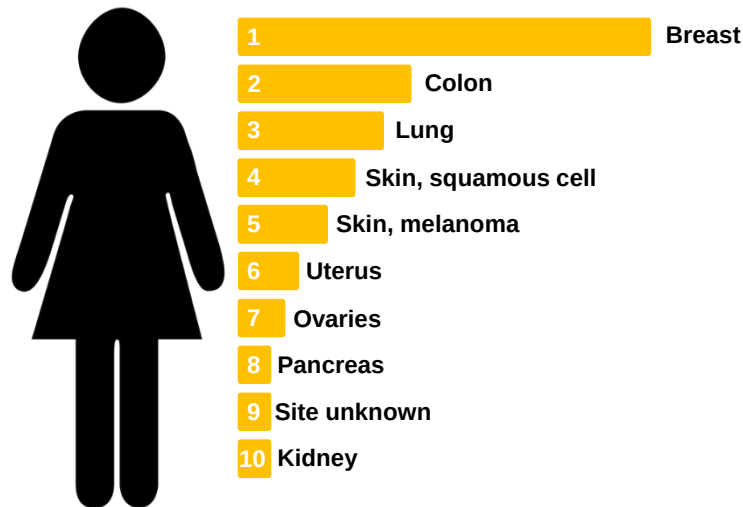
Een zorgverlener en het ziekenhuis ***van vandaag...***



Een zorgverlener en het ziekenhuis *van vandaag...*

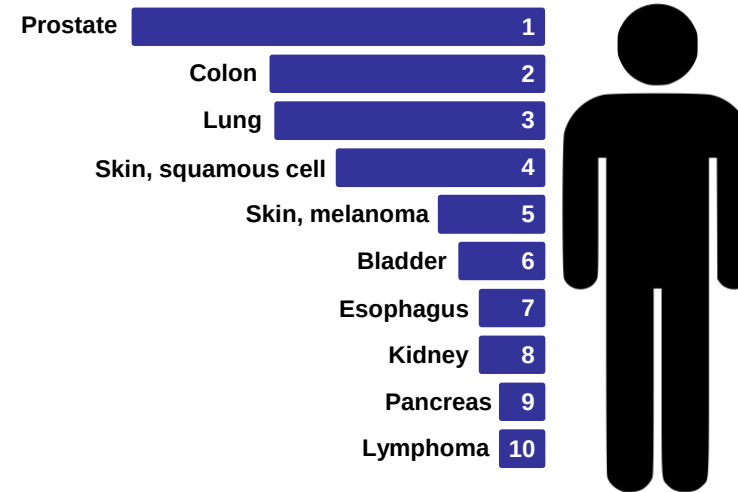
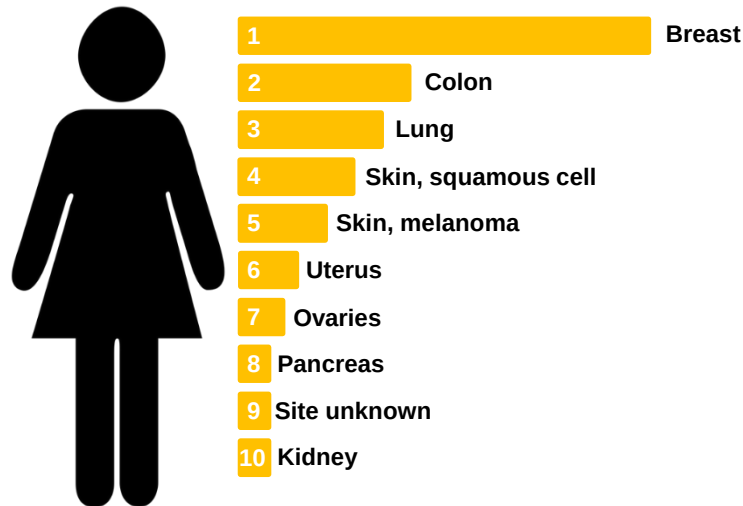


Een zorgverlener en het ziekenhuis ***van vandaag...***



80% inoperabel
overleving: 2-6 maanden

Een zorgverlener en het ziekenhuis *van vandaag...*



20% operabel



Gemiddeld 70 jaar, icterisch
Matige klinische conditie, onzeker,
bang

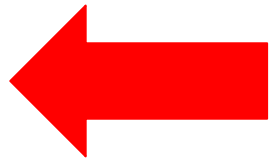
Anamnese, lichamelijk onderzoek,
aanvullend onderzoek

Differentiaal diagnose: voorstel OK

Uitleg ingreep, complicaties, herstel,
mortaliteit

Informed consent

DATA



Gemiddeld 70 jaar, icterisch
Matige klinische conditie, onzeker,
bang

Anamnese, lichamelijk onderzoek,
aanvullend onderzoek

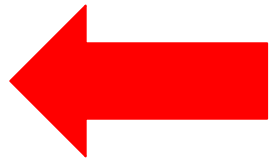
Differentiaal diagnose: voorstel OK

Uitleg ingreep, complicaties, herstel,
mortaliteit

Informed consent

EPD

DATA



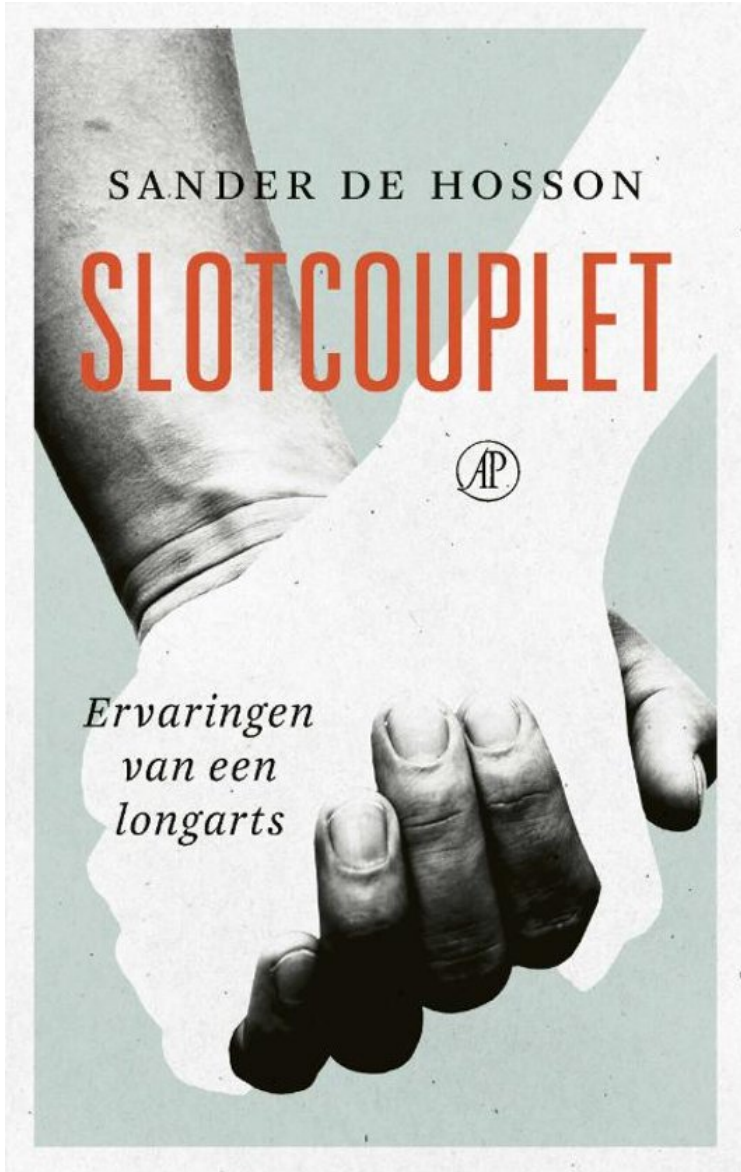
Gemiddeld 70 jaar, icterisch
Matige klinische conditie, onzeker,
bang

Anamnese, lichamelijk onderzoek,
aanvullend onderzoek

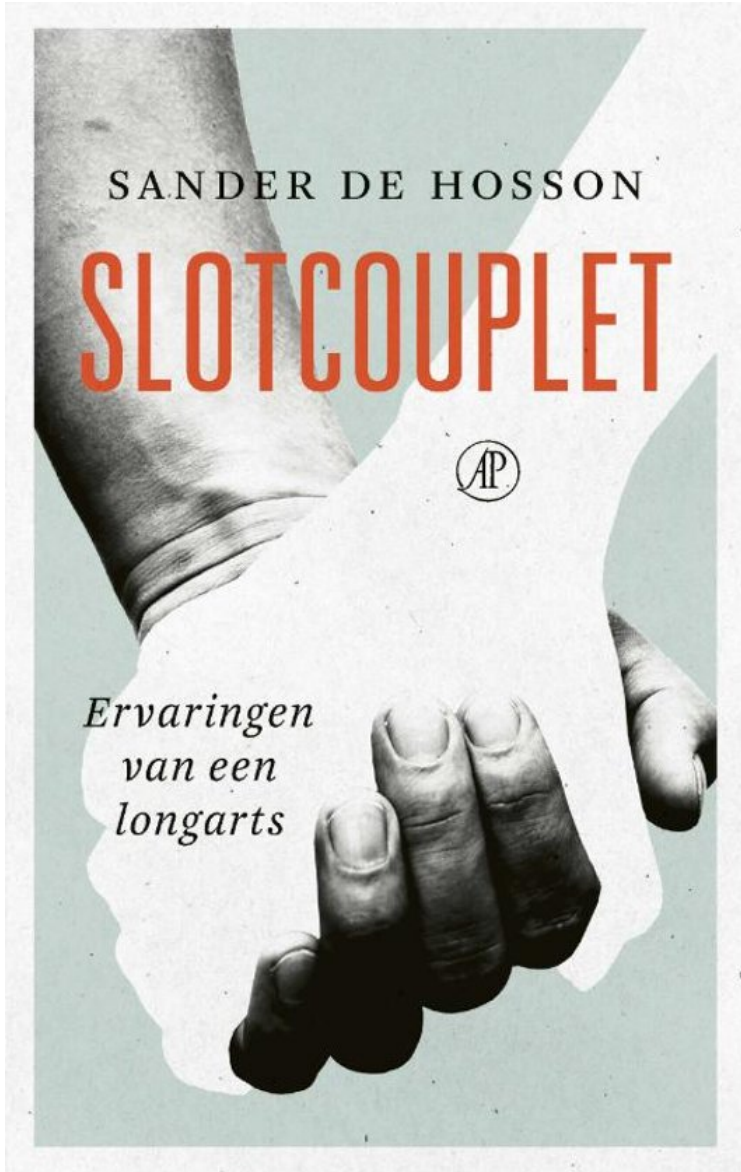
Differentiaal diagnose: voorstel OK

Uitleg ingreep, complicaties, herstel,
mortaliteit

Informed consent



*“Geneeskunde is
soms genezen,
vaak verlichten,
altijd troosten”*



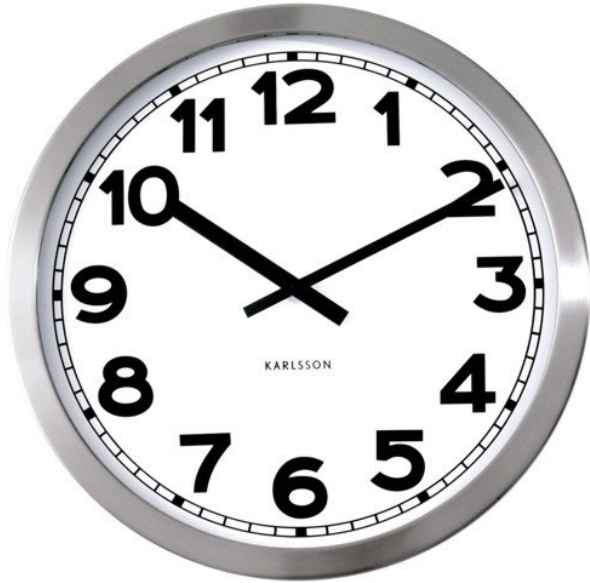
Gemiddeld 70 jaar, icterisch
**Matige klinische conditie, onzeker,
bang: overleving 11 maanden**

Anamnese, lichamelijk onderzoek,
aanvullend onderzoek

Differentiaal diagnose: voorstel OK

Uitleg ingreep, complicaties, herstel,
mortaliteit

Informed consent



5 werkdagen,
3 weken

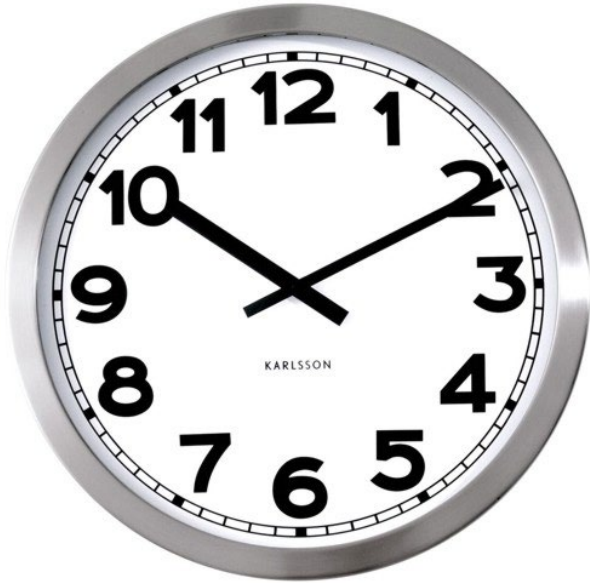
Gemiddeld 70 jaar, icterisch
Matige klinische conditie, onzeker,
bang: overleving 11 maanden

Anamnese, lichamelijk onderzoek,
aanvullend onderzoek

Differentiaal diagnose: voorstel OK

Uitleg ingreep, complicaties, herstel,
mortaliteit

Informed consent



5 werkdagen,
3 weken

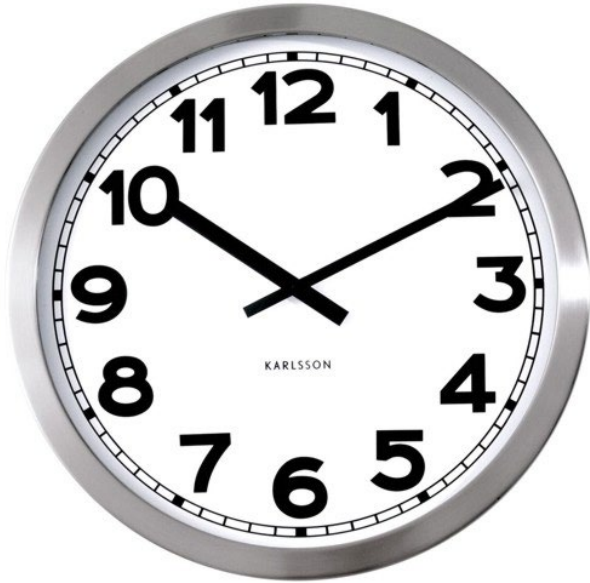
Gemiddeld 70 jaar, icterisch
Matige klinische conditie, onzeker,
bang: overleving 11 maanden

Anamnese, lichamelijk onderzoek,
aanvullend onderzoek

Differentiaal diagnose: voorstel OK

Uitleg ingreep, complicaties, herstel,
mortaliteit

Informed consent:



5 werkdagen,
3 weken

Gemiddeld 70 jaar, icterisch
**Matige klinische conditie, onzeker,
bang: overleving 11 maanden**

Anamnese, lichamelijk onderzoek,
aanvullend onderzoek

Differentiaal diagnose: voorstel OK

Uitleg ingreep, complicaties, herstel,
mortaliteit

Informed consent:





Acta Oncologica



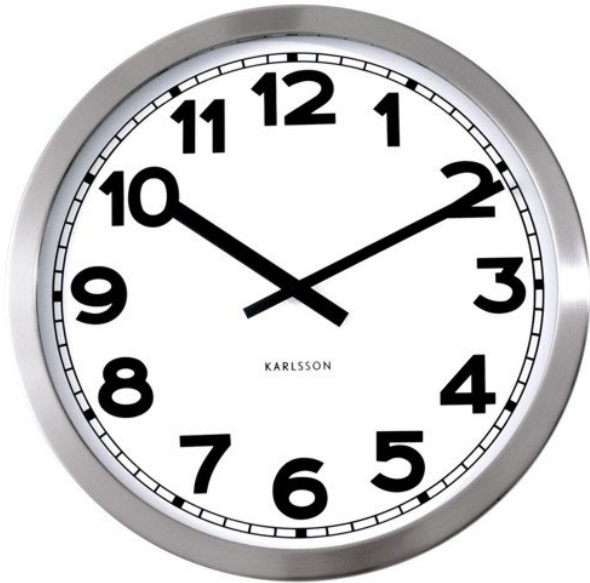
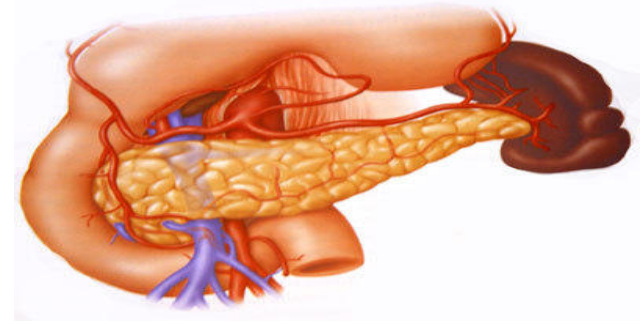
ISSN: 0284-186X (Print) 1651-226X (Online) Journal homepage: <http://www.tandfonline.com/loi/ionc20>

Nationwide comprehensive gastro-intestinal cancer cohorts: the 3P initiative



“DE DATA-DRILL”

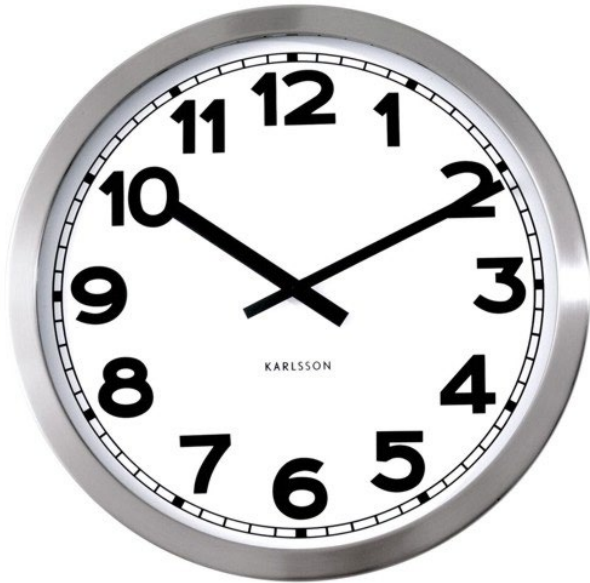
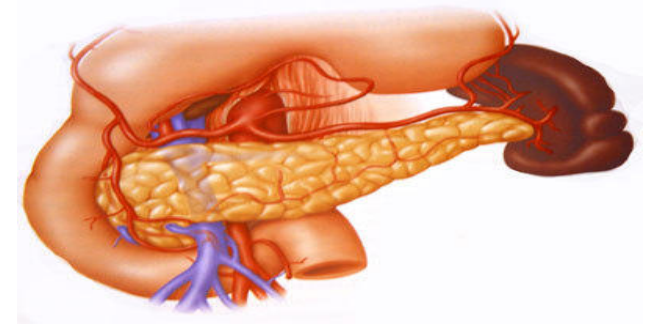
“DE DATA-DRILL”



1. Deelname aan klinische trials
2. Bewaren van weefsel / serum
3. Toestemming voor QOL-studies

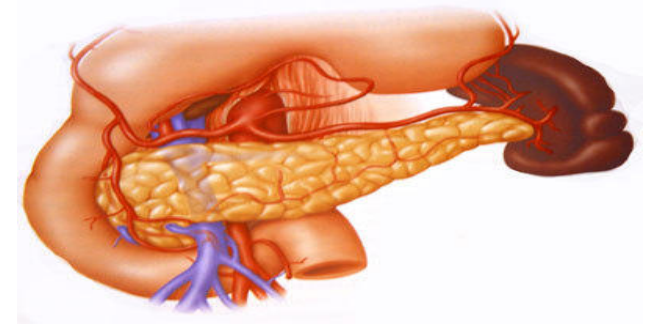
Bij voorkeur binnen 5 werkdagen,
maar tenminste binnen 3 weken

“DE DATA-DRILL”



1. Deelname aan klinische trials
2. Bewaren van weefsel / serum
3. Toestemming voor QOL-studies

Bij voorkeur binnen 5 werkdagen,
maar tenminste binnen 3 weken



Informed consent voor de **PREOPANC-2 TRIAL**

Proefpersoneninformatie voor deelname aan medisch-wetenschappelijk onderzoek

Voorbehandeling met FOLFIRINOX chemotherapie of met chemoradiotherapie en aanvullende chemotherapie vanwege verwijderbare alveeskliekkanker.

