

# Indicatorset Osteoporose

Uitvraag ziekenhuizen/ZBC's over verslagjaar 2024

Versie juni 2023

## **Meer informatie op:**

- OmniQ (portaal van DHD) voor aanlevering kwaliteitsgegevens verslagjaar 2024 (beschikbaar vanaf 1 februari voor leden van de NVZ en NFU): <https://extranet.dhd.nl/producten/OmniQ>
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen: [www.nvz-ziekenhuizen.nl/onderwerpen/transparantiekalender-kwaliteitsinstituut](http://www.nvz-ziekenhuizen.nl/onderwerpen/transparantiekalender-kwaliteitsinstituut)
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra: [www.nfu.nl](http://www.nfu.nl).
- Zelfstandige Klinieken Nederland: [www.zkn.nl](http://www.zkn.nl).
- Zorginstituut Nederland: <http://www.zorginzicht.nl>.

## **Samengesteld door:**

- Federatie Medisch Specialisten (FMS)
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)
- Patiëntenfederatie Nederland (PFN)
- Nederlandse Internisten Vereniging (NIV)
- Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH)
- Nederlandse Vereniging voor Reumatologie (NVR)
- Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG)
- Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV)
- Osteoporose Vereniging
- Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN)
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

## **Aanspreekpunt:**

- Zorginstituut Nederland

**Deze indicatorset is na toetsing opgenomen in het Register van Zorginstituut Nederland. Verplichte en eventuele vrijwillige indicatoren worden aangeleverd via het door de partijen gekozen aanleverportaal (gegevensmakelaar). Dit faciliteert de route (aanlevering en publicatie) voor verplichte transparantie. De verplicht aangeleverde gegevens worden door Zorginstituut Nederland gepubliceerd.**

## Inhoud

1	Overzicht indicatoren	3
2	Algemene informatie	4
2.1	Uitgangspunten	4
2.2	Populatiebepaling	5
2.3	Aanlevering van de gegevens	5
2.4	Indicatorenwerkgroep	5
3	Vast te leggen gegevens	6
4	Indicatoren	8
5	Wijzigingstabel	13
	Bijlage: toelichting op informatie per indicator	14

## 1 Overzicht indicatoren

<b>Indicator-nummer<sup>1</sup></b>	<b>Indicatornaam</b>	<b>Bron<sup>2</sup></b>	<b>Transparantie?<sup>3</sup></b>
1	Nader onderzoek recente fractuur	Dbc-registratie, verrichtingenregistratie	verplicht
2	Fractuurpreventieteam	Handmatige invoer	verplicht

<sup>1</sup> Kies in de gids voor een heldere nummering: 1, 2, 3 en voor subindicatoren 1a, 1b, 1c. Gelaagdheid, gebruik van punten of romeinse cijfers zorgt voor onduidelijkheid. Het indicatornummer is handig voor gebruik in deze gids, maar zorgt bij het raadplegen van gegevens van verschillende jaren vaak voor verwarring, omdat indicatornummers vaak wijzigen, terwijl de indicator zelf gelijk blijft. Om die reden geeft Zorginstituut Nederland een uniek indicator-ID (INID) af voor iedere verplichte indicator.

<sup>2</sup> Vul hier de bron in waarin de gegevens voor de indicator worden vastgelegd (bijvoorbeeld kwaliteitsregistratie X, EPD, ZIS, etc)

<sup>3</sup> Vrijwillige indicatoren worden niet opgenomen op de Transparantiekalender en dus niet aangeleverd aan en gepubliceerd door Zorginstituut Nederland. Vrijwillige indicatoren worden gedeeld met zorgverzekeraars, cliëntorganisaties en zorgaanbieders

## 2 Algemene informatie

### 2.1 Uitgangspunten

- Doel van deze indicatorset is (meerkeuze):
  - ✓ interne sturing (waaronder leren & verbeteren)
  - ✓ verkrijgen van transparantie over verleende zorg (waaronder samen beslissen)
  - ✓ het afleggen van externe verantwoording
  
