

Toetstabel Oncologische SONCOS indicatorenset vj2024

Operationalisatie	Aard van de wijziging	Criteria Toetsingskader	Advies werkgroep	PFN	FMS	V&VN	ZN	NVZ	NFU	ZKN	WSCie
<i>Indicator 1 (nieuwe nummering)</i>	<i>Toelichting</i>	<i>Criterium 1 t/m 6</i>	<i>Verplicht, vrijwillig/niet transparant/verwijderen/geen</i>	<i>akkoord/geen akkoord + argument geef per partij dit aan</i>							
<i>Indicator 1 (nieuwe nummering) algemene oncologie</i>	1f: Toevoeging mammacarcinoom aan definitie. Tekst is aangepast naar: Dit kunnen patiënten zijn met verschillende soorten kanker (bijvoorbeeld melanoom, longkanker, nierkanker, oesophaguskanker, colonkanker, mammacarcinoom of blaaskanker). Daarnaast moet voldaan worden aan de minimale normen voor systemische behandeling van het specifieke tumortype. Het aanleverniveau is aangepast van concern naar locatieniveau.	Criterium 1 t/m 6	Verplicht	Akkoord	Akkoord	Niet aanwezig	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord
Overweging ZIN	Er is consensus in de werkgroep over het toevoegen van mammacarcinoom aan de definitie (1f) en het aanpassen van het aanleverniveau. Het proces van de samenwerkingsafspraken MSZ is gevolgd. Dit proces is vormgegeven als een verbetercyclus waarin de relevante partijen hun eigen toetsing uitvoeren (betrokkenheid relevante partijen en registraties, uitvoeren registratietoets, autoriseringsronde). Conform dit proces neemt het Zorginstituut het advies van de werkgroep over.										
Advies ZIN	Verplicht transparant										
<i>Indicator 2</i>	<i>Toelichting</i>	<i>Criterium 1 t/m 6</i>	<i>Verplicht, vrijwillig/niet transparant/verwijderen/geen</i>	<i>akkoord/geen akkoord + argument geef per partij dit aan</i>							
<i>Indicator 2 (oude nummering) Algemene indicatoren-radiotherapie-</i>	Indicator is geschrapt omdat hier geen norm aan gekoppeld is.	Criterium 1 t/m 6	Verwijderen	Akkoord	Akkoord	Niet aanwezig	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord
Overweging ZIN	Er is consensus in de werkgroep over het verwijderen van de indicator. Het proces van de samenwerkingsafspraken MSZ is gevolgd. Dit proces is vormgegeven als een verbetercyclus waarin de relevante partijen hun eigen toetsing uitvoeren (betrokkenheid relevante partijen en registraties, uitvoeren registratietoets, autoriseringsronde). Conform dit proces neemt het Zorginstituut het advies van de werkgroep over.										
Advies ZIN	Verwijderen										
<i>Indicator 6</i>	<i>Toelichting</i>	<i>Criterium 1 t/m 6</i>	<i>Verplicht, vrijwillig/niet transparant/verwijderen/geen</i>	<i>akkoord/geen akkoord + argument geef per partij dit aan</i>							
<i>Indicator 6 (nieuwe nummering) Neuro-endocriene tumoren</i>	Indicator 6a is opgesplitst in een A/B vraag ter verduidelijking. Het aanleverniveau is aangepast van concern naar locatieniveau.	Criterium 1 t/m 6	Verplicht	Akkoord	Akkoord	Niet aanwezig	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord

<i>Indicator 11 (oude nummering) prostaatcarcinoom</i>	Indicator organisatie van zorg bij prostaatcarcinoom is geschrapt omdat er geen norm aan deze indicator is gekoppeld. De hele uitvraag voor het onderwerp prostaatcarcinoom is daarmee ondergebracht in de set voor prostaatcarcinoom	criterium 1 t/m 6	Verwijderen	Akkoord	Akkoord	Niet aanwezig	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	
Overweging ZIN												
Er is consensus in de werkgroep over het verwijderen van de indicator. Het proces van de samenwerkingsafspraken MSZ is gevolgd. Dit proces is vormgegeven als een verbetercyclus waarin de relevante partijen hun eigen toetsing uitvoeren (betrokkenheid relevante partijen en registraties, uitvoeren registratietoets, autoriseringsronde). Conform dit proces neemt het Zorginstituut het advies van de werkgroep over.												
Advies ZIN												
Verwijderen												
<i>Indicator 13</i>	<i>Toelichting</i>	<i>Criterium 1 t/m 6</i>	<i>Verplicht, vrijwillig/niet transparant/verwijderen/geen</i>	<i>akkoord/geen akkoord + argument geef per partij dit aan</i>								
<i>Indicator 13 (nieuwe nummering) gynaecologische oncologie</i>	Oude indicator B, waarin gevraagd werd naar aantal gynaecologen met gynaecologische oncologie als aandachtsgebied is geschrapt zodat de vraag aansluit bij de norm (die vraagt alleen naar hoeveel fte gynaecoloog-oncologen er werken in uw ziekenhuis.)	criterium 1 t/m 6	Verplicht	Akkoord	Akkoord	Niet aanwezig	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	
Overweging ZIN												
Er is consensus in de werkgroep over het verwijderen van indicator 13b. Het proces van de samenwerkingsafspraken MSZ is gevolgd. Dit proces is vormgegeven als een verbetercyclus waarin de relevante partijen hun eigen toetsing uitvoeren (betrokkenheid relevante partijen en registraties, uitvoeren registratietoets, autoriseringsronde). Conform dit proces neemt het Zorginstituut het advies van de werkgroep over.												
Advies ZIN												
Verplicht transparant												
<i>Indicator 14</i>	<i>Toelichting</i>	<i>Criterium 1 t/m 6</i>	<i>Verplicht, vrijwillig/niet transparant/verwijderen/geen</i>	<i>akkoord/geen akkoord + argument geef per partij dit aan</i>								
<i>Indicator 14 (nieuwe nummering) longcarcinoom</i>	14b: Vraag is aangepast naar: Wat is het percentage patiënten met een doorlooptijd van maximaal 5 weken van het diagnostisch traject indien Next Generation Sequencing (NGS) geïndiceerd is? Het aanleverniveau is aangepast van concern naar locatieniveau.	criterium 1 t/m 6	Verplicht	Akkoord	Akkoord	Niet aanwezig	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	
Overweging ZIN												
Er is consensus in de werkgroep over het aanpassen van indicator 14b en het aanpassen van het aanleverniveau. Het proces van de samenwerkingsafspraken MSZ is gevolgd. Dit proces is vormgegeven als een verbetercyclus waarin de relevante partijen hun eigen toetsing uitvoeren (betrokkenheid relevante partijen en registraties, uitvoeren registratietoets, autoriseringsronde). Conform dit proces neemt het Zorginstituut het advies van de werkgroep over.												
Advies ZIN												
Verplicht transparant												

Indicator 15	Toelichting	Criterium 1 t/m 6	Verplicht, vrijwillig/niet transparant/verwijderen/geen	akkoord/geen akkoord + argument geef per partij dit aan								
<i>Indicator 15 (nieuwe nummering) Hoofd-Hals</i>	Bij in- en exclusiecriteria: is de vetgedrukte tekst toegevoegd bij kinderen in het hoofdhalsgebied (waarbij het beleid in een MDO in het prinses maxima centrum voor kinderoncologie is besproken). Het aanleverniveau is aangepast van concern naar locatieniveau.	Criterium 1 t/m 6	Verplicht	Akkoord	Akkoord	Niet aanwezig	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	
Overweging ZIN	Er is consensus in de werkgroep over het toevoegen van een tekst bij de in- en exclusiecriteria en het aanpassen van het aanleverniveau. Het proces van de samenwerkingsafspraken MSZ is gevolgd. Dit proces is vormgegeven als een verbetercyclus waarin de relevante partijen hun eigen toetsing uitvoeren (betrokkenheid relevante partijen en registraties, uitvoeren registratietoets, autoriseringsronde). Conform dit proces neemt het Zorginstituut het advies van de werkgroep over.											
Advies ZIN	Verplicht transparant											
Indicator 2, 16	Toelichting	Criterium 1 t/m 6	Verplicht, vrijwillig/niet transparant/verwijderen/geen	akkoord/geen akkoord + argument geef per partij dit aan								
<i>Indicator 2 oogtumoren én indicator 16 Neuro-oncologie: gliomen</i>	Het aanleverniveau is aangepast van concern naar locatieniveau.	Criterium 1 t/m 6	Verplicht	Akkoord	Akkoord	Niet aanwezig	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	
Overweging ZIN	Er is consensus in de werkgroep over het aanpassen van het aanleverniveau. Het proces van de samenwerkingsafspraken MSZ is gevolgd. Dit proces is vormgegeven als een verbetercyclus waarin de relevante partijen hun eigen toetsing uitvoeren (betrokkenheid relevante partijen en registraties, uitvoeren registratietoets, autoriseringsronde). Conform dit proces neemt het Zorginstituut het advies van de werkgroep over.											
Advies ZIN	Verplicht transparant											

Indicatorset Oncologie - SONCOS

Uitvraag Medisch specialistische Oncologie over verslagjaar
2024

Versie 1, september 2023

Meer informatie op:

- OmniQ (portaal van DHD) voor aanlevering kwaliteitsgegevens verslagjaar 2023:
<https://extranet.dhd.nl/producten/OmniQ>
- [Www.demedischspecialist.nl/soncos](http://www.demedischspecialist.nl/soncos)
- Zorginzicht.nl

Samengesteld door:

Platform Oncologie – SONCOS van de Federatie Medisch Specialisten

Aanspreekpunt:

Platform Oncologie – SONCOS van de Federatie Medisch Specialisten

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). Die faciliteert de route (aanlevering en publicatie) voor verplichte transparantie. De verplicht aangeleverde gegevens worden door Zorginstituut Nederland gepubliceerd.