Officiële titel:

De (kosten)effectiviteit van neoadjuvante FOLFIRINOX versus neoadjuvante chemoradiotherapie met gemcitabine en adjuvante gemcitabine voor patiënten met (borderline) resectabel pancreaskanker.

Inleiding

Geachte heer/mevrouw,

Wij vragen u om mee te doen aan een medisch-wetenschappelijk onderzoek. Meedoen is vrijwillig. Om mee te doen is uw schriftelijke toestemming nodig.

U ontvangt deze brief omdat bij u alveeskliekkanker is vastgesteld. Bovendien zijn er geen uitzaaiingen gevonden en lijkt de tumor met een operatie verwijderd te kunnen worden. Voordat u beslist of u wilt meedoen aan dit onderzoek, krijgt u uitleg over wat het onderzoek inhoudt. Lees deze informatie rustig door en vraag de onderzoeker uitleg als u vragen heeft. U kunt ook de onafhankelijk deskundige, die aan het eind van deze brief genoemd wordt in **bijlage A**, om aanvullende informatie vragen. Wij adviseren u ook hier over te praten met uw partner, vrienden of familie. Verdere informatie over meedoen aan zo'n onderzoek staat in de bijgevoegde brochure 'Medisch-wetenschappelijk onderzoek'.

1. Algemene informatie

Dit onderzoek is opgezet door het Erasmus MC en de Dutch Pancreatic Cancer Group (de landelijke multidisciplinaire werkgroep; zie www.dpcg.nl) en wordt uitgevoerd door artsen en onderzoekers in alle ziekenhuizen in Nederland die operaties voor alveeskliekkanker doen. Voor dit onderzoek zijn 368 proefpersonen nodig.

De medisch ethische toetsingscommissie van het Erasmus MC heeft dit onderzoek goedgekeurd. Algemene informatie over de toetsing van onderzoek vindt u in de brochure 'Medisch-wetenschappelijk onderzoek'.

2. Doel van het onderzoek

We willen onderzoeken of een voorbehandeling met een combinatie chemotherapie (FOLFIRINOX) voorafgaande aan de operatie leidt tot een langere overleving en betere kwaliteit van leven dan een

Proefpersoneninformatie voor deelname aan medisch-wetenschappelijk onderzoek

Voorbehandeling met FOLFIRINOX chemotherapie of met chemoradiotherapie en aanvullende chemotherapie vanwege verwijderbare alveeskliekkanker.

Officiële titel:

De (kosten)effectiviteit van neoadjuvante FOLFIRINOX versus neoadjuvante chemoradiotherapie met gemcitabine en adjuvante gemcitabine voor patiënten met (borderline) resectabel pancreaskanker.

Inleiding

Geachte heer/mevrouw,

Wij vragen u om mee te doen aan een medisch-wetenschappelijk onderzoek. Meedoen is vrijwillig. Om mee te doen is uw schriftelijke toestemming nodig.

U ontvangt deze brief omdat bij u alveeskliekkanker is vastgesteld. Bovendien zijn er geen uitzaaiingen gevonden en lijkt de tumor met een operatie verwijderd te kunnen worden. Voordat u beslist of u wilt meedoen aan dit onderzoek, krijgt u uitleg over wat het onderzoek inhoudt. Lees deze informatie rustig door en vraag de onderzoeker uitleg als u vragen heeft. U kunt ook de onafhankelijk deskundige, die aan het eind van deze brief genoemd wordt in **bijlage A**, om aanvullende informatie vragen. Wij adviseren u ook hier over te praten met uw partner, vrienden of familie. Verdere informatie over meedoen aan zo'n onderzoek staat in de bijgevoegde brochure 'Medisch-wetenschappelijk onderzoek'.

1. Algemene informatie

Dit onderzoek is opgezet door het Erasmus MC en de Dutch Pancreatic Cancer Group (de landelijke multidisciplinaire werkgroep; zie www.dpcg.nl) en wordt uitgevoerd door artsen en onderzoekers in alle ziekenhuizen in Nederland die operaties voor alveeskliekkanker doen. Voor dit onderzoek zijn 368 proefpersonen nodig.

De medisch ethische toetsingscommissie van het Erasmus MC heeft dit onderzoek goedgekeurd. Algemene informatie over de toetsing van onderzoek vindt u in de brochure 'Medisch-wetenschappelijk onderzoek'.

2. Doel van het onderzoek

We willen onderzoeken of een voorbehandeling met een combinatie chemotherapie (FOLFIRINOX) voorafgaande aan de operatie leidt tot een langere overleving en betere kwaliteit van leven dan een

Bijlage D: toestemmingsformulier proefpersoon

Voorbehandeling met FOLFIRINOX chemotherapie of met chemoradiotherapie en aanvullende chemotherapie vanwege verwijderbare alvleesklierkanker.

- Ik heb de informatiebrief gelezen. Ook kon ik vragen stellen. Mijn vragen zijn voldoende beantwoord. Ik had genoeg tijd om te beslissen of ik meedoe.
- Ik weet dat meedoen vrijwillig is. Ook weet ik dat ik op ieder moment kan beslissen om toch niet mee te doen of te stoppen met het onderzoek. Daarvoor hoef ik geen reden te geven.
- Ik geef toestemming voor het informeren van mijn huisarts en de specialist die mij behandelt dat ik meedoe aan dit onderzoek.
- Ik geef toestemming voor het verzamelen en gebruiken van mijn gegevens en bloedmonsters voor de beantwoording van de onderzoeksvraag in dit onderzoek.
- Ik geef toestemming voor het verzamelen en gebruiken van mijn bloedmonsters en alvleesklierweefsel voor de beantwoording van de onderzoeksvraag binnen de andere onderzoeken van de afdeling chirurgie van het Erasmus MC zoals beschreven in punt 4 van de informatiebrief.
- Ik weet dat voor de controle van het onderzoek sommige mensen toegang tot al mijn gegevens kunnen krijgen. Die mensen staan vermeld in deze informatiebrief. Ik geef toestemming voor die inzage door deze personen.
- Ik weet dat ik niet zwanger mag worden/mijn partner niet zwanger mag maken tijdens het onderzoek.
- De onderzoeker heeft de meest geschikte anticonceptie voor mij en/of mijn partner met mij besproken indien dit voor mij van toepassing is.
- Ik geef toestemming om mij te informeren bij medisch relevante genetische toevalsbevindingen.
- Ik geef toestemming om mijn gegevens op de onderzoekslocatie nog 15 jaar na dit onderzoek te bewaren.
- Ik geef ☐ **wel**
☐ **geen**
toestemming om mijn persoonsgegevens langer te bewaren en te gebruiken voor toekomstig onderzoek op het gebied van alvleesklierkanker.
- Ik geef ☐ **wel**
☐ **geen**
toestemming om mijn lichaamsmateriaal na dit onderzoek te bewaren en om dit later nog voor ander/meer onderzoek te gebruiken, zoals in de informatiebrief staat.
- Ik geef ☐ **wel**
☐ **geen** toestemming om mij na dit onderzoek opnieuw te benaderen voor een vervolgonderzoek.
- Ik wil meedoen aan dit onderzoek.

Naam proefpersoon:

Handtekening:

Datum : __ / __ / __

Ik verklaar dat ik deze proefpersoon volledig heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek.

Interactive Response Technologies



Screening

Configure ALEA's Screening and Enrollment Application to suit your trial. Generate screening numbers or have site staff enter their own. The ALEA Screening and Enrollment Application is complete and ready to use. And, you can instantly add extra fields and edit checks based on your trials's requirement.



Randomization

The randomization service includes flexible form definition, unlimited stratification factors, unlimited number of treatments, blocked randomization, minimization, unequal allocation schemes, multi step randomisations, a simulation service which produces a comprehensive validation report, and more. It allows for re-use of components at the level of questions, forms and complete studies.



Supply Management

The Drugs Supply Management supports both simple and complex drug distributions schemes. It includes per site resupply trigger levels and sizes, per site initial shipment sizes, upload of concealment lists, generating concealments lists, predictive drug supply trough pDSM algorithms with deltaS deltaT site accrual prediction.

Interactive Response Technologies



Screening

Configure ALEA's Screening and Enrollment Application to suit your trial. Generate screening numbers or have site staff enter their own. The ALEA Screening and Enrollment Application is complete and ready to use. And, you can instantly add extra fields and edit checks based on your trials's requirement.



Randomization

The randomization service includes flexible form definition, unlimited stratification factors, unlimited number of treatments, blocked randomization, minimization, unequal allocation schemes, multi step randomisations, a simulation service which produces a comprehensive validation report, and more. It allows for re-use of components at the level of questions, forms and complete studies.

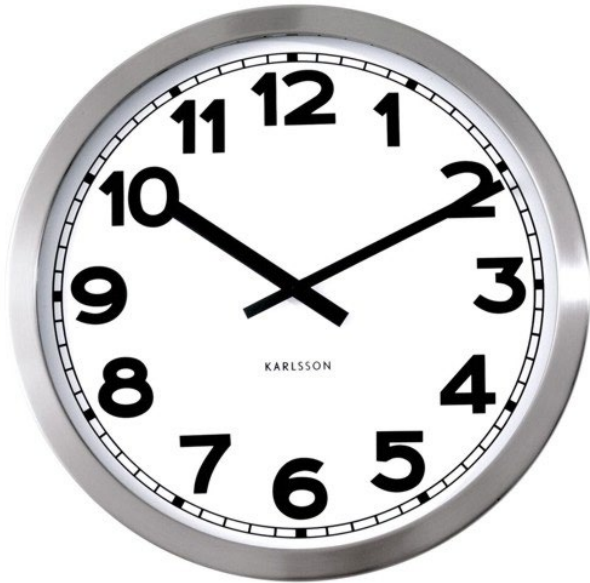
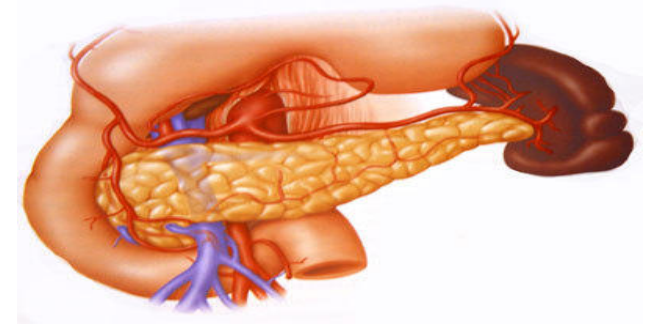


Supply Management

The Drugs Supply Management supports both simple and complex drug distributions schemes. It includes per site resupply trigger levels and sizes, per site initial shipment sizes, upload of concealment lists, generating concealments lists, predictive drug supply trough pDSM algorithms with deltaS deltaT site accrual prediction.

DATA OVERTYPEN: RANDOMISEREN

“DE DATA-DRILL”



1. Deelname aan klinische trials
2. Bewaren van weefsel / serum
3. Toestemming voor QOL-studies

Bij voorkeur binnen 5 werkdagen,
maar tenminste binnen 3 weken

Patiënteninformatie PancreasParel

Geachte heer/mevrouw,

U bent mondeling geïnformeerd over het onderzoek naar tumoren en chronische ontsteking van de alvleesklier in het kader van de **PancreasParel**, onderdeel van het Parelstoer Instituut. In deze brief vindt u nogmaals alle informatie.

Uitleg Parelstoer Instituut

De behandeling van ziektes kan beter worden onderzocht als gebruik wordt gemaakt van zogenaamde 'biobanken', dat zijn grote verzamelingen medische gegevens en lichaamsmateriaal. Daarom is in 2007 het Parelstoer Instituut opgericht, waarbij van patiënten medische gegevens uit het behandeldossier en lichaamsmateriaal worden gebruikt om verschillende wetenschappelijke onderzoeken mee te doen op het gebied van diverse ziektebeelden ('Parels'). Op deze wijze hopen we beter inzicht te krijgen in welke (erfelijke) factoren bijdragen aan het ontstaan van ziekte en hoe dit zou kunnen worden voorkómen. Daarnaast wordt onderzocht hoe we in de toekomst patiënten beter kunnen behandelen. Het Parelstoer Instituut is opgericht in samenwerking met de 8 Universitaire Medische Centra (UMC's) in Nederland. Ook het Catharina Ziekenhuis en uw behandelend arts doen mee aan het Parelstoer Instituut.

Meer informatie over het Parelstoer Instituut kunt u vinden op de website van het Parelstoer Instituut (www.parelstoer.org). U kunt uiteraard ook tijdens het gesprek met uw arts, uw verpleegkundige of de onderzoeker meer informatie vragen over het Parelstoer Instituut.

De **PancreasParel**

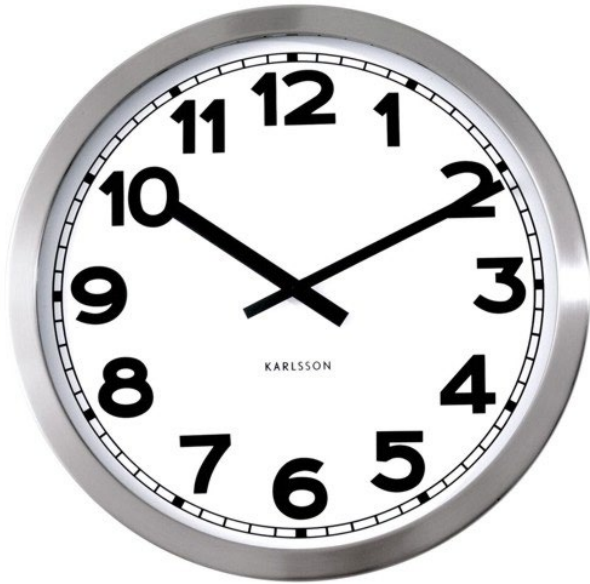
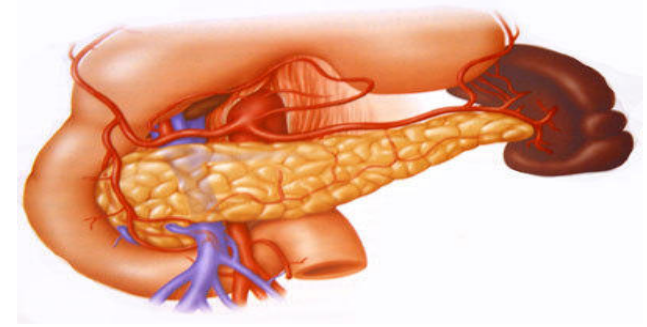
Een van de Parels binnen het Parelstoer Instituut is de **PancreasParel**. Binnen de **PancreasParel** worden medische gegevens en lichaamsmateriaal verzameld van patiënten die een operatie aan hun alvleesklier (pancreas) ondergaan. Dit kan zijn vanwege een ontsteking of tumor van de alvleesklier.

Het doel van deze informatiebrochure is u te informeren over het mogelijk gebruik van uw medische gegevens en lichaamsmateriaal voor wetenschappelijk onderzoek op het gebied van alvleeskliertumoren en chronische alvleesklierontsteking en daarmee samenhangende ziektes. Daarbij gelden strikte privacy regels, degene die het wetenschappelijk onderzoek uitvoert weet niet om welke patiënten het gaat.

In deze brochure vindt u informatie over wat uw eventuele medewerking aan de **PancreasParel** voor u kan betekenen en wie onderzoek mogen doen met het verzamelde lichaamsmateriaal en de medische gegevens. Het gaat in de **PancreasParel** dus niet om één bepaald wetenschappelijk onderzoek, maar om meerdere toekomstige onderzoeken, waarvoor we uw lichaamsmateriaal en medische gegevens nodig hebben.

Het doel van de **PancreasParel** is om wetenschappelijk onderzoek mogelijk te maken naar (erfelijke) factoren die bijdragen aan het ontstaan en beloop van alvleeskliertumoren en chronische alvleesklierontsteking. Een ander doel is om wetenschappelijk onderzoek mogelijk te maken naar stoffen in het bloed, zogenaamde markers, waarmee alvleeskliertumoren (of de terugkeer daarvan na behandeling) in een vroeg stadium opgespoord kunnen worden. Meer informatie over de **PancreasParel** kunt u vinden op de website (www.pancreasparel.nl).

“DE DATA-DRILL”



1. Deelname aan klinische trials
2. Bewaren van weefsel / serum
3. Toestemming voor QOL-studies

Bij voorkeur binnen 5 werkdagen,
maar tenminste binnen 3 weken

Landelijk cohort pancreas en periampullaire tumoren

Ziekenhuisnummer: Studienummer:

Bijlage 2: Toestemmingsformulier

Behorende bij het **PACAP project** - "Een lange termijn onderzoek naar de behandeling en uitkomsten van patiënten met een afwijking van de alveesklief of **periampullaire**"

Ik geef toestemming, dat monitors, auditoren, medewerkers van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, of leden van de medisch-ethische toetsingscommissie inzage kunnen krijgen in mijn medische gegevens en onderzoeksgegevens. Meer informatie staat in de Algemene brochure.

Ik geef toestemming voor het opvragen en beschikbaar stellen van mijn medische gegevens ten behoeve van het PACAP project. Het PACAP project is opgezet door een landelijke groep van alveesklief experts en biedt de infrastructuur voor continue dataregistratie van alle patiënten met een afwijking van de alveesklief of **periampullaire** met als doel de behandeling van deze aandoeningen te verbeteren. Ik geef toestemming voor het opvragen van gegevens bij de burgerlijke stand en bij bestaande Nederlandse registratiesystemen op het gebied van de volksgezondheid, zoals de Nederlandse Kanker Registratie, de pancreas **biobank** (**PancreasRare**) en de Dutch **Pancreatic** Cancer Audit. Ik weet dat niet anonieme gegevens nog 15 jaar na afloop van dit onderzoek bewaard zullen blijven en daarna worden vernietigd.

Ik begrijp de informatie en ik kon aanvullende vragen stellen. Mijn vragen zijn goed beantwoord. Ik had voldoende tijd om te beslissen of ik meedoe.
De onderzoeker of diens vertegenwoordiger heeft mondelinge en schriftelijke toelichting gegeven over de registratie en verklaart zich bereid nog opkomende vragen over de registratie naar vermogen te beantwoorden.

Indien u uw toestemming wilt intrekken, kunt u mailen naar pacap@dnco.nl of bellen met 06-22273773.

Onderstaande gegevens s.v.p. volledig invullen.

Naam patiënt en geslacht:m / v

Patiëntnummer:

Geboortedatum:

Straat en huisnummer:

Postcode en plaats:

Telefoonnummer:

U kunt mij benaderen voor kwaliteit van leven onderzoek (vragenlijsten): ja ☐ nee ☐

Handtekening:

Datum: - -

Z.O.Z. GEGEVENS VAN ONDERZOEKER OF DIENS VERTEGENWOORDIGER INVULLEN

Onderstaande gegevens worden door de onderzoeker of diens vertegenwoordiger ingevuld

Ik verklaar hierbij dat ik deze proefpersoon volledig heb geïnformeerd over de bovengenoemde registratie.