- Gepubliceerde transparante gegevens uit de openbare database zijn bedoeld voor (meerkeuze):
  - ✓ Cliënten
  - ✓ Zorgaanbieders en zorgverleners
  - ✓ Zorgverzekeraars
  - Wlz-uitvoerders en andere financiers
  - Toezichthouders, waaronder de IGJ en NZa
  - Onderzoekers

De indicatoren zijn gebaseerd op:

- ✓ Professionele standaard, namelijk: Osteoporose en fractuurpreventie, 2022 [Startpagina - Osteoporose en fractuurpreventie - Richtlijn - Richtlijndatabase](#)
- Kwaliteitsstandaard, namelijk: .....
- (Internationale) Indicatorset, namelijk: .....
- Afspraken over gegevensuitwisseling, namelijk: .....

#### Let op:

- De indicatoren moeten helpen bij de keuze voor goede zorg door cliënten (en/of hun naasten), eventueel samen met zorgverleners. De cliëntinformatie is hier ook op afgestemd.
- Er dient per indicator gespecificeerd te zijn op welk niveau de indicator aangeleverd moet worden (bijvoorbeeld op niveau van een locatie of op concernniveau bij aanwezigheid van meerdere locaties).
- Er dient per indicator inzichtelijk te worden gemaakt voor welke fase in het zorgproces en voor welk type zorginstelling de indicator relevant is.

## **2.2 Populatiebepaling**

Voor alle indicatoren in deze indicatorset bestaat de populatie uit:

## **2.3 Aanlevering van de gegevens**

Via [www.zorginzicht.nl](http://www.zorginzicht.nl) is het processchema te raadplegen voor de aanlevering van de gegevens behorende bij de indicatoren.

## **2.4 Indicatorenwerkgroep**

De werkgroep voor het onderhoud van de indicatorset osteoporose bestond in 2023 uit de volgende personen:

- Dhr. J.P.W. van den Bergh (NIV)
- Dhr W.F. Lems (NVR)
- Dhr. H. Verhaar (NVKG)
- Dhr. S. van Helden (NVvH)
- Dhr. P. van den Berg (V&VN)
- Dhr. H. van den Broek (Osteoporose Vereniging)
- Mw. L. Vunderink (ZN)
- Mw. M. van der Linde-van der Waals (NVZ)
- Mw. M. Franken (ZKN)

Ondersteund door de volgende personen namens Zorginstituut Nederland:

- Mw. I. Groeneveld, technisch voorzitter
- Mw. V. Heijnert, secretaris
- Mw. M.L.M. Hermens, methodoloog

### 3 Vast te leggen gegevens

Om als zorgaanbieder deze indicatorset te kunnen aanleveren, moeten per cliënt de volgende gegevens (variabelen) worden vastgelegd:<sup>4</sup>

Variable	Naam	Vast te leggen waarde		Bron	Benodigd voor indicator
OS0	Patiëntnummer			ZIS	1: Nader onderzoek recente fractuur
OS1	Geboortedatum	dd-mm-jjjj		ZIS	1: Nader onderzoek recente fractuur
OS2	Recente fractuur	DBC codes: Specialisme 0305. <b>Orthopedie</b> Zorgtype 11. Reguliere zorg  Diagnose.3003 Sternum/ribben .3004 Wervelkolom .3005 Wervelkolom met ruggenmergletsel .3006 Clavicula .3007 Scapula .3008 Humerus proximaal en schacht .3009 Humerus distaal/(epi)condyl (len) .3010 Olecranon .3011 Radiuskopje .3012 Onderarm .3013 Pols .3014 Carpus .3015 Metacarpalia .3017 Bekken .3018 Acetabulum .3019 Femur proximaal .3020 Femur	Specialisme 0303. <b>Heelkunde</b> Zorgtype 11. Reguliere zorg  Diagnose .203 wervelkolom .204 wervelkolom met ruggenmerglaesie .205 clavicula .206 scapula .207 humerus proximaal en schacht .208 distale humerus / (epi)condyl(en) .209 olecranon .210 radiuskop .211 onderarm n.n.o. .212 pols .213 carpus	DBC registraties	1: Nader onderzoek recente fractuur