Naam onderzoeker (of diens vertegenwoordiger):

Ziekenhuis:

Handtekening:

Datum: - -

Aanmelden patiënt

Als zorgprofessional uw patiënten aanmelden

U kunt hieronder het formulier invullen, of bellen naar: [06-31 38 35 90](tel:06-31383590)

☒ man ☐ vrouw

Naam patiënt

Geboortedatum

Telefoonnummer

Ziekenhuisnaam

Patiëntennummer

Contactinformatie

Het PACAP-project

Tel: 06-22 27 37 73

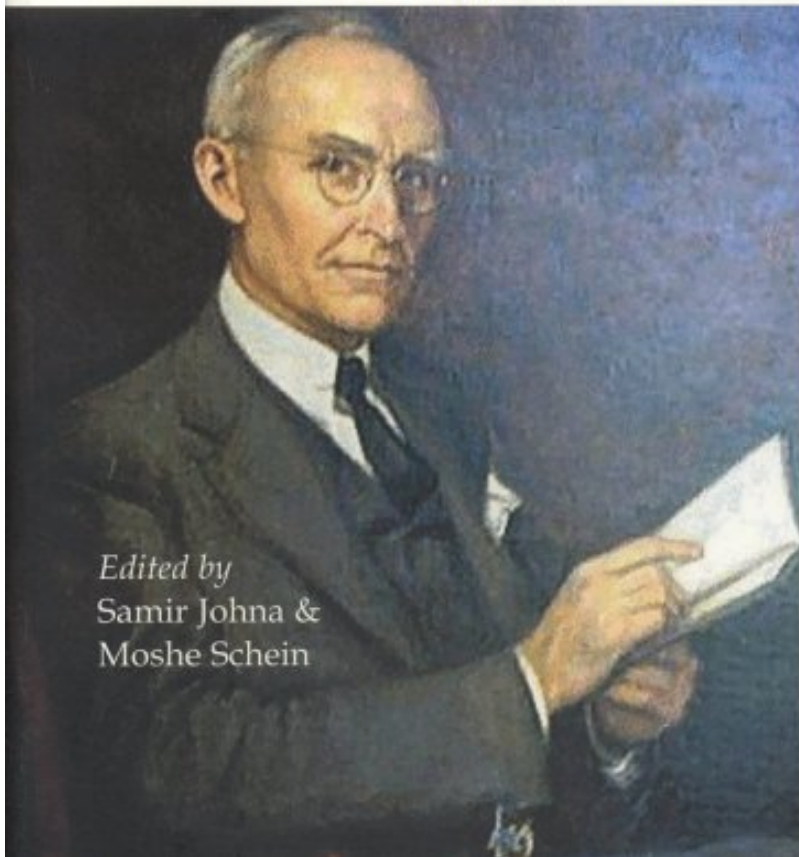
E-mail: pacap@dpcg.nl



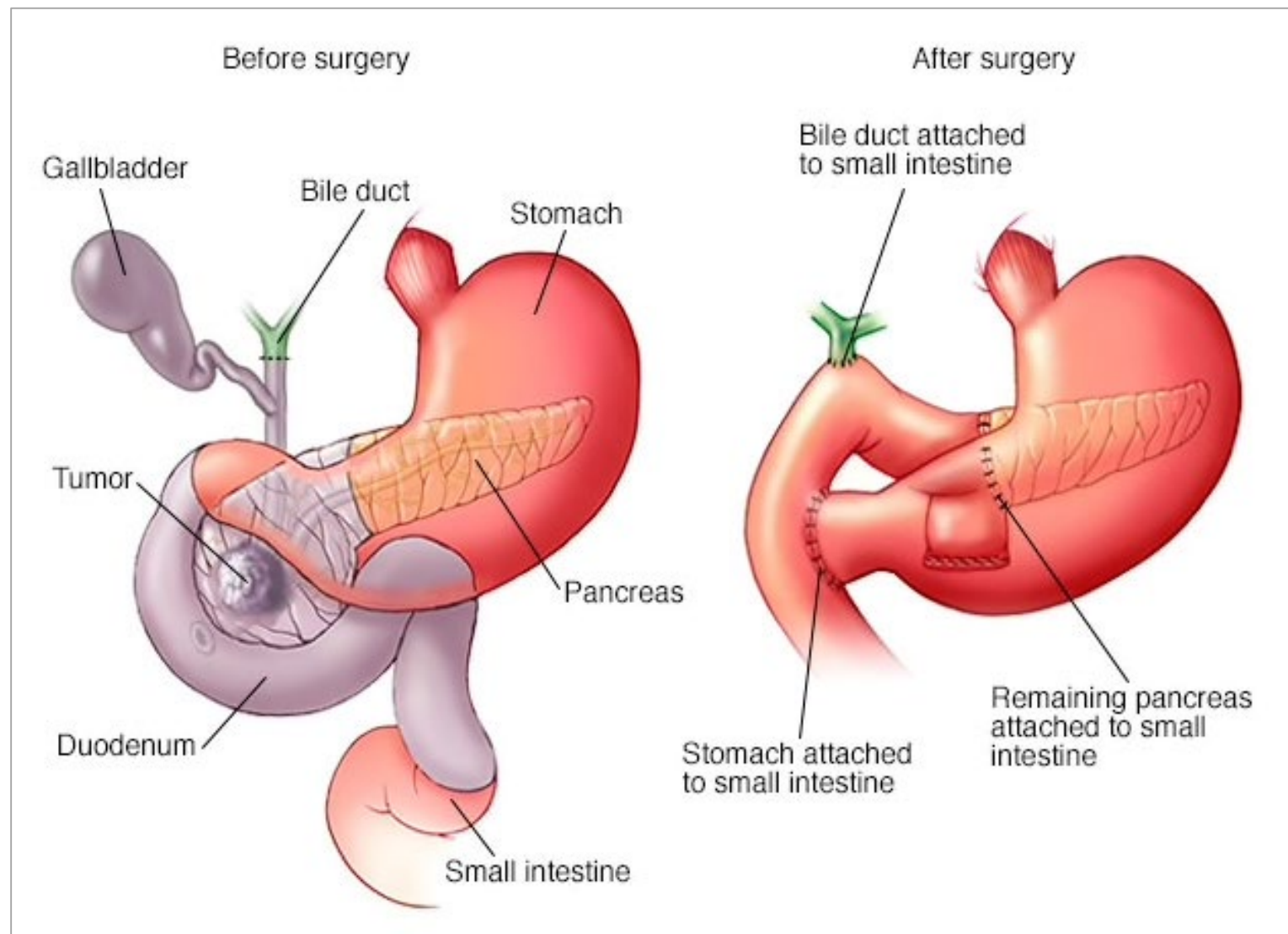


The Memoirs of Allen Oldfather Whipple

The man behind the Whipple operation

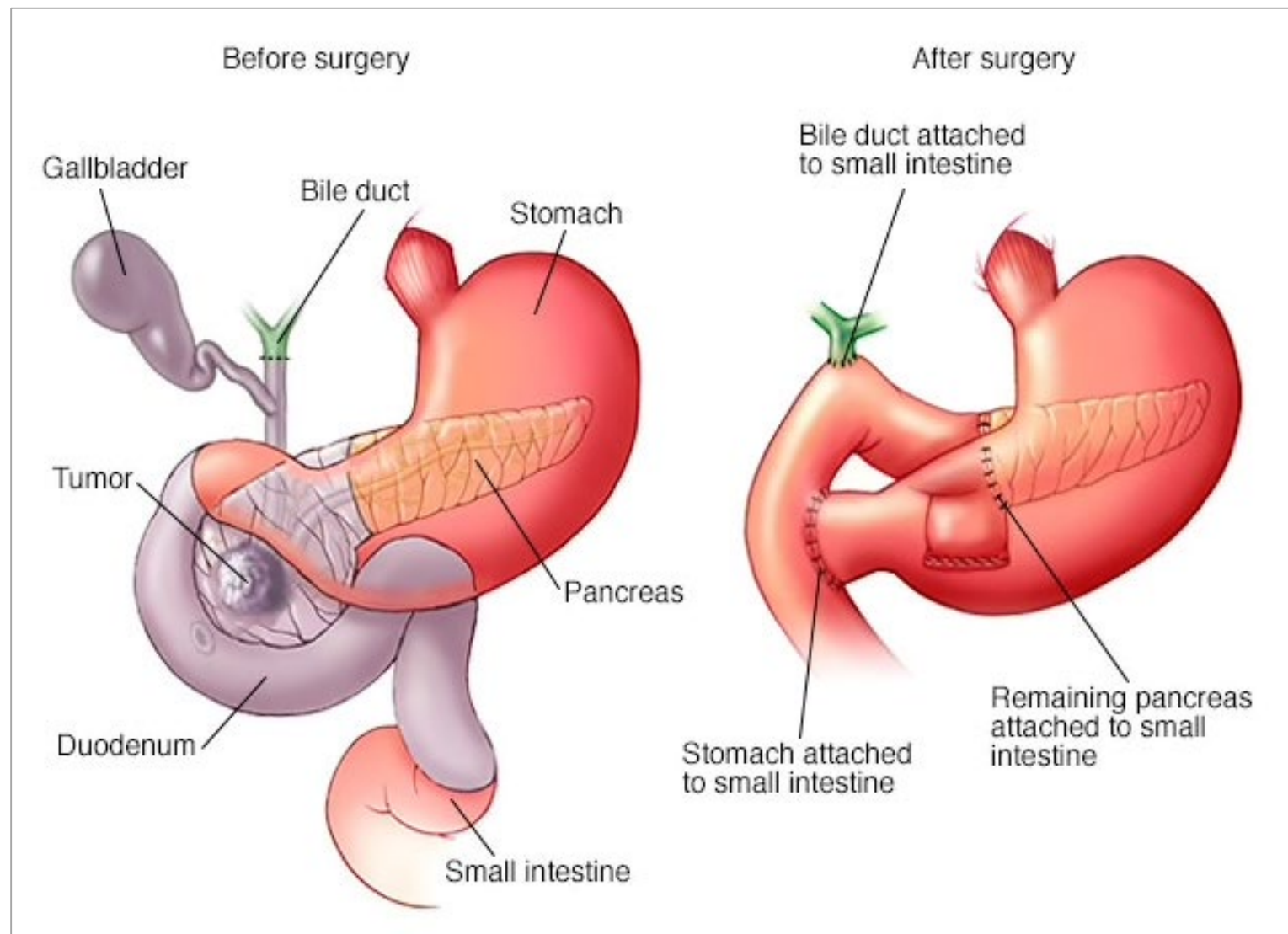
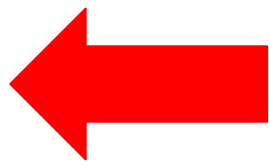


Edited by
Samir Johna &
Moshe Schein



EPD

DATA



Dutch Pancreatic Cancer Audit - 2018

DPCA-2018

Vergedrukte items zijn verplicht

Versie: 2018-04-20 - 1.1.0 (interne code: dpca-2018)



Identificatie

Patiëntidentificatie

Kliniek

Land idcode

- ☐ Nederland ☐ Duitsland
☐ België ☐ Zweden
☐ Anders/Onbekend

Patiëntidentificatienummer

Identificatiegegevens

Initialen

Voorvoegsels

Achternaam

Patiëntgegevens

Postcode (NNNNLL)

Geboortedatum

Geslacht

- ☐ Man ☐ Vrouw
☐ Ongedifferentieerd

Indien patient is overleden, gaarne overlijdensdatum invullen. Indien patient niet is overleden dan onderstaand veld leeg laten.

Datum overlijden

Datum overlijden (Vektis)

Keuze registratie

Lokaal uniek patiëntnummer

Startdatum behandelingsperiode

Reden van registratie

- Patiënt heeft een verdenking op OF
☐ bewezen pancreas/perilampullaire tumor of ☐ Chronische pancreatitis waarvoor
pre-maligne cyste pancreaskop of –staart resectie
☐ Patiënt wél besproken in MDO, géén
exploratie en/of resectie

Vorgeschiedenis

Lengte in cm

- ☐
☐ Onbekend

Gewicht in kg

- ☐
☐ Onbekend

Gewichtsverlies in kg. Indien geen
gewichtsverlies, vul "0" kg in.

- ☐
☐ Onbekend

Periode waarin gewichtsverlies

- ☐
☐ Onbekend

ECOG performance status

- ☐ ECOG 0. 90-100%. Zonder beperking in staat alle normale activiteiten uit te voeren.
☐ ECOG 1. 70-80%. Beperkt in zware lichamelijke activiteit, maar ambulant en tot lichte arbeid in staat.
☐ ECOG 2. 50-60%. In staat voor zichzelf te zorgen, maar niet in staat tot enig werk. Meer dan 50% van de dag op de been.
☐ ECOG 3. 30-40%. Slechts tot beperkte zelfverzorging in staat, meer dan 50% van de dag in bed of op stoel.
☐ ECOG 4. 10-20%. Volledig hulpbehoevend, gehele dag in stoel of bed.
☐ Onbekend

Datum verwijzing

- ☐
☐ onbekend

Comorbiditeit

Is er sprake van comorbiditeit?

- ☐ Nee ☐ Ja

Geef hieronder aan welk categorie comorbiditeit van toepassing is. Klik vervolgens links op de opengeklapte sub-sectie(s) om de specifieke comorbiditeiten te registreren.

Cardiaal

- ☐ Nee ☐ Ja

Vasculair

- ☐ Nee ☐ Ja

Diabetes

- ☐ Nee ☐ Ja

Pulmonaal

- ☐ Nee ☐ Ja

Neurologisch/Psychiatrisch

- ☐ Nee ☐ Ja

Maag-darm

- ☐ Nee ☐ Ja

Urogenitaal

- ☐ Nee ☐ Ja

Trombotisch

- ☐ Nee ☐ Ja

Spier en gewrichten

- ☐ Nee ☐ Ja

Endocriene aandoeningen

- ☐ Nee ☐ Ja

Infectie ziekten

- ☐ Nee ☐ Ja

Maligniteit (excl. BCC van de huid)

- ☐ Nee ☐ Ja

Overige comorbiditeit

- ☐ Nee ☐ Ja

Cardiaal

Cardiaal

Angina Pectoris

- ☐ Nee ☐ Ja ☐ Onbekend

Myocard infarct

- ☐ Nee ☐ Ja ☐ Onbekend

PTCA

- ☐ Nee ☐ Ja ☐ Onbekend

CABG

- ☐ Nee ☐ Ja ☐ Onbekend

Kleplijden

- ☐ Nee ☐ Ja ☐ Onbekend

Klepvervang

- ☐ Nee ☐ Ja ☐ Onbekend

Atriumfibrilleren / -flutter

- ☐ Nee ☐ Ja ☐ Onbekend

Hartritmestoorissen (excl. atriumfibr)

- ☐ Nee ☐ Ja ☐ Onbekend

Decompensatio cordis

- ☐ Nee ☐ Ja ☐ Onbekend

Cardiomyopathie

- ☐ Nee ☐ Ja ☐ Onbekend

Status na harttransplantatie

- ☐ Nee ☐ Ja ☐ Onbekend

Overige

- ☐ Nee ☐ Ja ☐ Onbekend

Vasculair

Vasculair

Hypertensie

- ☐ Nee ☐ Ja ☐ Onbekend

Perifeer stenoserend vaatlijden

- ☐ Nee ☐ Ja ☐ Onbekend

Carotis stenose

- ☐ Nee ☐ Ja ☐ Onbekend

Aneurysma Aorta (abdominaal / thorax)

- ☐ Nee ☐ Ja ☐ Onbekend

Dutch Pancreatic Cancer Audit - 2018

DPCA-2018



Vergedrukte items zijn verplicht

Versie: 2018-04-20 - 1.1.0 (interne code: dpca-2018)

Identificatie

Patiëntidentificatie

Kliniek

Land idcode

- ☐ Nederland ☐ Duitsland
☐ België ☐ Zweden
☐ Anders/Onbekend

Patiëntidentificatienummer

Identificatiegegevens

Initialen

Voorvoegsels

Achternaam

Patiëntgegevens

Postcode (NNNNLL)

Geboortedatum

Geslacht

- ☐ Man ☐ Vrouw
☐ Ongedifferentieerd

Indien patient is overleden, gaarne overlijdensdatum invullen. Indien patient niet is overleden dan onderstaand veld leeg laten.

Datum overlijden

Datum overlijden (Vektis)

Keuze registratie

Lokaal uniek patiëntnummer

Startdatum behandelingsperiode

Reden van registratie

- Patiënt heeft een verdenking op OF
☐ bewezen pancreas/perilampullaire tumor of ☐ Chronische pancreatitis waarvoor
pre-maligne cyste pancreaskop of –staart resectie
☐ Patiënt wél besproken in MDO, géén
exploratie en/of resectie

Vorgeschiedenis

Lengte in cm

- ☐
☐ Onbekend

Gewicht in kg

- ☐
☐ Onbekend

Gewichtsverlies in kg. Indien geen gewichtsverlies, vul "0" kg in.

- ☐
☐ Onbekend

Periode waarin gewichtsverlies

- ☐
☐ Onbekend

ECOG performance status

- ☐ ECOG 0. 90-100%. Zonder beperking in staat alle normale activiteiten uit te voeren.
☐ ECOG 1. 70-80%. Beperkt in zware lichamelijke activiteit, maar ambulant en tot lichte arbeid in staat.
☐ ECOG 2. 50-60%. In staat voor zichzelf te zorgen, maar niet in staat tot enig werk. Meer dan 50% van de dag op de been.
☐ ECOG 3. 30-40%. Slechts tot beperkte zelfverzorging in staat, meer dan 50% van de dag in bed of op stoel.
☐ ECOG 4. 10-20%. Volledig hulpbehoevend, gehele dag in stoel of bed.
☐ Onbekend

Datum verwijzing

- ☐
☐ onbekend

Comorbiditeit

Is er sprake van comorbiditeit?

- ☐ Nee ☐ Ja

Geef hieronder aan welk categorie comorbiditeit van toepassing is. Klik vervolgens links op de opengeklapte sub-sectie(s) om de specifieke comorbiditeiten te registreren.

Cardiaal

- ☐ Nee ☐ Ja

Vasculair

- ☐ Nee ☐ Ja

Diabetes

- ☐ Nee ☐ Ja

Pulmonaal

- ☐ Nee ☐ Ja

Neurologisch/Psychiatrisch

- ☐ Nee ☐ Ja

Maag-darm

- ☐ Nee ☐ Ja

Urogenitaal

- ☐ Nee ☐ Ja

Trombotisch

- ☐ Nee ☐ Ja

Spier en gewrichten

- ☐ Nee ☐ Ja

Endocriene aandoeningen

- ☐ Nee ☐ Ja

Infectie ziekten

- ☐ Nee ☐ Ja

Maligniteit (excl. BCC van de huid)

- ☐ Nee ☐ Ja

Overige comorbiditeit

- ☐ Nee ☐ Ja

Cardiaal

Cardiaal

Angina Pectoris

- ☐ Nee ☐ Ja ☐ Onbekend

Myocard infarct

- ☐ Nee ☐ Ja ☐ Onbekend

PTCA

- ☐ Nee ☐ Ja ☐ Onbekend

CABG

- ☐ Nee ☐ Ja ☐ Onbekend

Kleplijden

- ☐ Nee ☐ Ja ☐ Onbekend

Klepvervanging

- ☐ Nee ☐ Ja ☐ Onbekend

Atriumfibrilleren / -flutter

- ☐ Nee ☐ Ja ☐ Onbekend

Hartritmestörungen (excl. atriumfibr)

- ☐ Nee ☐ Ja ☐ Onbekend

Decompensatio cordis

- ☐ Nee ☐ Ja ☐ Onbekend

Cardiomyopathie

- ☐ Nee ☐ Ja ☐ Onbekend

Status na harttransplantatie

- ☐ Nee ☐ Ja ☐ Onbekend

Overige

- ☐ Nee ☐ Ja ☐ Onbekend

Vasculair

Vasculair

Hypertensie

- ☐ Nee ☐ Ja ☐ Onbekend

Perifeer stenoserend vaatlijden

- ☐ Nee ☐ Ja ☐ Onbekend

Carotis stenose

- ☐ Nee ☐ Ja ☐ Onbekend

Aneurysma Aorta (abdominaal / thorax)

- ☐ Nee ☐ Ja ☐ Onbekend

Overige	☐ Nee	☐ Ja	☐ Onbekend
<i>Diabetes</i>			
<i>Diabetes</i>			
Niet insuline afhankelijk	☐ Nee	☐ Ja	☐ Onbekend
Insuline afhankelijk	☐ Nee	☐ Ja	☐ Onbekend
Diabetes met orgaanfalen	☐ Nee	☐ Ja	☐ Onbekend
Overige	☐ Nee	☐ Ja	☐ Onbekend
<i>Pulmonaal</i>			
<i>Pulmonaal</i>			
COPD / CARA / emfyseem / chron.bronch.	☐ Nee	☐ Ja	☐ Onbekend
Longfibrose	☐ Nee	☐ Ja	☐ Onbekend
status na Longresectie / transplantatie	☐ Nee	☐ Ja	☐ Onbekend
Overige	☐ Nee	☐ Ja	☐ Onbekend
<i>Neurologisch-Psychiatrisch</i>			
<i>Neurologisch-psychiatrisch</i>			
TIA	☐ Nee	☐ Ja	☐ Onbekend
CVA	☐ Nee	☐ Ja	☐ Onbekend
Spierziekten	☐ Nee	☐ Ja	☐ Onbekend
Hemiplegie / Dwarslaesie	☐ Nee	☐ Ja	☐ Onbekend
Parkinsonisme / Dementie	☐ Nee	☐ Ja	☐ Onbekend
Schizofrenie/ernstige depressie/psychose	☐ Nee	☐ Ja	☐ Onbekend
Overige	☐ Nee	☐ Ja	☐ Onbekend
<i>Maag-Darm-Lever</i>			
<i>Maag-darm-lever</i>			
Ulcus lijdens of reflux oesofagitis	☐ Nee	☐ Ja	☐ Onbekend
Sympt. galsteenlijden	☐ Nee	☐ Ja	☐ Onbekend
Pancreatitis (acuut of chronisch)	☐ Nee	☐ Ja	☐ Onbekend
IBD (Crohn,ColitisUlcerosa etc)	☐ Nee	☐ Ja	☐ Onbekend
Diverticulitis	☐ Nee	☐ Ja	☐ Onbekend
Leverziekte / -falen (Cirrhose/hepatitis)	☐ Nee	☐ Ja	☐ Onbekend
Overige	☐ Nee	☐ Ja	☐ Onbekend
<i>Urogenitaal</i>			
<i>Urogenitaal</i>			
Chron.nierinsufficiëntie (Creat>110)	☐ Nee	☐ Ja	☐ Onbekend
Dialyse afhankelijk nierfalen	☐ Nee	☐ Ja	☐ Onbekend
Status na nieroperatie / transplantatie	☐ Nee	☐ Ja	☐ Onbekend
Zwangerschap op moment van operatie.	☐ Nee	☐ Ja	☐ Onbekend
Overige	☐ Nee	☐ Ja	☐ Onbekend
<i>Trombotisch/Stollingsstoornis</i>			
<i>trombotisch-stollingsstoornis</i>			
DVT / trombosebeen	☐ Nee	☐ Ja	☐ Onbekend
Longembolie	☐ Nee	☐ Ja	☐ Onbekend
Verminderde stolling	☐ Nee	☐ Ja	☐ Onbekend
Overige	☐ Nee	☐ Ja	☐ Onbekend

<i>Spier en gewrichten</i>			
<i>Spier-en-gewrichten</i>			
Sarcoidose / Besnier Boeck	☐ Nee	☐ Ja	☐ Onbekend
Rheumatoïde aandoeningen / SLE / sclerodermie	☐ Nee	☐ Ja	☐ Onbekend
Vasculitis	☐ Nee	☐ Ja	☐ Onbekend
Overige	☐ Nee	☐ Ja	☐ Onbekend
<i>Endocriene aandoeningen</i>			
<i>endocriene-aandoeningen</i>			
Hypo- / hyperthyreoidie	☐ Nee	☐ Ja	☐ Onbekend
Hypo- / hyperparathyreoidie	☐ Nee	☐ Ja	☐ Onbekend
Bijnierziekten (Addison, Cushing, Conn)	☐ Nee	☐ Ja	☐ Onbekend
Overige	☐ Nee	☐ Ja	☐ Onbekend
<i>Infectieziekten</i>			
<i>Infectieziekten</i>			
HIV / AIDS	☐ Nee	☐ Ja	☐ Onbekend
Tuberculose	☐ Nee	☐ Ja	☐ Onbekend
Malaria	☐ Nee	☐ Ja	☐ Onbekend
Overige	☐ Nee	☐ Ja	☐ Onbekend
<i>Maligniteit</i>			
<i>Maligniteit</i>			
Actueel (nog te behandelen)	☐ Nee	☐ Ja	☐ Onbekend
Curatief behandeld < 5j geleden	☐ Nee	☐ Ja	☐ Onbekend
Curatief behandeld > 5j geleden	☐ Nee	☐ Ja	☐ Onbekend
Palliatief behandeld en/of afstandsmetas	☐ Nee	☐ Ja	☐ Onbekend
Anders	☐ Nee	☐ Ja	☐ Onbekend
Laboratoriumwaarden			
Bilirubine - µmol/l	☐		
	☐ Onbekend		
Hemoglobine - mmol/l			
Albumine - g/l			
Welke meetschaal hanteert uw ziekenhuis voor het meten van Chromogranine A?	☐ µmol/l	☐ µg/l	
Chromogranine A - µmol/l	☐		
	☐ Onbekend		
Chromogranine A - µg/L	☐		
	☐ Onbekend		
IgG4 - g/l	☐		
	☐ Onbekend		
CEA - µg/l	☐		
	☐ Onbekend		
CA 19.9 - kU/l	☐		
	☐ Onbekend		
Beeldvorming 1: Algemeen			
Is er een CT, MRI of MRCP verricht?	☐ Nee	☐ Ja	☐ Onbekend

Is er een CT verricht?	☐ Nee	☐ Ja	☐ Onbekend
Gestandaardiseerd CT verslag?	☐ Nee	☐ Ja	☐ Onbekend
Is er een MRI verricht?	☐ Nee	☐ Ja	☐ Onbekend
Is er een MRCP verricht?	☐ Nee	☐ Ja	☐ Onbekend
Datum van de laatste beeldvorming (CT, MRI, MRCP) preoperatief	☐ ☐ onbekend		
Tumor zichtbaar?	☐ Nee ☐ Ja, solide tumor ☐ Ja, cysteus		
Cyste risicofactor?	☐ Nee	☐ Ja	☐ Onbekend
De ductus pancreaticus >5mm verwijd	☐ Nee	☐ Ja	
Aankleurende solide component	☐ Nee	☐ Ja	
Verdikte of aankleurende wand	☐ Nee	☐ Ja	
Niet-aankleurende mural nodule	☐ Nee	☐ Ja	
Abrupte verandering diameter,atrofie	☐ Nee	☐ Ja	
Lokalisatie van de tumor op CT of MRI	☐ Pancreaskop ☐ Pancreasstaart ☐ Duodenum ☐ Periapullair ☐ Onbekend		
Grootste diameter van de tumor in mm.	☐ ☐ Onbekend ☐ Niet te bepalen		
Beeldvorming 2: Resectabiliteit			
Betrokkenheid vaten?	☐ Nee	☐ Ja	☐ Onbekend
V. portae en/of mesenterica superior	☐ Nee	☐ Ja	
Arteria mesenterica superior	☐ Nee	☐ Ja	
Truncus coeliacus	☐ Nee	☐ Ja	
A. hepatica (communis of propria)	☐ Nee	☐ Ja	
Circumferentieel contact met v. portae/VMS	☐ nee: vet tussen tumor en vene ☐ 90-180 graden ☐ > 270 graden ☐ 90-180 graden ☐ 180-270 graden ☐ onbekend		
Stenose vena portae/VMS door tumor	☐ geen vervorming ☐ stenose < 50% ☐ stenose > 50% ☐ onbekend ☐ occlusie of thrombus		
Circumferentieel contact met a. mesenterica superior	☐ nee: vet tussen tumor en arterie ☐ 90-180 graden ☐ > 270 graden ☐ < 90 graden ☐ 180-270 graden ☐ onbekend		
Stenose arteria mesenterica superior (AMS)	☐ geen vervorming ☐ stenose < 50% ☐ stenose > 50% ☐ onbekend ☐ occlusie of thrombus		
Circumferentieel contact met truncus coeliacus	☐ nee: vet tussen tumor en arterie ☐ 90-180 graden ☐ > 270 graden ☐ < 90 graden ☐ 180-270 graden ☐ onbekend		
Stenose truncus coeliacus door tumor	☐ geen vervorming ☐ stenose < 50% ☐ stenose > 50% ☐ onbekend ☐ occlusie of thrombus		
Circumferentieel contact met arteria hepatica (communis of propria)	☐ nee: vet tussen tumor en arterie ☐ 90-180 graden ☐ > 270 graden ☐ < 90 graden ☐ 180-270 graden ☐ onbekend		

Stenose arteria hepatica (communis of propria) door tumor	☐ geen vervorming ☐ stenose > 50% ☐ onbekend	☐ stenose < 50% ☐ occlusie of thrombus	
Betrokkenheid structuren op CT of MRI	☐ Nee	☐ Ja	☐ Onbekend
Peripancreatisch vetweefsel	☐ Nee	☐ Ja	
Maag	☐ Nee	☐ Ja	
Colon transversum	☐ Nee	☐ Ja	
Mesocolon transversum	☐ Nee	☐ Ja	
Dunne darm	☐ Nee	☐ Ja	
Milt	☐ Nee	☐ Ja	
Bijnier	☐ Nee	☐ Ja	
Nier	☐ Nee	☐ Ja	
Lever	☐ Nee	☐ Ja	
Ductus choledochus	☐ Nee	☐ Ja	
Beeldvorming 3: N/M stadium			
Is er lymfadenopathie?	☐ Nee	☐ Ja	☐ Onbekend
Peripancreatisch	☐ Nee	☐ Ja	
Ligamentum hepatoduodenale	☐ Nee	☐ Ja	
Mesenteriaal	☐ Nee	☐ Ja	
Truncus coeliacus (ligamentum hepatogastricum)	☐ Nee	☐ Ja	
Para-aortaal	☐ Nee	☐ Ja	
Zijn er metastasen op afstand op CT of MRI?	☐ Nee	☐ Ja	☐ Onbekend
Levermetastasen	☐ Nee	☐ Ja	
Peritoneale metastasen	☐ Nee	☐ Ja	
Longmetastasen	☐ Nee	☐ Ja	
Overige metastasen	☐ Nee	☐ Ja	
Endoscopie			
Is er een EUS verricht?	☐ Nee	☐ Ja	☐ Onbekend
Tumor zichtbaar?	☐ Nee	☐ Ja	☐ Onbekend
Is er biliaire drainage verricht?	☐ Nee ☐ Ja, middels PTC ☐ Ja, middels ERCP ☐ onbekend		
Datum galwegdrainage	☐ ☐ onbekend		
Type stent galwegdrainage	☐ Plastic	☐ Metaal	☐ Onbekend
Covered of uncovered stent?	☐ Covered	☐ Uncovered	☐ Onbekend
Complicatie galwegdrainage	☐ Nee	☐ Ja	☐ Onbekend
Occlusie stent	☐ Nee	☐ Ja	
Pancreatitis	☐ Nee	☐ Ja	
Cholangitis	☐ Nee	☐ Ja	
Perforatie	☐ Nee	☐ Ja	
Nabloeding	☐ Nee	☐ Ja	
Anders	☐ Nee	☐ Ja	
Complicatie(s) waarvoor re-interventie	☐ Nee	☐ Ja	☐ Onbekend

Aard re-interventie	☐ Endoscopie ☐ Chirurgie	☐ Interventie-radiologie ☐ Onbekend
Pathologie preoperatief		
Is cytologie of histologie verkregen?	☐ Nee ☐ Ja, histologie	☐ Ja, cytologie ☐ Onbekend
Hoe is de cytologie of histologie verkregen?	☐ Duodenoscopie met biopsie van Vater ☐ EUS met punctie primaire tumor ☐ Punctie afstandsmeta pancreas/peri-amp. tumor ☐ Onbekend	☐ ERCP met brush ☐ Percutane punctie primaire tumor ☐ Anders
Cytologische diagnose	☐ Benigne ☐ Maligne ☐ Onbekend	☐ Atypisch of verdacht voor maligniteit ☐ Niet te beoordelen
Histologische diagnose	☐ Adenocarcinoom-niet IPMN of MCN ☐ IPMN-intraductaal papillair mucineus neoplasma ☐ Adenoom - intestinaal type ☐ Sereus cystadenoom ☐ Chronische ontsteking galweg ☐ Niet te beoordelen	☐ Neuroendocrien neoplasma ☐ Mucineus cysteus neoplasma ☐ Solide pseudopapillair neoplasma ☐ Chronische pancreatitis ☐ Anders ☐ Onbekend
Datum AFNAME eerste positieve cytologie of histologie	☐ ☐ onbekend	
Indien IPMN:	☐ Geen maligniteit ☐ Intermediate-grade dysplasie ☐ Invasief carcinoom	☐ Laaggradige dysplasie ☐ Hooggradige dysplasie (in situ)
Indien mucineus cysteus:	☐ Geen maligniteit ☐ Intermediate-grade dysplasie ☐ Invasief carcinoom	☐ Laaggradige dysplasie ☐ Hooggradige dysplasie (in situ)
Multidisciplinair overleg		
MDO vóór de behandeling	☐ Nee ☐ Ja ☐ Onbekend	
Datum bespreking pre-op MDO	☐ ☐ onbekend	
Komt patiënt in aanmerking voor chirurgische exploratie?	☐ Nee ☐ Ja	
Niet in aanmerking voor exploratie: Afstandsmetastasen	☐ Nee ☐ Ja	
Niet in aanmerking voor exploratie: Lokale uitbreiding van de tumor	☐ Nee ☐ Ja	
Niet in aanmerking voor exploratie: Operatie risico verhoogd	☐ Nee ☐ Ja	
Niet in aanmerking voor exploratie: Cysteuze tumor waarvoor follow up	☐ Nee ☐ Ja	
Neo-adjuvante behandeling		
Neo-adjuvante behandeling	☐ Nee ☐ Chemotherapie ☐ Anders	
Type neo-adjuvante chemotherapie	☐ Chemoradiotherapie ☐ Radiotherapie ☐ Onbekend	
Startdatum neo-adjuvante behandeling	☐ Gemcitabine-Nab-Paclitaxel ☐ Overig ☐ Onbekend	
Startdatum neo-adjuvante behandeling	☐ ☐ onbekend	

Heeft patiënt de neo-adjuvante behandeling afgemaakt?	☐ Nee ☐ Ja ☐ Onbekend
Peri-operatieve zorg	
Is de patiënt pre-operatief bijgevoed?	☐ Nee ☐ Ja, met energie verrijkte voeding ☐ Ja, met voedingssonde ☐ Ja, met TPV ☐ Onbekend
Is er pre-operatief een laparoscopie gedaan?	☐ Nee ☐ Ja ☐ Onbekend
Datum diagnostische laparoscopie.	☐ ☐ onbekend
Na laparoscopie nog chir. Exploratie?	☐ Ja ☐ Nee, levermetastasen ☐ Nee, lymfklier afstandsmetastasen ☐ Nee, peritoneale metastasen ☐ Nee, lokale uitbreiding
Chirurgie: Intra-operatief	
Datum operatie	
standaard okverslag?	☐ Nee ☐ Ja ☐ Onbekend
ASA score	☐ I-Normale gezonde patient ☐ II-Milde systemische ziekte ☐ III-Ernstige systemische ziekte ☐ IV-Constant levensbedreigende systemische ziekte ☐ V-Moribund ☐ Onbekend
Resectie aandoening	☐ Nee ☐ Ja
Minimaal invasief begonnen?	☐ Nee ☐ Ja, laparoscopie-met- conversie ☐ Ja, laparoscopie-zonder- conversie ☐ Ja, robot-geassisteerd-met-conversie ☐ Ja, robot-geassisteerd-zonder-conversie ☐ Onbekend
Minimaal-invasief begonnen resectie in:	☐ 2D ☐ 3D gehele operatie
Type resectie	☐ Pylorusparend pancreaticoduodenectomie (PPPD) ☐ Pylorus ring-resectie ☐ pancreatoduodenectomie (PRPD) ☐ Centrale pancreasresectie ☐ Enucleatie pancreastumor ☐ Onbekend ☐ Klassieke Whipple ☐ Pancreascorpus/taart resectie ☐ Totale pancreatectomie ☐ Anders
Diameter ductus pancreaticus in mm, gemeten bij de nek van het pancreas	☐ ☐ Onbekend
Dikste deel pancreas ventraal van de vena porta in mm	☐ ☐ Onbekend
Peroperatief tumor achtergebleven?	☐ Nee ☐ Ja: R2 resectie ☐ Onbekend
Chirurgie: Type ingreep indien geen resectie	
Exploratieve laparotomie zonder bypass	☐ Nee ☐ Ja
Billodigestieve anastomose	☐ Nee ☐ Ja
Gastrojejunostomie	☐ Nee ☐ Ja
Coeliacus blokkade	☐ Nee ☐ Ja
Andere ingreep	☐ Nee ☐ Ja
Onbekende ingreep	☐ Nee ☐ Ja
Chirurgie: Reden geen resectie	
Peritoneale metastasering	☐ Nee ☐ Ja

Lever metastasering	☐ Nee	☐ Ja
Lymfklier metastasering	☐ Nee	☐ Ja
Lokale doorgroei	☐ Nee	☐ Ja
Andere reden geen resectie	☐ Nee	☐ Ja
Onbekende reden	☐ Nee	☐ Ja
Chirurgie: Locatie lokale doorgroei		
Betrokkenheid arteria mesenterica superior	☐ Nee	☐ Ja
Betrokkenheid truncus coeliacus	☐ Nee	☐ Ja
Betrokkenheid a. hepatica comm. of propria	☐ Nee	☐ Ja
Betrokkenheid v. portae of v. mesenterica superior	☐ Nee	☐ Ja
Betrokkenheid vena cava	☐ Nee	☐ Ja
Betrokkenheid maag	☐ Nee	☐ Ja
Betrokkenheid colon transversum	☐ Nee	☐ Ja
Andere lokale doorgroei	☐ Nee	☐ Ja
Onbekend	☐ Nee	☐ Ja
Chirurgie: Aanvullende resecties		
Veneuze resectie v. porta e/o mesent. Superior	☐ Nee	☐ Wedge (geen volledige transectie)
	☐ Segment, end-to-end zonder interponaat	☐ Segment, end-to-end met veneus interponaat
	☐ Segment, end-to-end met kunststof interponaat	
Arteriële resectie	☐ Nee	☐ Ja ☐ Onbekend
Arteria hepatica communis of propria	☐ Nee	☐ Ja
Arteria hepatica dextra – accessoir	☐ Nee	☐ Ja
Arteria hepatica dextra – aberrant	☐ Nee	☐ Ja
Truncus coeliacus	☐ Nee	☐ Ja
Arteria mesenterica superior	☐ Nee	☐ Ja
Anders	☐ Nee	☐ Ja
Aanvullende resecties	☐ Nee	☐ Ja ☐ Onbekend
Milt	☐ Nee	☐ Ja
Mesocolon transversum	☐ Nee	☐ Ja
Colon segment resectie	☐ Nee	☐ Ja
(extended) hemicolectomie rechts	☐ Nee	☐ Ja
(partiele) maagresectie, meer dan voor Whipple	☐ Nee	☐ Ja
Andere aanvullende resecties	☐ Nee	☐ Ja
Chirurgie: Technische details		
Aspect van het pancreas	☐ Normaal / zacht	☐ Hard / fibrotisch
	☐ Onbekend	

Type pancreas anastomose	☐ Pancreaticojejunostomie – duct-to-mucosa	☐ Pancreaticojejunostomie – dunking/invaginatie
	☐ Pancreaticojejunostomie – voortlopend enkelrijig (geen dunking/invaginatie)	☐ Pancreaticogastrostomie – duct-to-mucosa
	☐ Pancreaticogastrostomie – dunking/invaginatie	☐ Pancreaticogastrostomie – voortlopend enkelrijig (geen dunking/invaginatie)
	☐ Anders	☐ Onbekend
Details pancreas anastomose	☐ Doorlopend, enkelrijig	☐ Doorlopend, dubbelrijig
	☐ Losgeknopt, enkelrijig	☐ Losgeknopt, dubbelrijig
	☐ Losgeknopt, dubbelrijig; binnenkant: doorlopend, dubbelrijig	☐ Onbekend
Chirurgie: Behandeling pancreas stomp		
Overhechten stomp	☐ Nee	☐ Ja
Onderbinden ductus pancreaticus	☐ Nee	☐ Ja
Stapler zonder matje	☐ Nee	☐ Ja
Stapler met matje	☐ Nee	☐ Ja
Tachosyl	☐ Nee	☐ Ja
Weefselpatch	☐ Nee	☐ Ja
Anastomose met dunne darm of maag	☐ Nee	☐ Ja
Weefsellijm	☐ Nee	☐ Ja
Chirurgie: Overige maatregelen		
Overige maatregelen	☐ Nee	☐ Ja ☐ Onbekend
Overige Maatregelen		
Intra-abdominale drains	☐ Nee	☐ Ja
Octreotide peri-operatief	☐ Nee	☐ Ja
Voedingsjejunostomie	☐ Nee	☐ Ja
Nasojejunale voedingssonde	☐ Nee	☐ Ja
Stent in pancreas anastomose-inwendig	☐ Nee	☐ Ja
Stent in pancreasanastomose-uitwendig	☐ Nee	☐ Ja
Stent in biliodigestive anastomose	☐ Nee	☐ Ja
Overige verrichtingen	☐ Nee	☐ Ja
Post-operatief		
Complicaties tijdens opname periode of gedurende de eerste 30 dagen na de ingreep?	☐ Nee	☐ Ja ☐ Onbekend
Pancreasfistel (ISGPS 2005 definitie)	☐ Nee of Graad A (geen therapeutische actie of noodzakelijk, ziekenhuisopname niet verlengd) ☐ Graad B: Wel therapeutische actie (maar geen re-OK), ziekenhuisopname verlengd, eventueel ontslag met drains in situ ☐ Graad C: Re-operatie en/of verlengde ziekenhuis opname en/of IC-opname en/of overlijden.	
Pancreasfistel (ISGPS 2016 definitie)	☐ Nee ☐ Biochemical leak: Geen klinische consequenties ☐ Graad B: Persistierende drainage >3 weken, klinisch relevante verandering in beleid voor behandeling POPF, percutane of endoscopische drainage, angiographische procedure ivm bloeding, tekenen van infectie zonder orgaanfalen ☐ Graad C: Criteria graad B aanwezig, EN: reoperatie, orgaanfalen, mortaliteit	