<sup>4</sup> Als alle zorgaanbieders dezelfde (kwaliteits)registratie gebruiken kun je dit hoofdstuk leeg laten. Als er echter verschillen zijn in registratie of verwerker van gegevens is dit overzicht noodzakelijk om kwaliteit van de gegevens te borgen.

		overig .3021 Patella .3022 Fibula .3023 Tibiaplateau .3024 Tibia (met of zonder fibula) n.n.o.(excl. enkel) .3025 Enkel .3026 Calcaneus .3027 Talus .3028 Tarsus .3029 Metatarsalia	.214 metacarpalia .216 ribben, sternum .217 bekken / sacrum .218 femur, proximaal (+ collum) .219 femur overig .220 patella .221 tibiaplateau .222 tibia (± fibula) n.n.o. (excl. enkel) .224 enkel .236 calcaneus .237 tarsus .238 metatarsalia .240 acetabulum .241 talus .249 overige fracturen		
OS3	Datum openen DBC	dd-mm-jjjj		ZIS	1: Nader onderzoek recente fractuur
OS4	Botmineraaldich theid (BMD) meting m.b.v. DXA 1 jaar voor / 6 maanden na de fractuur?	Ja/nee		Ziekenhuis registratie en verrichtingen registrtatie	1: Nader onderzoek recente fractuur

## 4 Indicatoren

<b>Indicatornaam</b>	<i>Nader onderzoek recente fractuur</i>
<b>Indicatornummer</b>	1
<b>Operationalisatie 1A</b>	Percentage patiënten van 50 jaar en ouder met een recente fractuur waarbij een jaar voorafgaand aan de fractuur tot zes maanden daarna een DXA is verricht
<b>Operationalisatie 1B</b>	Percentage patiënten van 50 jaar en ouder met een recente fractuur dat een jaar voorafgaand aan de fractuur tot zes maanden daarna een VFA-meting van de wervelkolom met behulp van DXA kreeg ter vaststelling van wervelfracturen
<b>Informatie voor cliënten</b>	<p>Van iedere 50-plusser met een fractuur blijkt één derde osteoporose te hebben, daardoor een verhoogd fractuurrisico. Dit kan worden opgespoord met een DXA-scan. De meeste wervelfracturen (ongeveer 70%) gaan niet gepaard met klachten, symptomen en uitlokkend trauma zoals bij een niet-wervelfractuur. De meeste wervelfracturen kunnen dus uitsluitend worden vastgesteld met beeldvorming.</p> <p>1a. Hoe hoger het percentage met een DXA hoe beter. 100% is niet haalbaar omdat bijvoorbeeld bij patiënten met een beperkte levensverwachting de toegevoegde waarde niet opweegt tegen de belasting en omdat sommige patiënten al op korte termijn na een fractuur overlijden.</p> <p>1b. Hoe hoger het percentage met een VFA-meting hoe beter.</p>
<b>Relevantie en toepasbaarheid</b>	<p>Van iedere 50-plusser met een fractuur blijkt één derde osteoporose te hebben. Dit kan worden opgespoord met een DXA-scan. Wervelfracturen zijn na de leeftijd van 50 jaar de meest frequente fracturen. De prevalentie loopt op met de leeftijd. Bovendien zijn wervelfracturen frequent aanwezig bij hoog-risicopatiënten, zoals patiënten ouder dan 50 jaar met een recente niet-wervelfractuur, bij patiënten met glucocorticoïd gebruik, patiënten met COPD, reumatoïde artritis, SLE, en patiënten met klinische risicofactoren voor osteoporose en osteopenie.</p> <p>Daarnaast zijn wervelfracturen een onafhankelijke predictor van toekomstige fracturen, dus levert onderzoek naar wervelfracturen met VFA aanvullende en relevante informatie op over het risicoprofiel op fracturen.</p>
<b>Type indicator</b>	proces
<b>Achtergrond van de indicator</b>	Richtlijn Osteoporose en fractuurpreventie (2022), NIV
<b>Doel van het meten en publiceren</b>	De richtlijn adviseert om bij patiënten van 50 jaar en ouder met een doorgemaakte fractuur het fractuurrisico systematisch te onderzoeken zodat deze patiënten optimale aanvullende diagnostiek, leefstijl advies en, indien nodig, valpreventieve adviezen en een medicamenteuze behandeling ter preventie van fracturen krijgen. Het is belangrijk dat gepubliceerd wordt bij welk percentage patiënten een DXA en een VFA wordt uitgevoerd.
<b>Transparantie</b>	verplicht
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Datatype</b>	percentage