Classificatie Post-Operatieve Pancreas Fistel (POPF) vanaf 2016	
International Study Group of Pancreatic Surgery	
Definitie POPF: amylase-gehalte in elke hoeveelheid drainvocht > 3x normale centrum serumwaarde	
Graad	Definitie
Biochemical leak	• Geen klinische consequentie
Graad B	• Persistierende drainage >3 weken* • Klinisch relevante verandering in beleid voor behandeling POPF# • Percutane of endoscopische drainage* • Angiografische procedure i/vm bleeding* • Tekenen van infectie zonder orgaanfalen*
Graad C	Criteria graad B aanwezig, EN: • Reoperatie* • Orgaanfalen*.* • Mortaliteit*
Referentie: Bassi & ISGPS, Surgery 2016	

* Als gevolg van de POPF. * Postoperatief orgaan faalen: re-intubatie, hemodialyse, e/o inotropica >24 uur i/vm respiratoire, renale, of cardiale insufficiëntie

Suggesteert verlengde ziekenhuis of IC opname, en omvat therapeutische middelen specifiek voor de behandeling van POPF of de consequenties daarvan (somatostatine analogen, TPN/TEN, bloed transfusie of andere medicatie)

Van Rijssen, Bosselink 2016

Vertraagde maagontlediging (ISGPS definitie)	Nee of graad A: Neus-maagsonde tot dag 4-7 of herplaatsing na dag 3 post-ok OF orale intake vanaf dag 7 en voor dag 14. Graad C: Neus-maagsonde vanaf dag 14 of herplaatsing na dag 14 post-ok OF orale intake vanaf dag 21.	Graad B: Neus-maagsonde tot dag 8-14 of herplaatsing na dag 7 post-ok OF orale intake vanaf dag 14, voor dag 21.
Gallekkage (ISGPS definitie)	Nee of graad A: Geen of minimale verandering in klinisch beleid. Graad C: Gallekkage waarvoor relaparotomie.	Graad B: Gallekkage waarbij verandering van beleid noodzakelijk is zoals additionele diagnostiek of interventies maar zonder noodzaak tot relaparotomie OF graad A gallekkage >1 week. Onbekend
Bloeding (ISGPS definitie)	Nee of graad A: <24 uur ontstaan, goede klinische conditie, wel diagnostische maar geen klinische consequenties. Graad C: > 24 uur ontstane ernstige bloeding, levensbedreigend, therapeutische consequenties (localisatie bloeding/ angio en embolisatie/ endoscopie/ relaparotomie/ IC opname)	Graad B: <24 uur ontstaan ernstige bloeding of >24 uur ontsane milde bloeding; goede-intermediaire klinische conditie; therapeutische consequenties (vocht/ transfusie/ endoscopie/ embolisatie/ IC/MC opname/ relaparotomie indien bloeding <24 uur)
chyluslekkage	Nee Graad B: Naso-enterale voeding met dieet restrictie en/of TPV, percutane drainage, behoud chirurgische drains, of medicamenteuze behandeling, ziekenhuisonopname verlengd, eventueel ontslag met drains in situ of heropname	Graad A: Geen therapeutische actie, of alleen orale dieet restrictie Graad C: Andere invasieve behandeling, IC opname, en/of overlijden, ziekenhuisonopname verlengd, eventueel ontslag met drains in situ of heropname

Algemene post-operatieve complicaties

Was er sprake van een pneumonie? ☐ Nee ☐ Ja ☐ Onbekend

Was er sprake van een wondinfectie?	☐ Nee ☐ Ja ☐ Onbekend
Complicatie(s) waarvoor re-interventie	☐ Nee ☐ Ja ☐ Onbekend
Re-operatie	☐ Nee ☐ Ja ☐ Onbekend
Endoscopisch (bv. stentplaatsing)	☐ Nee ☐ Ja ☐ Onbekend
Radiologisch (bv. percutane drainage)	☐ Nee ☐ Ja ☐ Onbekend
Datum reïnterventie	☐ ☐ onbekend
Reïnterventie onder algehele anesthesie?	☐ Nee ☐ Ja ☐ Onbekend
Opname op MC of IC	☐ Nee ☐ Ja ☐ Onbekend
Orgaanfalen	☐ Nee ☐ Single-orgaanfalen ☐ Multi-orgaanfalen ☐ Onbekend
Mogelijk blijvend letsel	☐ Nee ☐ Ja ☐ Onbekend
Bloedtransfusie	☐ Nee ☐ Ja ☐ Onbekend
MDO na de operatie	☐ Nee ☐ Ja ☐ Onbekend
Datum drainverwijdering	☐ ☐ onbekend

Palliatieve behandeling

Palliatieve behandeling?	☐ Nee ☐ Ja ☐ Onbekend
Chemotherapie	☐ Nee ☐ Ja
Radiotherapie	☐ Nee ☐ Ja
Duodenumstent	☐ Nee ☐ Ja
Galwegstent	☐ Nee ☐ Ja
Biliodigestive anastomose	☐ Nee ☐ Ja
Gastrojejunostomie	☐ Nee ☐ Ja
Startdatum palliatieve behandeling	☐ ☐ onbekend

Pathologie

Gestandaardiseerd pathologie verslag?	☐ Nee ☐ Ja ☐ Onbekend
Meest waarschijnlijke origine van de tumor	☐ Pancreas ☐ Distale galweg ☐ Papil van Vater ☐ Duodenum ☐ Overige ☐ Onbekend
Histologische diagnose	☐ Adenocarcinoom-niet IPMN of MCN ☐ Neuroendocrien neoplasma ☐ IPMN-intraductaal papillair mucineus neoplasma ☐ Mucineus cysteus neoplasma ☐ Adenoom - intestinaal type ☐ Solide pseudopapillair neoplasma ☐ Sereus cystadenoom ☐ Chronische pancreatitis ☐ Chronische ontsteking galweg ☐ Anders ☐ Niet te beoordelen ☐ Onbekend
Indien IPMN:	☐ Geen maligniteit ☐ Laaggradige dysplasie ☐ Intermediate-grade dysplasie ☐ Hooggradige dysplasie (in situ) ☐ Invasief carcinoom
Indien mucineus cysteus:	☐ Geen maligniteit ☐ Laaggradige dysplasie ☐ Intermediate-grade dysplasie ☐ Hooggradige dysplasie (in situ) ☐ Invasief carcinoom
Grootste diameter van de tumor	☐ ☐ Onbekend

Radicaliteit	☐ R0-microscopisch radicaal, marge ≥ 1 mm ☐ Onbekend	☐ R1-microscopisch irradicaal, marge < 1 mm of tumor tot in snijvlak
Kleinste marge in mm (radicaliteit)	☐ ☐ Onbekend	
Differentiatiegraad van de tumor	☐ Graad 1: goed gedifferentieerd ☐ Graad 3: slecht gedifferentieerd ☐ Niet van toepassing	☐ Graad 2: matig gedifferentieerd ☐ Graad 4: ongedifferentieerd ☐ Onbekend
Differentiatiegraad van de neuro-endocriene tumor	☐ WHO 1: goed gedifferentieerde endocrien tumor ☐ WHO 3: slecht gedifferentieerd endocrien carcinoom ☐ Onbekend	☐ WHO 2: goed gedifferentieerd endocrien carcinoom ☐ Niet van toepassing
pT-stadium pancreascarcinoom volgens TNM8	☐ T1s Carcinoma in situ (bv Pan-IN-3) ☐ T1b Tumor > 0.5 cm en < 1 cm ☐ T2 Tumor > 2 cm maar < 4 cm ☐ T4 Tumor betrokkenheid van de truncus coeliacus, de arteria mesenterica superior en/of de arteria hepatica communis	☐ T1a Tumor < 0.5 cm ☐ T1c Tumor > 1 cm < 2 cm ☐ T3 Tumor > 4 cm in grootste dimensie ☐ Onbekend
pT-stadium papilcarcinoom	☐ T1s: carcinoma in situ ☐ T2: tumor groeit in de duodenumwand ☐ T4: tumor is uitgebreid naar de peripancreatische weke delen of naar aangrenzende organen/structuren	☐ T1: tumor beperkt tot de papil van Vater of sphincter van Oddi ☐ T3: tumor is uitgebreid naar het pancreas ☐ Onbekend
pT-stadium distaal cholangiocarcinoom	☐ T1s: carcinoma in situ ☐ T2: tumor is door de wand van de galgang gegroeid ☐ T4: betrokkenheid van de truncus coeliacus of de arteria mesenterica superior	☐ T1: tumor beperkt tot de galgang ☐ T3: tumor is uitgebreid naar de galblaas, lever, pancreas, duodenum of andere aangrenzende organen ☐ Onbekend
Aantal gevonden lymfeklieren	☐ ☐ Onbekend	
Aantal gevonden tumor-positieve lymfeklieren	☐ ☐ Onbekend	
Metastasen op afstand	☐ Nee ☐ Ja ☐ Onbekend	
Doet u mee aan de PANODE registratie?	☐ Nee ☐ Ja	
Panode registratie Station 8a (arteria hepatica)		
Klinisch verdacht? (beeldvorming en/of intraoperatief)	☐ Nee ☐ Ja ☐ Onbekend	
Vriescoupe verricht?	☐ Nee ☐ Ja ☐ Onbekend	
Uitslag vriescoupe	☐ Negatief ☐ Onbekend	☐ Tumor positief
PA verkregen?	☐ Nee ☐ Ja ☐ Onbekend	
Uitslag PA	☐ Negatief ☐ Positief ☐ Onbekend	
Station 9a (truncus coeliacus)		
Klinisch verdacht? (beeldvorming en/of intraoperatief)	☐ Nee ☐ Ja ☐ Onbekend	
Vriescoupe verricht?	☐ Nee ☐ Ja ☐ Onbekend	

Uitslag vriescoupe	☐ Negatief ☐ Onbekend	☐ Tumor positief
PA verkregen?	☐ Nee ☐ Ja ☐ Onbekend	
Uitslag PA	☐ Negatief ☐ Positief ☐ Onbekend	
Station 16b 1 (aortocavaal)		
Klinisch verdacht? (beeldvorming en/of intraoperatief)	☐ Nee ☐ Ja ☐ Onbekend	
Vriescoupe verricht?	☐ Nee ☐ Ja ☐ Onbekend	
Uitslag vriescoupe	☐ Negatief ☐ Onbekend	☐ Tumor positief
PA verkregen?	☐ Nee ☐ Ja ☐ Onbekend	
Uitslag PA	☐ Negatief ☐ Positief ☐ Onbekend	
Aantal klieren beoordeeld	☐ ☐ Onbekend	
Aantal klieren positief	☐ ☐ Onbekend	
Adjuvante behandeling		
Adjuvante behandeling	☐ Nee ☐ Chemotherapie ☐ Anders	☐ Chemoradiotherapie ☐ Radiotherapie ☐ Onbekend
Adjuvante therapie geadviseerd en/of gestart	☐ Adjuvante therapie geadviseerd, (nog) niet gestart	☐ Adjuvante therapie daadwerkelijk gestart
Type adjuvante chemotherapie	☐ Gemcitabine ☐ Overig	☐ Gemcitabine en capecitabine ☐ Onbekend
Startdatum adjuvante behandeling	☐ ☐ onbekend	
Overlevingsstatus		
Overleden tijdens ziekenhuisopname?	☐ Nee ☐ Ja ☐ Onbekend	
Was het overlijden het gevolg van een chirurgische complicatie?	☐ Nee ☐ Ja	
Is de patiënt overleden binnen 30 dagen na operatie?	☐ Nee ☐ Ja ☐ Onbekend	
Is de patiënt overleden tijdens ziekenhuisopname of binnen 30 dagen na operatie? Zo ja, ga naar de identificatie gegevens van de patiënt voor het invoeren van de overlijdensdatum.		
Datum ontslag uit het ziekenhuis	☐ ☐ onbekend	
Gestandaardiseerde ontslagbrief	☐ Nee ☐ Ja ☐ Onbekend	
Heropname in het ziekenhuis	☐ Nee ☐ Ja ☐ Onbekend	
Accordering		
Opmerkingen / Overig		
Verrichting record definitief	☐ Nee ☐ Ja	
Alle ingevoerde gegevens zijn automatisch opgeslagen en u kunt dus de browser afsluiten. U kunt nu linksboven bij "patiënt" terug om voor deze patiënt een verrichtingenrecord te wijzigen of een nieuw verrichtingenrecord aan te maken. Als u terugklikt naar "home" kunt u een nieuw patiëntenrecord aanmaken. U kunt ook op een later moment het huidige record wijzigen door dit record te selecteren in het startscherm (Home, en vervolgens de juiste patiënt aanklikken).		

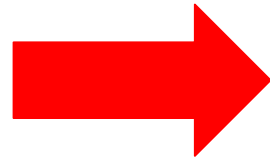
Een zorgverlener en het ziekenhuis ***van vandaag...***

EPD

?

Een zorgverlener en het ziekenhuis van vandaag...

EPD

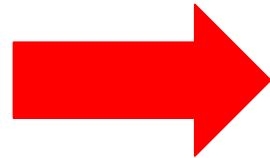


DICA

Dutch Pancreatic Cancer Audit

Een zorgverlener en het ziekenhuis van vandaag...

EPD

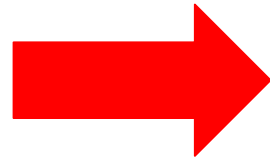


“OVERTYPEN”



Een zorgverlener en het ziekenhuis van vandaag...

EPD



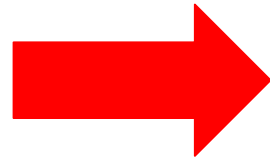
“OVERTYPEN”



Aanstaande vrijdag lancering nieuwe HIX in Catharina!

Een zorgverlener en het ziekenhuis van vandaag...

EPD



“OVERTYPEN”



Aanstaande vrijdag lancering nieuwe HIX in Catharina!

***Een zorgverlener en het ziekenhuis
van vandaag...***

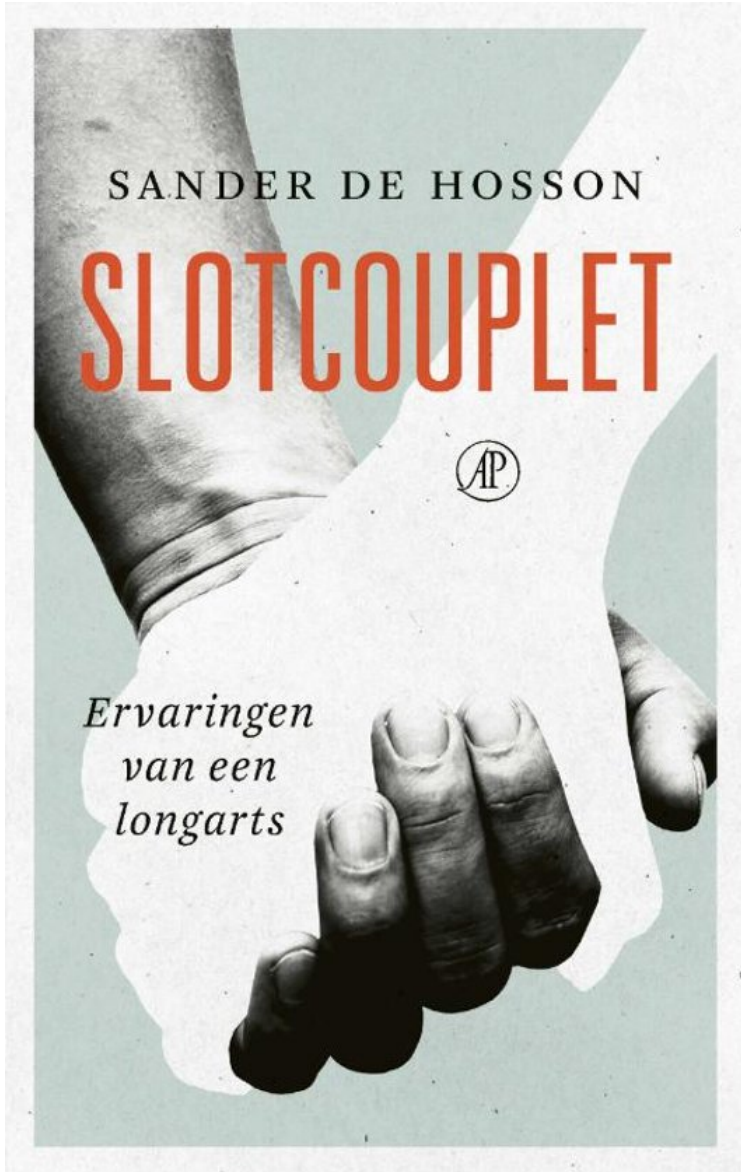
1 patiënt, 1 operatie

***Een zorgverlener en het ziekenhuis
van vandaag...***

1 patiënt, 1 operatie

1 specialist

(patholoog, medisch oncoloog,
radioloog, MDL-arts, etc...)



*“Geneeskunde is
soms genezen,
vaak verlichten,
altijd.....*

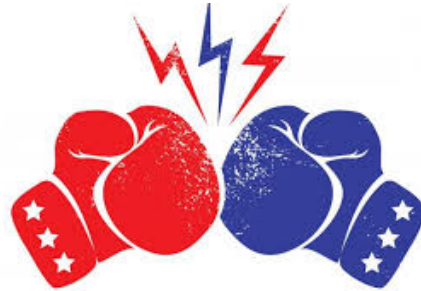


*“Geneeskunde is
soms genezen,
vaak verlichten,
altijd.....
REGISTREREN”*



PREOPANC, PACAP, DPCA / DICA

Een zorgverlener en het ziekenhuis van vandaag...

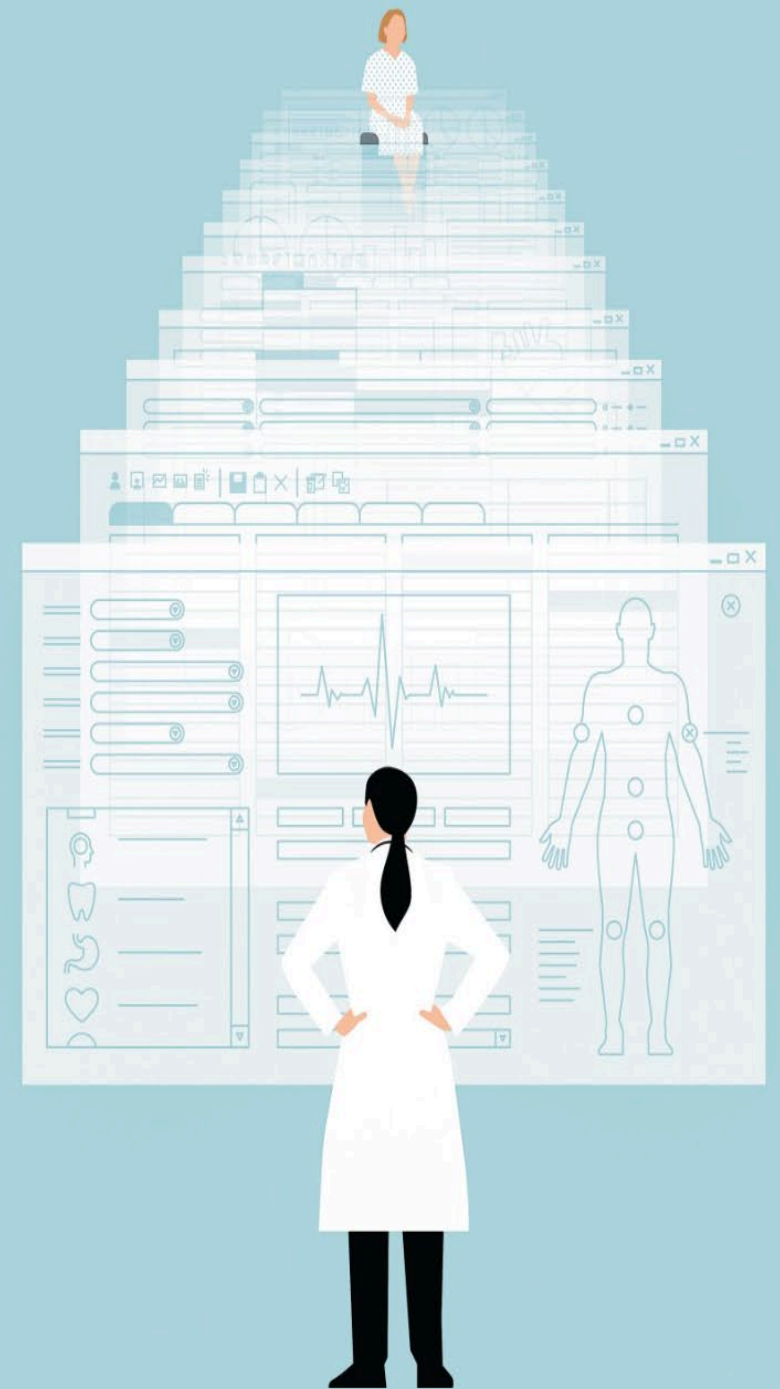


ANNALS OF MEDICINE NOVEMBER 12, 2018 ISSUE

WHY DOCTORS HATE THEIR COMPUTERS

Digitization promises to make medical care easier and more efficient. But are screens coming between doctors and patients?

By Atul Gawande



Een zorgverlener en het ziekenhuis van vandaag...

A red, rectangular stamp with a distressed, ink-like texture. The word "FACT" is written in a bold, sans-serif font, tilted slightly upwards to the right. The stamp is set against a light gray rectangular background.

Een zorgverlener en het ziekenhuis van vandaag...



Een zorgverlener en het ziekenhuis van vandaag...

1 uur patiënten contact = 2 uur “registratie-last”



Een zorgverlener en het ziekenhuis van vandaag...

**1 uur patiënten contact = 2 uur “registratie-last”
(exclusief klinische trials...)**



Een zorgverlener en het ziekenhuis van vandaag...



**Tijdens poli-consult kijkt arts
> 50% van de tijd op scherm**

Een zorgverlener en het ziekenhuis van vandaag...



40% van artsen depressief / “burnout”

Een zorgverlener en het ziekenhuis van vandaag...

**Directe relatie depressie &
registratie-last**



Een zorgverlener en het ziekenhuis van vandaag...

7% medisch specialisten suïcidale gedachten



Een zorgverlener en het ziekenhuis van vandaag...

7% medisch specialisten suïcidale gedachten



Geen audits, nauwelijks RCTs



De zorgverlener en het ziekenhuis van morgen...

Time for a change?

THE FUTURE OF CANCER
MANAGEMENT
'from big data to **smart data**'

De zorgverlener en het ziekenhuis van morgen...

Time for a change?

THE FUTURE OF CANCER
MANAGEMENT
'from big data to **smart data**'



De zorgverlener en het ziekenhuis van morgen...



De zorgverlener en het ziekenhuis van morgen...



+



“EPD-slaaf”



De zorgverlener en het ziekenhuis van morgen...



+



“EPD-slaaf”



Beetje duur.....

De zorgverlener en het ziekenhuis van morgen...



+



“EPD-slaaf”



Beetje duur.....MICT?

De zorgverlener en het ziekenhuis van morgen...



+



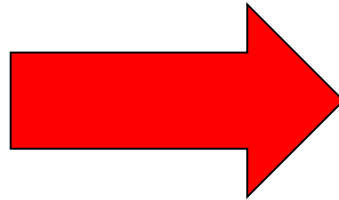
“EPD-slaaf”



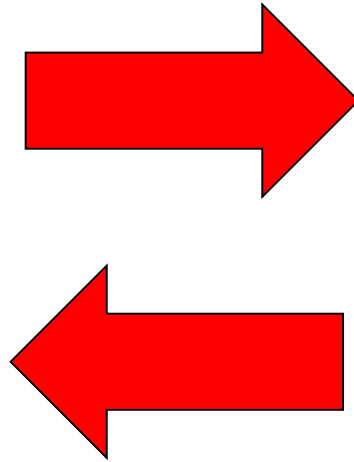
De zorgverlener en het ziekenhuis van morgen...



De zorgverlener en het ziekenhuis van morgen...



De zorgverlener en het ziekenhuis van morgen...



De zorgverlener en het ziekenhuis

voor



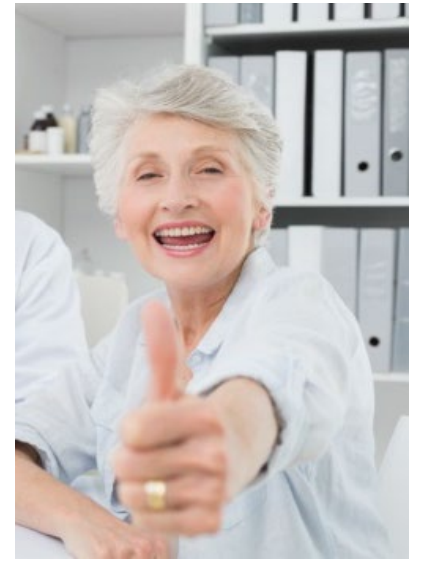
De zorgverlener en het ziekenhuis van vandaag...

“Juiste patiënt bij
de juiste dokter voor
de juiste
behandeling, juiste
uitkomst”

De zorgverlener en het ziekenhuis van vandaag...

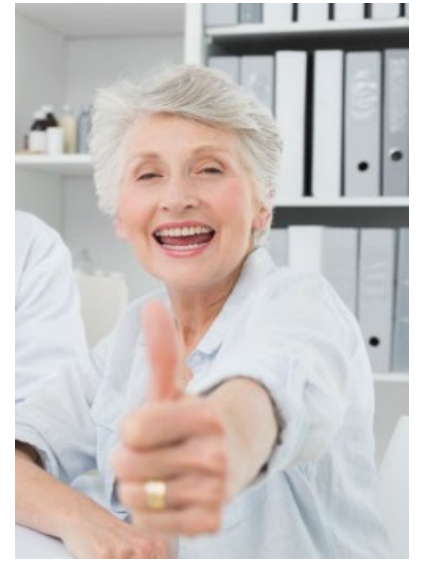


“Juiste patiënt bij
de juiste dokter voor
de juiste
behandeling, juiste
uitkomst”



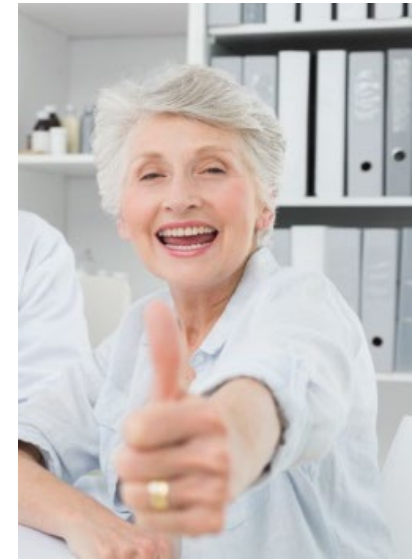
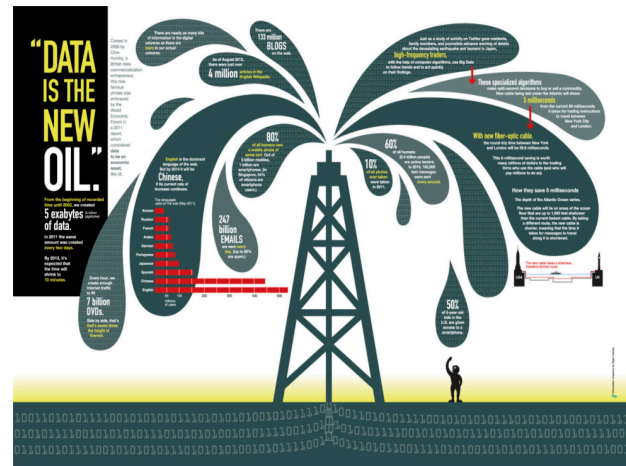
De zorgverlener en het ziekenhuis van vandaag...

“Value based healthcare”



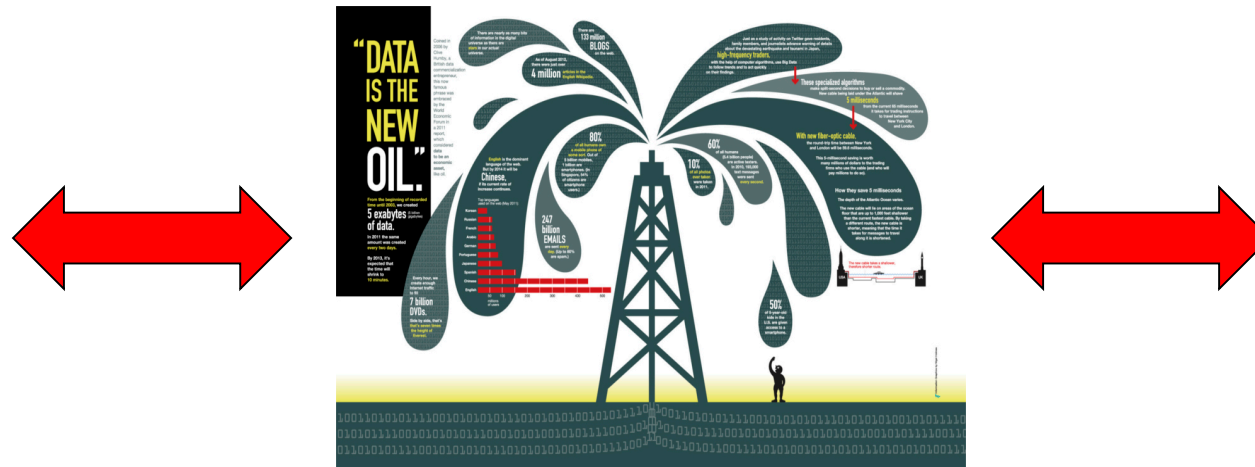
De zorgverlener en het ziekenhuis van vandaag...

“Value based healthcare”



De zorgverlener en het ziekenhuis van vandaag...

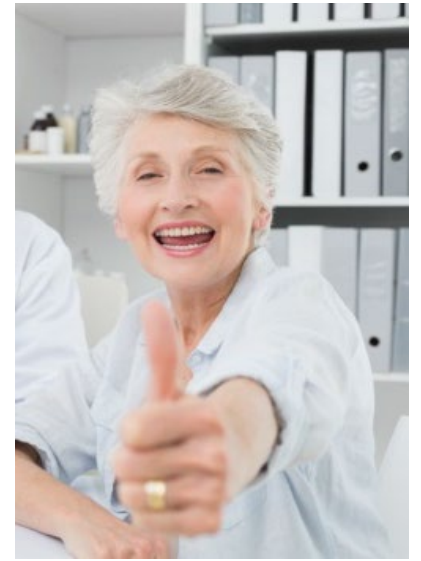
“Value based healthcare”



De zorgverlener en het ziekenhuis van morgen...

VALUE BASED
HEALTHCARE
REGISTRATIE

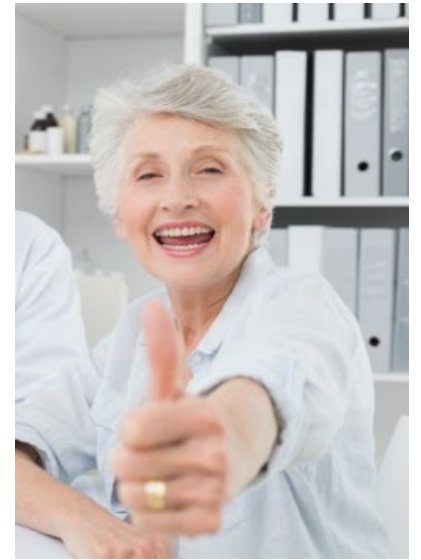
“Value based healthcare”



VALUE BASED
HEALTHCARE
REGISTRATIE

“Value based healthcare”

“Smart Data”



“Value-based healthcare dataregistratie”



“Value-based healthcare dataregistratie”

- **Lean:** relevantie voor patiënt-zorg
- **Kwaliteits-instrument**
- **Onafhankelijk, non-biassed**
- **Transparant:** toegankelijk voor “derden”
- **Registratie-last** omlaag arts en patiënt
- **“Patient journey”**
- **Landelijk dekkend / compleet (1989)**

“Value-based healthcare dataregistratie”



“Value-based healthcare dataregistratie”



“Value-based healthcare dataregistratie”



**Nederlandse
Kanker
Registratie**



Sinds 1989

“Value-based healthcare dataregistratie”



Nederlandse
Kanker
Registratie

**REALITY
CHECK**

“Value-based healthcare dataregistratie”

- ✓ **Lean:** relevantie voor patiënt-zorg
 - **Kwaliteits-instrument**
 - **Onafhankelijk, non-biassed**
 - **Transparant:** toegankelijk voor “derden”
 - **Registratie-last** omlaag arts en patiënt
 - **“Patient journey”**
 - **Landelijk dekkend / compleet**

“Value-based healthcare dataregistratie”

- ✓ **Lean:** relevantie voor patiënt-zorg
- ➔ **Kwaliteits-instrument**
 - **Onafhankelijk**, non-biassed
 - **Transparant:** toegankelijk voor “derden”
 - **Registratie-last** omlaag arts en patiënt
 - **“Patient journey”**
 - **Landelijk dekkend / compleet**

“Value-based healthcare dataregistratie”

- ✓ **Lean:** relevantie voor patiënt-zorg
- **Kwaliteits-instrument**
- ✓ **Onafhankelijk, non-biassed**
 - **Transparant:** toegankelijk voor “derden”
 - **Registratie-last** omlaag arts en patiënt
 - **“Patient journey”**
 - **Landelijk dekkend / compleet**

“Value-based healthcare dataregistratie”

- ✓ **Lean:** relevantie voor patiënt-zorg
- **Kwaliteits-instrument**
- ✓ **Onafhankelijk, non-biassed**
- **Transparant:** toegankelijk voor “derden”
 - **Registratie-last** omlaag arts en patiënt
 - **“Patient journey”**
 - **Landelijk dekkend / compleet**

“Value-based healthcare dataregistratie”

- ✓ **Lean:** relevantie voor patiënt-zorg
- **Kwaliteits-instrument**
- ✓ **Onafhankelijk, non-biassed**
- **Transparant:** toegankelijk voor “derden”
- ✓ **Registratie-last omlaag arts en patiënt**
 - **“Patient journey”**
 - **Landelijk dekkend / compleet**

“Value-based healthcare dataregistratie”

- ✓ **Lean:** relevantie voor patiënt-zorg
- ➔ **Kwaliteits-instrument**
- ✓ **Onafhankelijk, non-biassed**
- ➔ **Transparant:** toegankelijk voor “derden”
- ✓ **Registratie-last** omlaag arts en patiënt
- ✓ **“Patient journey”**
 - **Landelijk dekkend / compleet**

“Value-based healthcare dataregistratie”

- ✓ **Lean:** relevantie voor patiënt-zorg
- **Kwaliteits-instrument**
- ✓ **Onafhankelijk, non-biassed**
- **Transparant:** toegankelijk voor “derden”
- ✓ **Registratie-last** omlaag arts en patiënt
- ✓ **“Patient journey”**
- ✓ **Landelijk dekkend / compleet**



Available online at www.sciencedirect.com

SCIENCE @ DIRECT®

EJSO 32 (2006) 548–552

EJSO
The Journal of Cancer Surgery
www.ejso.com

Outcome of surgical treatment of pancreatic, peri-ampullary and ampullary cancer diagnosed in the south of The Netherlands: A cancer registry based study

F.J. van Oost^{a,b}, E.J.T. Luiten^b, L.V. van de Poll-Franse^a, J.W.W. Coebergh^{a,c},
A.J.M. van den Eijnden-van Raaij^a

^aComprehensive Cancer Centre South (IKZ), P.O. Box 231, 5600 AE Eindhoven, The Netherlands

^bDepartment of Surgery, St Anna Hospital, Geldrop, The Netherlands

^cDepartment of Public Health, Erasmus University Medical Centre, Rotterdam, The Netherlands

Accepted 6 January 2006

Available online 29 March 2006

Pancreatic cancer surgery in elderly patients: Balancing between short-term harm and long-term benefit. A population-based study in the Netherlands

Lydia G. M. van der Geest, Marc G. H. Besselink, Yvette R. B. M. van Gestel, Olivier R. C. Busch, Ignace H. J. T. de Hingh, Koert P. de Jong, I. Quintus Molenaar & Valery E. P. P. Lemmens

Original article

Improving outcome for patients with pancreatic cancer through centralization

V. E. P. P. Lemmens^{1,3}, K. Bosscha⁴, G. van der Schelling⁵, S. Brenninkmeijer⁶,
J. W. W. Coebergh^{1,3} and I. H. J. T. de Hingh²

¹Eindhoven Cancer Registry, Comprehensive Cancer Centre South (IKZ), and ²Department of Surgery, Catharina Hospital, Eindhoven, ³Department of Public Health, Erasmus University Medical Centre, Rotterdam, and Departments of Surgery, ⁴Jeroen Bosch Hospital, 's-Hertogenbosch, ⁵Amphia Hospital, Breda, and ⁶TweeSteden Hospital, Tilburg, The Netherlands

Correspondence to: Dr V. E. P. P. Lemmens, IKZ, PO Box 231, 5600 AE Eindhoven, The Netherlands (e-mail: v.lemmens@ikz.nl)

BJS

Original article

Hospital of diagnosis and likelihood of surgical treatment for pancreatic cancer

M. J. A. M. Bakens, Y. R. B. M. van Gestel, M. Bongers, M. G. H. Besselink, C. H. C. Dejong, I. Q. Molenaar, O. R. C. Busch, V. E. P. P. Lemmens, I. H. J. T. de Hingh, ... See all authors

First published: 05 October 2015 | <https://doi.org/10.1002/bjs.9951> | Cited by: 11

Read the full text >



PDF



TOOLS



SHARE

Cancer Medicine

Open Access

ORIGINAL RESEARCH

The use of adjuvant chemotherapy for pancreatic cancer varies widely between hospitals: a nationwide population-based analysis

Maikel J. Bakens^{1,2}, Lydia G. van der Geest², Magreet van Putten², Hanneke W. van Laarhoven³, Geert-Jan Creemers⁴, Marc G. Besselink⁵, Valery E. Lemmens^{2,6} & Ignace H. de Hingh¹ for the Dutch Pancreatic Cancer Group

REALITY CHECK



Available online at www.sciencedirect.com

SCIENCE @ DIRECT®

EJSO 32 (2006) 548–552

EJSO
The Journal of Cancer Surgery
www.ejsoc.com

Outcome of surgical treatment of pancreatic, peri-ampullary and ampullary cancer diagnosed in the south of The Netherlands: A cancer registry based study

F.J. van Oost^{a,b}, E.J.T. Luiten^b, L.V. van de Poll-Franse^a, J.W.W. Coebergh^{a,c},
A.J.M. van den Eijnden-van Raaij^a

^aComprehensive Cancer Centre South (IKZ), P.O. Box 231, 5600 AE Eindhoven, The Netherlands

^bDepartment of Surgery, St Anna Hospital, Geldrop, The Netherlands

^cDepartment of Public Health, Erasmus University Medical Centre, Rotterdam, The Netherlands

Accepted 6 January 2006

Available online 29 March 2006

Pancreatic cancer surgery in elderly patients: Balancing between short-term harm and long-term benefit. A population-based study in the Netherlands

Lydia G. M. van der Geest, Marc G. H. Besselink, Yvette R. B. M. van Gestel, Olivier R. C. Busch, Ignace H. J. T. de Hingh, Koert P. de Jong, I. Quintus Molenaar & Valery E. P. P. Lemmens

Original article

Improving outcome for patients with pancreatic cancer through centralization

V. E. P. P. Lemmens^{1,3}, K. Bosscha⁴, G. van der Schelling⁵, S. Brenninkmeijer⁶,
J. W. W. Coebergh^{1,3} and I. H. J. T. de Hingh²

¹Eindhoven Cancer Registry, Comprehensive Cancer Centre South (IKZ), and ²Department of Surgery, Catharina Hospital, Eindhoven, ³Department of Public Health, Erasmus University Medical Centre, Rotterdam, and Departments of Surgery, ⁴Jeroen Bosch Hospital, 's-Hertogenbosch, ⁵Amphia Hospital, Breda, and ⁶TweeSteden Hospital, Tilburg, The Netherlands

Correspondence to: Dr V. E. P. P. Lemmens, IKZ, PO Box 231, 5600 AE Eindhoven, The Netherlands (e-mail: v.lemmens@ikz.nl)

BJS

Original article

Hospital of diagnosis and likelihood of surgical treatment for pancreatic cancer

M. J. A. M. Bakens, Y. R. B. M. van Gestel, M. Bongers, M. G. H. Besselink, C. H. C. Dejong, I. Q. Molenaar, O. R. C. Busch, V. E. P. P. Lemmens, I. H. J. T. de Hingh, ... See all authors

First published: 05 October 2015 | <https://doi.org/10.1002/bjs.9951> | Cited by: 11

Read the full text >



PDF



TOOLS



SHARE

Cancer Medicine

Open Access

ORIGINAL RESEARCH

The use of adjuvant chemotherapy for pancreatic cancer varies widely between hospitals: a nationwide population-based analysis

Maikel J. Bakens^{1,2}, Lydia G. van der Geest², Magreet van Putten², Hanneke W. van Laarhoven³, Geert-Jan Creemers⁴, Marc G. Besselink⁵, Valery E. Lemmens^{2,6} & Ignace H. de Hingh¹ for the Dutch Pancreatic Cancer Group

REGISTRATIE-LAST?