<b>Teller<sup>5</sup> 1A</b>	Aantal patiënten van 50 jaar en ouder met een recente fractuur* waarbij een jaar voorafgaand aan de fractuur tot zes maanden daarna een DXA is verricht
<b>Noemer 1A</b>	Aantal patiënten van 50 jaar en ouder met een recente fractuur
<b>Vraag</b>	Bij welk percentage patiënten van 50 jaar en ouder met een recente fractuur* vond een jaar voorafgaand aan de fractuur tot zes maanden daarna een DXA plaats?
<b>Teller<sup>6</sup> 1B</b>	Aantal patiënten van 50 jaar en ouder met een recente fractuur* die een VFA-meting hebben gehad
<b>Noemer 1B</b>	Aantal patiënten van 50 jaar en ouder met een recente fractuur*
<b>Vraag</b>	Bij welk percentage patiënten van 50 jaar en ouder met een recente fractuur* is een jaar voorafgaand aan de fractuur tot zes maanden daarna een VFA-meting van de wervelkolom met behulp van DXA** uitgevoerd ter vaststelling van wervelfracturen?
<b>Antwoordopties</b>	één antwoord mogelijk: %
<b>Definitie</b>	DXA: botmineraaldichtheidsmeting VFA-meting: vertebral fracture assessment, wervelhoogtemeting * De fracturen van aangezicht, schedel, vingers, tenen, cervicale wervelkolom, pathologische fracturen en na ernstig ongeval (zoals multitrauma, val van grote hoogte) behoeven geen aanvullend onderzoek en zijn niet in deze lijst opgenomen. **Optioneel: een röntgenfoto van de wervelkolom Bij indicator 1A is het streven niet om altijd 100% te realiseren. Voor specifieke patiëntengroepen weegt de toegevoegde waarde mogelijk niet op tegen de belasting. Bijvoorbeeld: - patiënten met een levensverwachting korter dan een jaar - patiënten met een complexe multimorbiditeit die na goed overleg (bij voorkeur: patiënt, mantelzorgverzorger en in MDO met geriater) besluiten niet aan aanvullend onderzoek deel te nemen - (hoogbejaarde) patiënten die verblijven in een verpleeghuis Voor indicator 1A en 1B geldt hoe meer VFA-metingen worden uitgevoerd hoe beter.
<b>Aggregatieniveau</b>	locatieniveau
<b>In-/exclusiecriteria populatie</b>	Inclusie: patiënten met een recente fractuur conform de dbc-lijst in de richtlijn*.
<b>Rekenregels en casemixcorrecties</b>	Teller 1A: Bepaal het aantal patiënten van 50 jaar en ouder met een recente fractuur dat een DXA heeft gehad 12 maanden voor of 6 maanden na de fractuur. Formule: # patiënten noemer waarvoor geldt OS4=ja. Noemer 1A: Selecteer alle patiënten van 50 jaar en ouder met een recente fractuur. Formule: # patiënten waarvoor OS2 geldt en waarvoor geldt OS5 ≥50 jaar(uitsluitend te verminderen met de beschreven fracturen als exclusie)  Teller 1B: Aantal patiënten van 50 jaar en ouder met een recente fractuur* die een VFA-meting hebben gehad. Noemer 1B: Selecteer alle patiënten van 50 jaar en ouder met een recente fractuur (uitsluitend te verminderen met de beschreven fracturen als exclusie)
<b>Databron (registratie)</b>	Dbc-registratie, verrichtingenregistratie