Available online at www.sciencedirect.com

SCIENCE @ DIRECT®

EJSO 32 (2006) 548–552

EJSO
The Journal of Cancer Surgery
www.ejsoc.com

Outcome of surgical treatment of pancreatic, peri-ampullary and ampullary cancer diagnosed in the south of The Netherlands: A cancer registry based study

F.J. van Oost^{a,b}, E.J.T. Luiten^b, L.V. van de Poll-Franse^a, J.W.W. Coebergh^{a,c},
A.J.M. van den Eijnden-van Raaij^a

^aComprehensive Cancer Centre South (IKZ), P.O. Box 231, 5600 AE Eindhoven, The Netherlands

^bDepartment of Surgery, St Anna Hospital, Geldrop, The Netherlands

^cDepartment of Public Health, Erasmus University Medical Centre, Rotterdam, The Netherlands

Accepted 6 January 2006

Available online 29 March 2006

Pancreatic cancer surgery in elderly patients: Balancing between short-term harm and long-term benefit. A population-based study in the Netherlands

Lydia G. M. van der Geest, Marc G. H. Besselink, Yvette R. B. M. van Gestel, Olivier R. C. Busch, Ignace H. J. T. de Hingh, Koert P. de Jong, I. Quintus Molenaar & Valery E. P. P. Lemmens

Original article

Improving outcome for patients with pancreatic cancer through centralization

V. E. P. P. Lemmens^{1,3}, K. Bosscha⁴, G. van der Schelling⁵, S. Brenninkmeijer⁶,
J. W. W. Coebergh^{1,3} and I. H. J. T. de Hingh²

¹Eindhoven Cancer Registry, Comprehensive Cancer Centre South (IKZ), and ²Department of Surgery, Catharina Hospital, Eindhoven, ³Department of Public Health, Erasmus University Medical Centre, Rotterdam, and Departments of Surgery, ⁴Jeroen Bosch Hospital, 's-Hertogenbosch, ⁵Amphia Hospital, Breda, and ⁶TweeSteden Hospital, Tilburg, The Netherlands

Correspondence to: Dr V. E. P. P. Lemmens, IKZ, PO Box 231, 5600 AE Eindhoven, The Netherlands (e-mail: v.lemmens@ikz.nl)

BJS

Original article

Hospital of diagnosis and likelihood of surgical treatment for pancreatic cancer

M. J. A. M. Bakens, Y. R. B. M. van Gestel, M. Bongers, M. G. H. Besselink, C. H. C. Dejong, I. Q. Molenaar, O. R. C. Busch, V. E. P. P. Lemmens, I. H. J. T. de Hingh, ... See all authors >

First published: 05 October 2015 | <https://doi.org/10.1002/bjs.9951> | Cited by: 11

Read the full text >



PDF



TOOLS



SHARE

Cancer Medicine

Open Access

ORIGINAL RESEARCH

The use of adjuvant chemotherapy for pancreatic cancer varies widely between hospitals: a nationwide population-based analysis

Maikel J. Bakens^{1,2}, Lydia G. van der Geest², Magreet van Putten², Hanneke W. van Laarhoven³, Geert-Jan Creemers⁴, Marc G. Besselink⁵, Valery E. Lemmens^{2,6} & Ignace H. de Hingh¹ for the Dutch Pancreatic Cancer Group

REGISTRATIE-LAST?



0 min!



Available online at www.sciencedirect.com

SCIENCE @ DIRECT®

EJSO 32 (2006) 548–552

EJSO
The Journal of Cancer Surgery
www.ejsoc.com

Outcome of surgical treatment of pancreatic, peri-ampullary and ampullary cancer diagnosed in the south of The Netherlands: A cancer registry based study

F.J. van Oost^{a,b}, E.J.T. Luiten^b, L.V. van de Poll-Franse^a, J.W.W. Coebergh^{a,c},
A.J.M. van den Eijnden-van Raaij^a

^aComprehensive Cancer Centre South (IKZ), P.O. Box 231, 5600 AE Eindhoven, The Netherlands

^bDepartment of Surgery, St Anna Hospital, Geldrop, The Netherlands

^cDepartment of Public Health, Erasmus University Medical Centre, Rotterdam, The Netherlands

Accepted 6 January 2006

Available online 29 March 2006

Pancreatic cancer surgery in elderly patients: Balancing between short-term harm and long-term benefit. A population-based study in the Netherlands

Lydia G. M. van der Geest, Marc G. H. Besselink, Yvette R. B. M. van Gestel, Olivier R. C. Busch, Ignace H. J. T. de Hingh, Koert P. de Jong, I. Quintus Molenaar & Valery E. P. P. Lemmens

Original article

Improving outcome for patients with pancreatic cancer through centralization

V. E. P. P. Lemmens^{1,3}, K. Bosscha⁴, G. van der Schelling⁵, S. Brenninkmeijer⁶,
J. W. W. Coebergh^{1,3} and I. H. J. T. de Hingh²

¹Eindhoven Cancer Registry, Comprehensive Cancer Centre South (IKZ), and ²Department of Surgery, Catharina Hospital, Eindhoven, ³Department of Public Health, Erasmus University Medical Centre, Rotterdam, and Departments of Surgery, ⁴Jeroen Bosch Hospital, 's-Hertogenbosch, ⁵Amphia Hospital, Breda, and ⁶TweeSteden Hospital, Tilburg, The Netherlands

Correspondence to: Dr V. E. P. P. Lemmens, IKZ, PO Box 231, 5600 AE Eindhoven, The Netherlands (e-mail: v.lemmens@ikz.nl)

BJS

Original article

Hospital of diagnosis and likelihood of surgical treatment for pancreatic cancer

M. J. A. M. Bakens, Y. R. B. M. van Gestel, M. Bongers, M. G. H. Besselink, C. H. C. Dejong, I. Q. Molenaar, O. R. C. Busch, V. E. P. P. Lemmens, I. H. J. T. de Hingh, ... See all authors

First published: 05 October 2015 | <https://doi.org/10.1002/bjs.9951> | Cited by: 11

Read the full text >

PDF TOOLS SHARE

Cancer Medicine

Open Access

ORIGINAL RESEARCH

The use of adjuvant chemotherapy for pancreatic cancer varies widely between hospitals: a nationwide population-based analysis

Maikel J. Bakens^{1,2}, Lydia G. van der Geest², Magreet van Putten², Hanneke W. van Laarhoven³, Geert-Jan Creemers⁴, Marc G. Besselink⁵, Valery E. Lemmens^{2,6} & Ignace H. de Hingh¹ for the Dutch Pancreatic Cancer Group



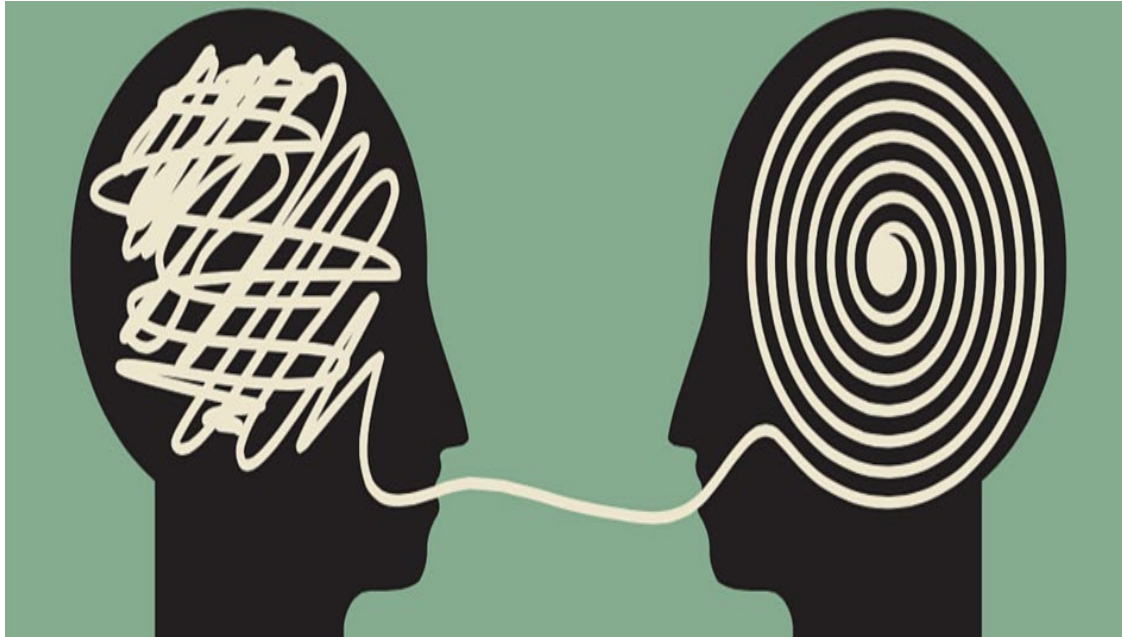
“Value-based healthcare dataregistratie”



**Nederlandse
Kanker
Registratie**

“Value-based healthcare dataregistratie”

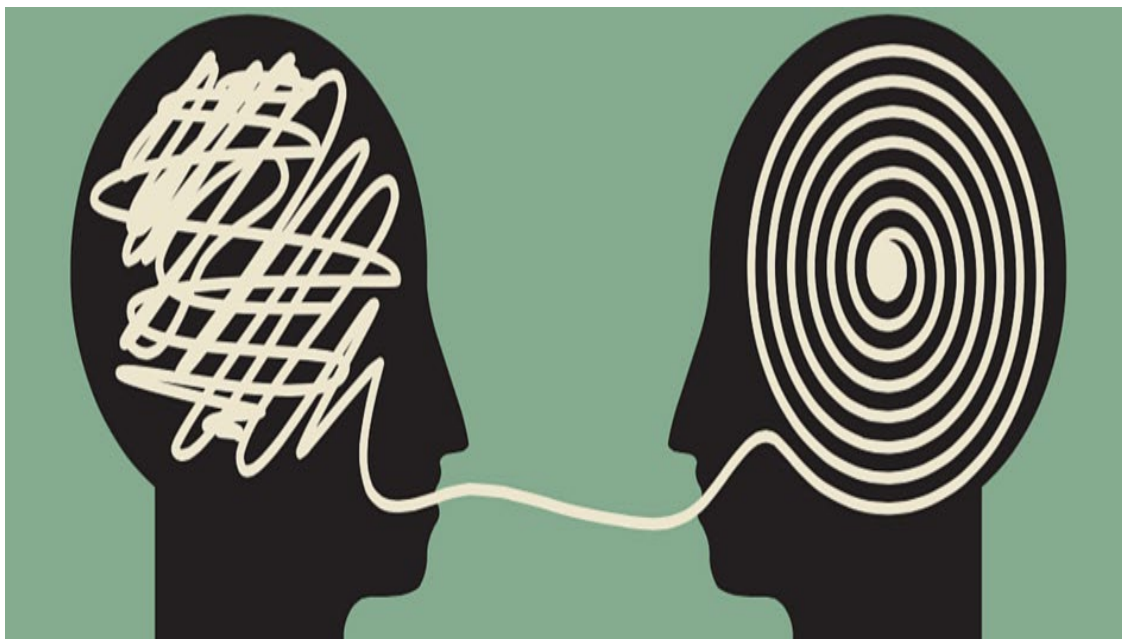
DPCG
DPCA



IKNL
DICA
NKR

“Value-based healthcare dataregistratie”

DPCG
DPCA

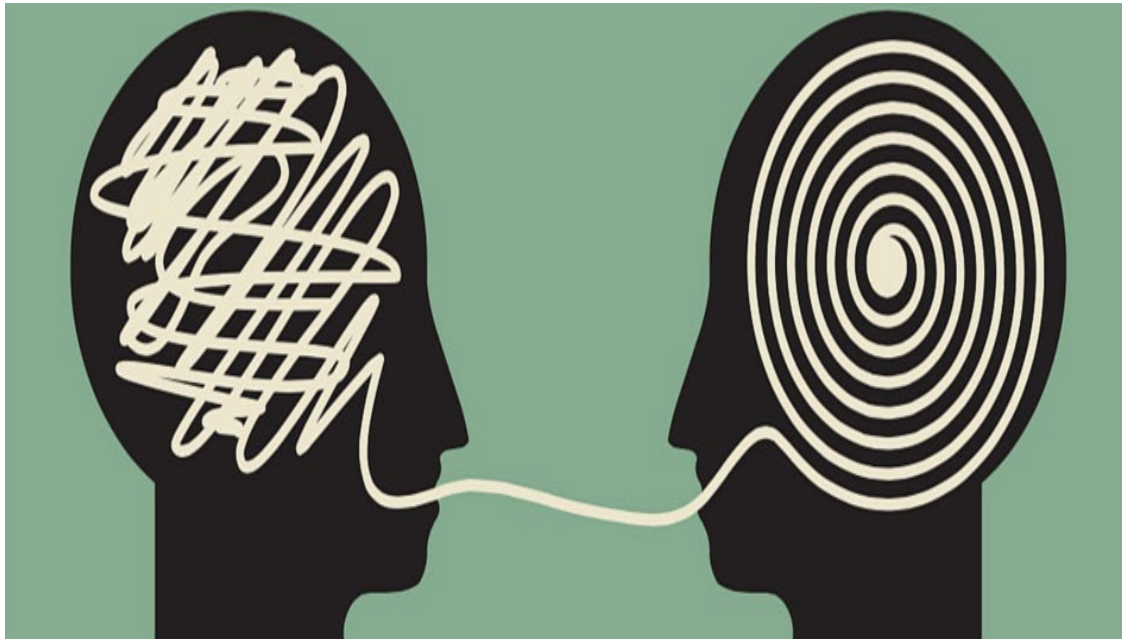


IKNL
DICA
NKR

DPCA, DHD, DPCG, IKNL, NKR, ZiN, 5D, HSMR, PROMS, PREMS, VWS, DICA, STZ, FMS, EPD, DOT, NPF, LWH, PAREL, SONCOS, STZ, PREOPANC, PACAP, RFA, PPPD, PRDP, SFU...

“Value-based healthcare dataregistratie”

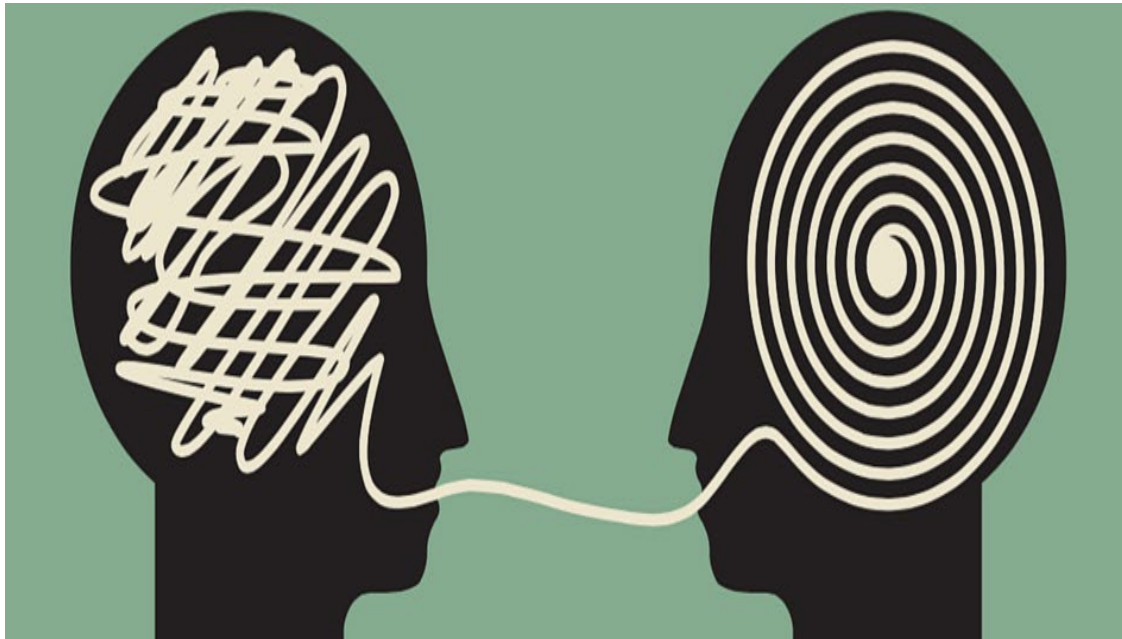
DPCG
DPCA



IKNL
DICA
NKR

DPCA, DHD, DPCG, IKNL, **NKR**, ZiN, 5D, HSMR, PROMS, PREMS, VWS, DICA, STZ, FMS, EPD, DOT, NPF, LWH, PAREL, SONCOS, STZ, PREOPANC, PACAP, RFA, PPPD, PRDP, SFU...

“Value-based healthcare dataregistratie”



Rol en potentie van NKR nog onderbelicht
Innovatie nodig om centrale rol te kunnen vervullen

“Value-based healthcare dataregistratie”

- ✓ **Lean:** relevantie voor patiënt-zorg
- **Kwaliteits-instrument**
- ✓ **Onafhankelijk, non-biassed**
- **Transparant:** toegankelijk voor “derden”
- ✓ **Registratie-last** omlaag arts en patiënt
- ✓ **“Patient journey”**
- ✓ **Landelijk dekkend / compleet**

De zorgverlener en het ziekenhuis van morgen...

Nederlandse Kanker Registratie 2.0

- Sneller na diagnose en behandeling (automatisering, koppeling)

De zorgverlener en het ziekenhuis van morgen...

Nederlandse Kanker Registratie 2.0

- Sneller na diagnose en behandeling (automatisering, koppeling)
- Hoger detail-niveau: SAMEN met DICA ten behoeve AUDITS

De zorgverlener en het ziekenhuis van morgen...

Nederlandse Kanker Registratie 2.0

- Sneller na diagnose en behandeling (automatisering, koppeling)
- Hoger detail-niveau: SAMEN met DICA ten behoeve AUDITS
- Gestandaardiseerde verslaglegging, koppeling data

De zorgverlener en het ziekenhuis van morgen...

Nederlandse Kanker Registratie 2.0

- Sneller na diagnose en behandeling (automatisering, koppeling)
- Hoger detail-niveau: SAMEN met DICA ten behoeve AUDITS
- Gestandaardiseerde verslaglegging, koppeling data
- Verdere en gespecialiseerde opleiding NKR-medewerkers

De zorgverlener en het ziekenhuis van morgen...

Nederlandse Kanker Registratie 2.0

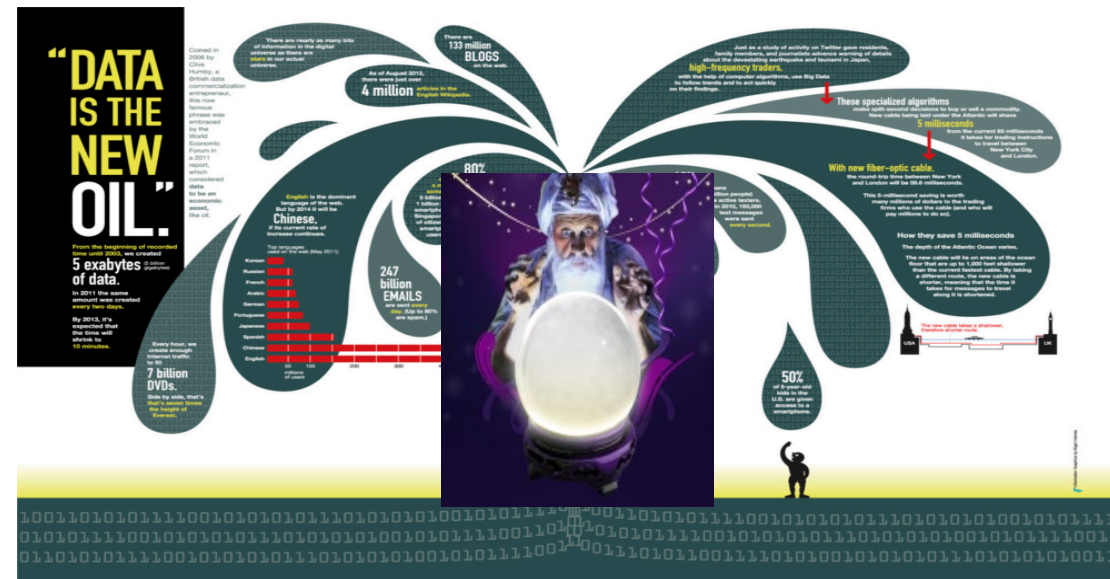
- Sneller na diagnose en behandeling (automatisering, koppeling)
- Hoger detail-niveau: SAMEN met DICA ten behoeve AUDITS
- Gestandaardiseerde verslaglegging, koppeling data
- Verdere en gespecialiseerde opleiding NKR-medewerkers
- Betere ontsluiting voor artsen en patiënten (ICMT)

De zorgverlener en het ziekenhuis van morgen...