<sup>5</sup> Wanneer er meerdere tellers zijn, dan is dit duidelijk in de nummering aangegeven. Bijvoorbeeld 1a, 1b enz.

<sup>6</sup> Wanneer er meerdere tellers zijn, dan is dit duidelijk in de nummering aangegeven. Bijvoorbeeld 1a, 1b enz.

<b>Norm</b>	n.v.t.
<b>Meetperiode</b>	01-07-2023 tot en met 30-06-2024 (Let op afwijkend verslagjaar. Omdat voor de indicator twaalf maanden voor tot zes maanden na de fractuur gekeken moet worden, kan de fractuur hebben plaatsgevonden tussen 1-07-2023 en 30-06-2024. De DXA kan dan hebben plaatsgevonden in de periode 1-7-2022 tot en met 31-12-2024.).
<b>Aanleverfrequentie</b>	één keer per jaar
<b>Eerste aanleverdatum</b>	1 mei 2025

<b>Indicator naam</b>	<i>Fractuurpreventieteam</i>
<b>Indicator nummer</b>	2
<b>Operationalisatie 2a</b>	De aanwezigheid van een fractuurpreventieteam. Een fractuurpreventieteam bestaat conform de richtlijn minimaal uit: <ul style="list-style-type: none"> <li>-een verpleegkundige/verpleegkundig specialist/physician assistant (PA), en;</li> <li>-een beschouwend specialist, en;</li> <li>-een snijdend specialist</li> </ul> die in een team samenwerken rondom het voorkomen van fracturen.
<b>Operationalisatie 2b</b>	Indien er geen fractuurpreventieteam aanwezig is (2a= nee): Welke van de volgende specialismen houden zich dan bezig met fractuurpreventie: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. een verpleegkundige/verpleegkundig specialist/physician assistant (PA)</li> <li>b. Een beschouwend specialist</li> <li>c. Een snijdend specialist</li> </ol>
<b>Operationalisatie 2c</b>	Hoeveel fte verpleegkundige met een aanvullende geaccrediteerde scholing fractuurpreventie en osteoporose is er in uw ziekenhuis inzetbaar?
<b>Informatie voor cliënten</b>	Het biedt voor patiënten meerwaarde (conform de richtlijn 2022) begeleid te worden door een gespecialiseerd fractuurpreventie team, met daarin in elk geval naast een snijdend en een beschouwend medisch specialist, een verpleegkundige/verpleegkundig specialist/physician assistant (PA). Dit team draagt naast de zorg voor het organiseren van het logistieke proces met betrekking tot de diagnostiek, de medicamenteuze aspecten cq. medicatietrouw, de zorg voor leefstijl specifieke onderwerpen en valpreventie. Het bespreken van leefstijl en valrisico is belangrijk, ter preventie van nieuwe fracturen.
<b>Relevantie en toepasbaarheid</b>	In het fractuurpreventieteam kan de VS/PA of de arts de informatie over de behandelindicatie toelichten en de patiënt motiveren voor behandeling met leefstijl, calcium, vitamine D en eventueel medicatie voor fractuurpreventie. In het ziekenhuis moet het fractuurpreventieteam tijdige, volledige en juiste informatie aan de patiënt borgen.
<b>Type indicator</b>	structuur
<b>Achtergrond van de indicator</b>	Richtlijn Osteoporose en fractuurpreventie (2022), NIV
<b>Doel van het meten en publiceren</b>	De coördinatie van het proces van automatiseren van oproepen na recente fractuur moet worden verricht door het fractuurpreventieteam (multidisciplinair, minimaal bestaande uit een snijdend en beschouwend specialist en een coördinerend verpleegkundige/PA/VS). Het fractuurpreventie team is tevens verantwoordelijk voor het starten van een behandeling indien er een behandelindicatie wordt vastgesteld.  Het fractuurpreventieteam is verantwoordelijk voor de informatie over fractuurpreventie, osteoporose en wervelfracturen in de eigen instelling. Deze informatie dient volledig en juist te zijn en informatie te bevatten over de screeningsonderzoeken, de risicofactoren, de valrisico en valpreventie, en de behandeling middels leefstijl, calcium en

	vitamine d en medicatie.
<b>Transparantie</b>	verplicht
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Datatype</b>	tekst
<b>Teller(s)<sup>7</sup></b>	n.v.t
<b>Noemer</b>	n.v.t
<b>Vraag 2a</b>	Is er een fractuurpreventieteam aanwezig, bestaande uit: - een verpleegkundige/verpleegkundig specialist/physician assistant (PA), en; - een beschouwend specialist, en; - een snijdend specialist die in een team samenwerken rondom het voorkomen van fracturen? Ja/nee
<b>Vraag 2b</b>	Indien er geen fractuurpreventieteam aanwezig is (2a= nee): Welke van de volgende specialismen houden zich dan bezig met fractuurpreventie (aanvinken, meerdere antwoorden mogelijk): <input type="checkbox"/> Een verpleegkundige/een verpleegkundig specialist/physician assistant (PA) <input type="checkbox"/> Een beschouwend specialist <input type="checkbox"/> Een snijdend specialist
<b>Vraag 2c</b>	Hoeveel fte verpleegkundige met een aanvullende geaccrediteerde scholing fractuurpreventie en osteoporose is er voor fractuurpreventie inzetbaar? (aanvinken, één antwoord mogelijk) <input type="checkbox"/> <0,5 <input type="checkbox"/> 0,5-<1,0 <input type="checkbox"/> 1,0-2,0 <input type="checkbox"/> >2
<b>Antwoordopties</b>	één antwoord mogelijk
<b>Definitie</b>	Volgens de richtlijn bestaat een fractuurpreventieteam ten minste uit een: - Een verpleegkundige, verpleegkundig specialist of physician assistant - Een beschouwend specialist - Een snijdend specialist
<b>Aggregatieniveau</b>	locatieniveau
<b>In-/exclusiecriteria populatie</b>	n.v.t.
<b>Rekenregels en casemixcorrecties</b>	
<b>Databron (registratie)</b>	Ziekenhuisinformatiesysteem
<b>Norm</b>	n.v.t.
<b>Meetperiode</b>	Peildatum 1 maart 2024
<b>Aanleverfrequentie</b>	één keer per jaar
<b>Eerste aanleverdatum</b>	1 mei 2025

<sup>7</sup> Wanneer er meerdere tellers zijn, dan is dit duidelijk in de nummering aangegeven. Bijvoorbeeld 1a, 1b enz.

## 5 Wijzigingstabel

Beknopt overzicht met wijzigingen ten opzichte van de gids van 2022.

<b>Indicator (nummer oud, nummer nieuw, INID)</b>	<b>Wijziging</b>
1B(oud), 1C(oud)	Indicatoren zijn komen te vervallen.
nieuw 1B	Volledig nieuw
2	Volledig nieuw, 3 subindicatoren

## Bijlage: toelichting op informatie per indicator

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

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