Nederlandse Kanker Registratie 2.0

- Sneller na diagnose en behandeling (automatisering, koppeling)
- Hoger detail-niveau: SAMEN met DICA ten behoeve AUDITS
- Gestandaardiseerde verslaglegging, koppeling data
- Verdere en gespecialiseerde opleiding NKR-medewerkers
- Beter ontsluiting voor artsen en patiënten (ICMT)
- “Less is more....”: geen research database

Nederlandse Kanker Registratie 3.0



“Decission support voor patiënten”



Gemiddeld 70 jaar, icterisch
Matige klinische conditie, onzeker,
bang

Anamnese, lichamelijk onderzoek,
aanvullend onderzoek

Differentiaal diagnose: voorstel OK

Uitleg ingreep, complicaties, herstel,
mortaliteit

POST-OPERATIEF

Post-operatief consult na Whipple-operatie

Patiënt (v), 70 jaar, “fit”
pT3N0 pancreascarcinoom
ASA 2
Regio Eindhoven

Post-operatief consult na Whipple-operatie

Patiënt (v), 70 jaar, “fit”
pT3N0 pancreascarcinoom
ASA 2
Regio Eindhoven



ADVIES MDO:

6 maanden adjuvante chemotherapie

(bij een mediane overleving van 11 maanden...)

Post-operatief consult na Whipple-operatie

Patiënt (v), 76 jaar, “fit”
pT3N0 pancreascarcinoom
ASA 2
Regio Eindhoven



“Waarom?”

ADVIES MDO:
6 maanden adjuvante chemotherapie

- “Staat in de richtlijn”

ADVIES MDO:
6 maanden adjuvante chemotherapie

- “Staat in de richtlijn”
- “Significant betere overleving in een RCT”

ADVIES MDO:

6 maanden adjuvante chemotherapie

- “Staat in de richtlijn”
- “Significant betere overleving in een RCT”
- “In een studie onder voornamelijk hoogopgeleide mannen uit zuid-Duitsland - allemaal jonger dan 65 jaar - die de chemotherapie helemaal af konden maken, met een T1-3 / N0-1 tumor en een R0 resectie bleek dat de overleving 8 weken beter was.....”

Post-operatief consult na Whipple-operatie

Patiënt (v), 70 jaar, “fit”
T3N0 pancreascarcinoom
ASA 2
Regio Eindhoven



Post-operatief consult na Whipple-operatie

Patiënt (v), 70 jaar, “fit”
T3N0 pancreascarcinoom
ASA 2
Regio Eindhoven



“Ik ben geen hoogopgeleide
65-jarige Duitse man”



SHARED DECISION MAKING

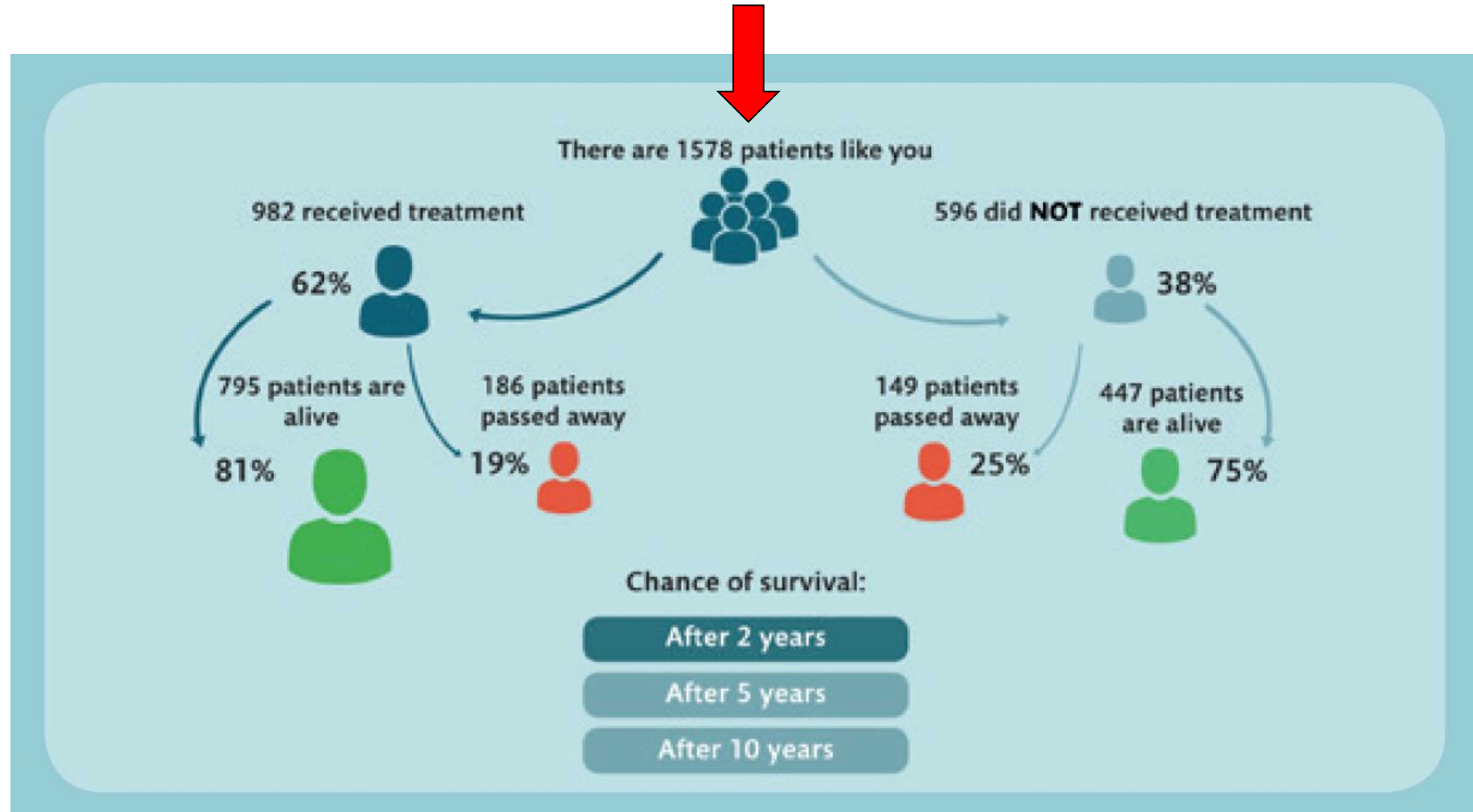
DESIGNING FOR CANCER CARE

SIEMON VAN OPSTAL
MASTER THESIS



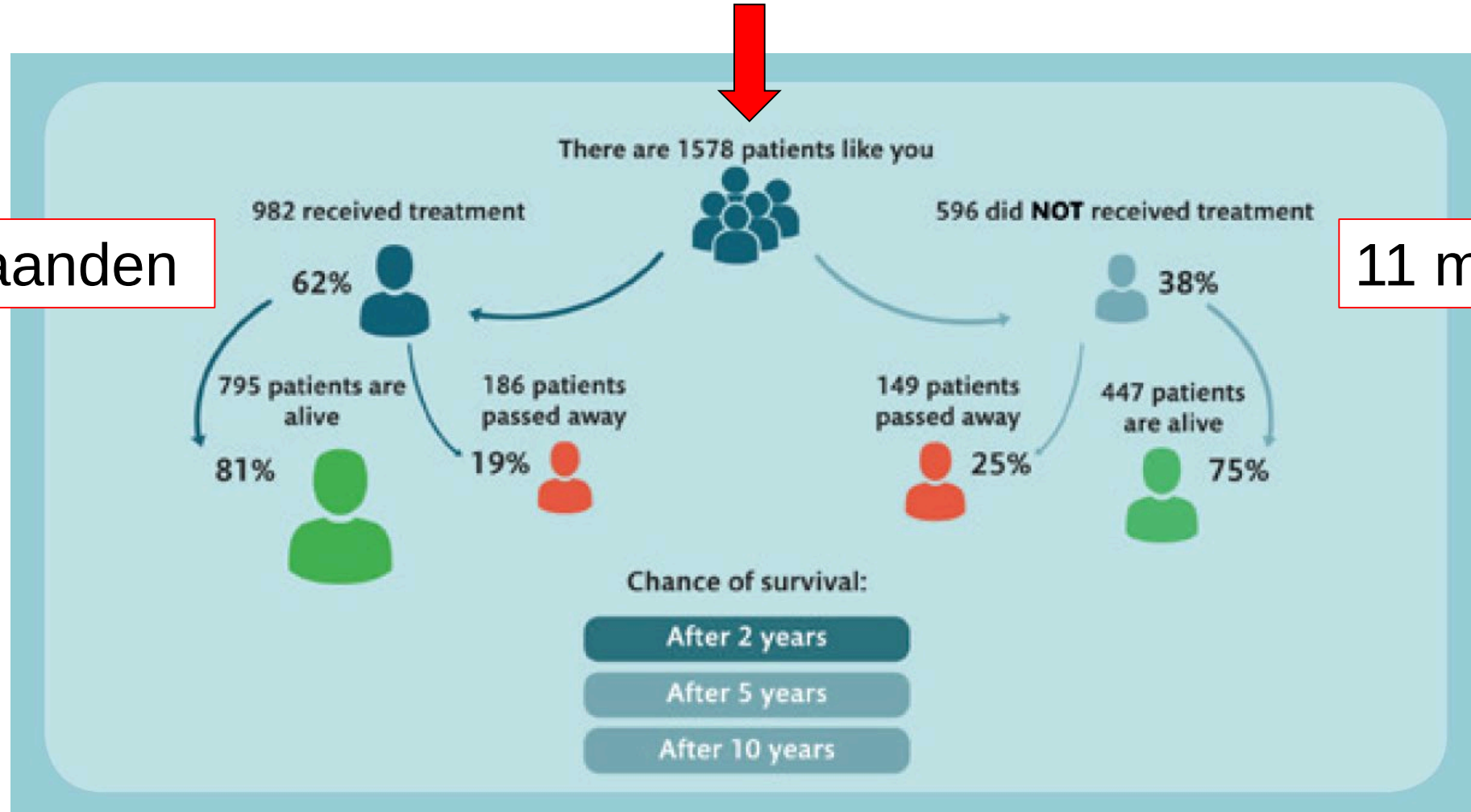
SELECTIE IN NKR: pT3N0, vrouw, 70 jaar, ASA-2, regio Eindhoven

SELECTIE IN NKR: pT3N0, vrouw, 70 jaar, ASA-2, regio Eindhoven



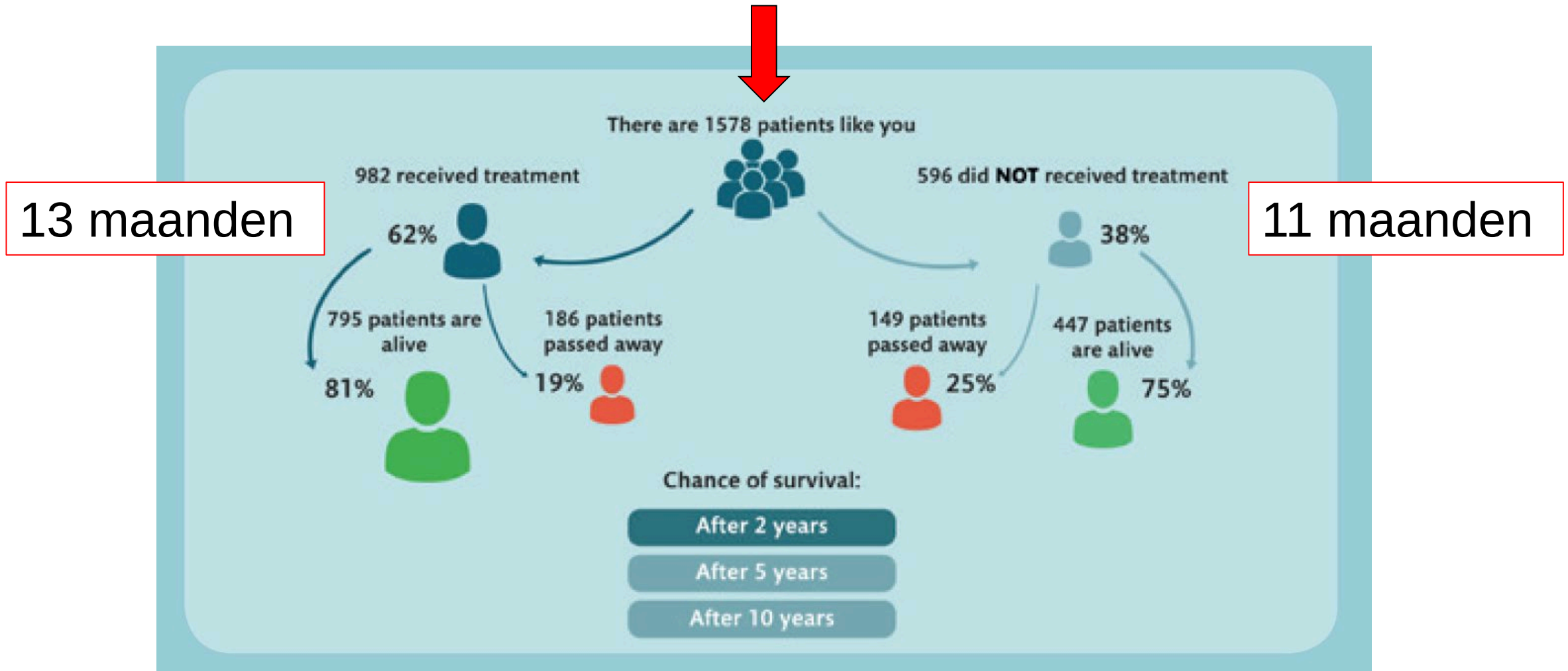
SELECTIE IN NKR: pT3N0, vrouw, 70 jaar, ASA-2, regio Eindhoven

13 maanden



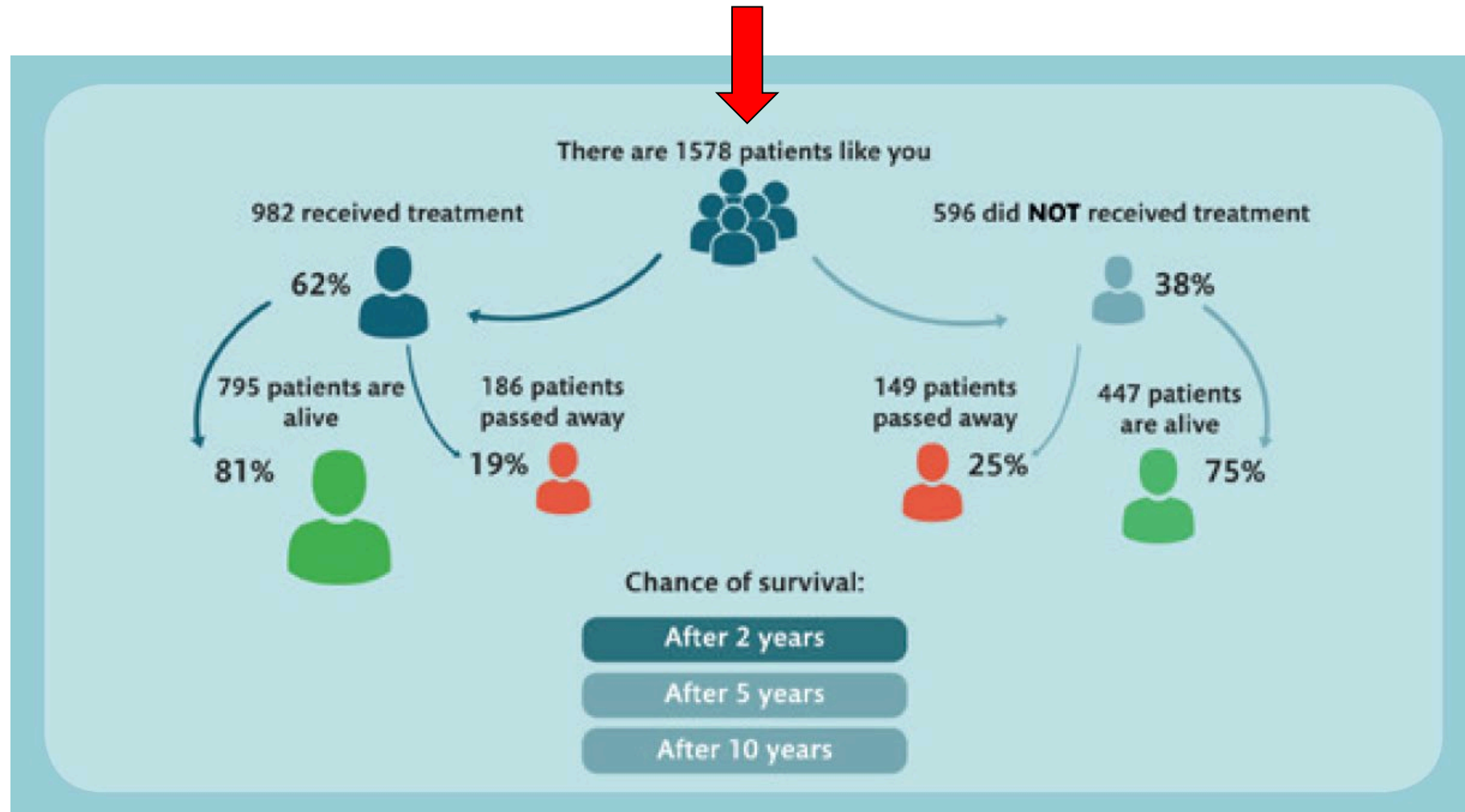
11 maanden

SELECTIE IN NKR: pT3N0, vrouw, 70 jaar, ASA-2, regio Eindhoven



Cave: selectie bias...Maar: real-life data

SELECTIE IN NKR: pT3N0, vrouw, 70 jaar, ASA-2, regio Eindhoven



Toxiciteit, QOL, PROMS



SANDER DE HOSSON

SLOTCOUplet

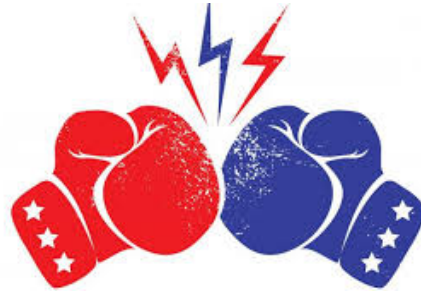


*Ervaringen
van een
longarts*

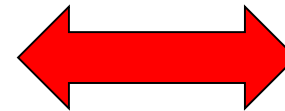
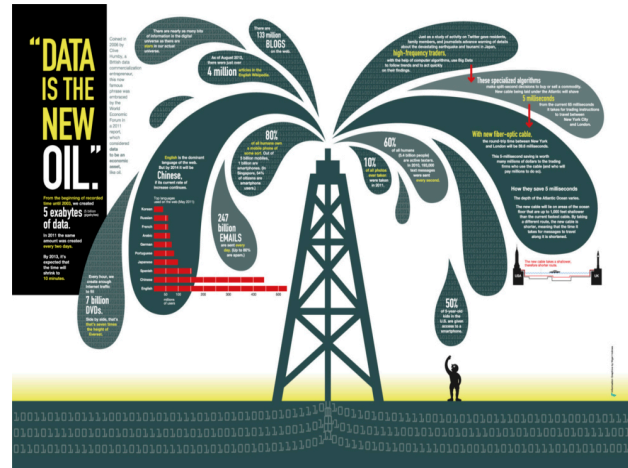
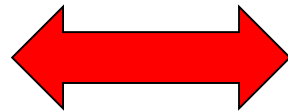


“Kanker begint en eindigt bij mensen.
Door alle wetenschappelijke
abstractie kun je dat basale idee wel
eens uit het oog verliezen. Artsen
behandelen *ziekten* maar ze
behandelen ook *mensen* en daardoor
worden ze in hun professionele
bestaan in twee richtingen tegelijk
getrokken”

De zorgverlener en het ziekenhuis van vandaag...

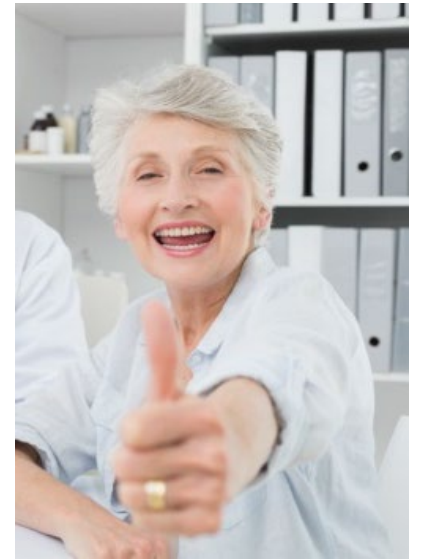
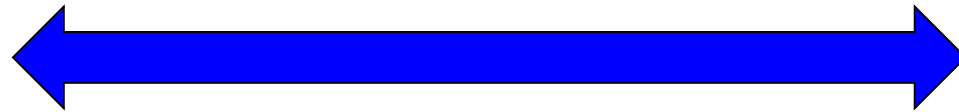


De zorgverlener en het ziekenhuis van vandaag...



De zorgverlener en het ziekenhuis van morgen...

THE FUTURE OF CANCER
MANAGEMENT
'from big data to **smart data**'





DICA



THE FUTURE OF CANCER
MANAGEMENT
'from big data to **smart data**'