Inhoud	
1 Overzicht indicatoren	3
2 Algemene informatie	4
2.1 Uitgangspunten	4
2.2 Populatiebepaling	4
2.3 Aanlevering van de gegevens	4
2.4 Indicatorenwerkgroep	4
3 Indicatoren	5
4 Wijzigingstabel	25
Bijlage: toelichting op informatie per indicator	27

1 Overzicht indicatoren

Indicator-nummer ¹	Indicatornaam	Bron ²	Transparantie? ³
1	Algemene Oncologie		Verplicht
2	Oogtumoren		Verplicht
3	Colorectale resecties		Verplicht
4	Lever- en proximale galwegtumoren		Verplicht
5	Peritoneaal metastasen		verplicht
6	Neuro- endocriene tumoren		Verplicht
7	Schildkliercarcinoom		Verplicht
8	Melanoom		Verplicht
9	Weke delen tumoren		Verplicht
10	Niercelcarcinoom		Verplicht
11	Peniscarcinoom		Verplicht
12	Testiscarcinoom		Verplicht
13	Gynaecologische oncologie		Verplicht
14	Longcarcinoom		Verplicht
15	Hoofd-hals oncologie		Verplicht
16	Neuro-oncologie: gliomen		Verplicht
17	Bijnier chirurgie		verplicht

¹ 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.

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

³ 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

Het doel van deze indicatorset is het monitoren van de oncologische beroepsnormen voor interne sturing (waaronder leren & verbeteren) en het verkrijgen van transparantie over verleende zorg (waaronder samen beslissen). De resultaten worden ook gebruikt als inkoopinformatie voor de zorgverzekeraars.

De gepubliceerde gegevens zijn bedoeld voor cliënten, zorgaanbieders, zorgverleners en zorgverzekeraars.

De indicatoren in deze set zijn gebaseerd op het SONCOS-normeringsrapport, waarin de oncologische normen vanuit de normendocumenten van de verschillende wetenschappelijke verenigingen in zijn opgenomen.

Als u niet aan de gecontroleerde normen voldoet dient u in het toelichtingenveld antwoord te geven op onderstaande vragen.

- a) geef een toelichting waarom dit zo is
- b) geef aan of u wel of niet doorgaat moet de betreffende behandeling, en als u wel doorgaat
- c) geef aan welke acties u onderneemt om in de toekomst wel aan de gecontroleerde normen te voldoen.

2.2 Populatiebepaling

Voor alle indicatoren in deze indicatorset bestaat de populatie uit:

Patiënten met (verdenking op) een maligniteit.

Omdat de specifieke populatie per indicator/tumorsoort verschilt wordt bij elke indicator de specifieke in- en exclusiecriteria beschreven.

2.3 Aanlevering van de gegevens

De procesbeschrijving voor de aanlevering van de gegevens is te raadplegen www.zorginzicht.nl.

2.4 Indicatorenwerkgroep

De indicatorenset wordt onderhouden door het platform Oncologie – SONCOS.

3 Indicatoren

In de bijlage staan de definities van alle velden toegelicht. Laat iedere nieuwe indicator op een nieuwe pagina beginnen.

Indicatornaam	<i>Algemene Oncologie</i>
Indicatornummer	1
Operationalisatie	Algemene organisatie van de oncologische zorg
Informatie voor cliënten	Geeft patiënten inzicht in de oncologische zorg
Relevantie en toepasbaarheid	Inzicht in de organisatie van zorg
Type indicator	Structuur en proces
Achtergrond van de indicator	Document: SONCOS-normeringsrapport 11 (2023) Initiator: Platform Oncologie – SONCOS
Transparantie	verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	invul
Vraag A	Is er in uw ziekenhuis voor iedere patiënt tenminste een vast aanspreekpunt c.q. casemanager* in de keten?
Antwoord A	(één antwoord mogelijk) Ja/Nee
Definitie A	<p><i>* Volgens de definitie van een 'casemanager' van de NFK: Naast de hoofdbehandelaar heeft de patiënt toegang tot tenminste één vast aanspreekpunt c.q. casemanager in de keten, zoals een verpleegkundig specialist, een oncologieverpleegkundige of een andere zorgverlener die de hierna te noemen rol kan vervullen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Deze zorgverlener maakt onderdeel uit van een team waarin men elkaar onderling kan vervangen en dat onderdeel uitmaakt van het multidisciplinaire team voor diagnostiek en behandeling.</i> • <i>Deze zorgverlener overziet het hele multidisciplinaire en transmurale traject van diagnostiek, behandeling en nazorg.</i> • <i>Deze zorgverlener is inhoudelijk gespecialiseerd (middels officiële specialisatie of als aandachtsgebied) op de betreffende aandoening.</i> • <i>Deze zorgverlener kent de patiënt in zijn hele context.</i> • <i>Deze zorgverlener functioneert als vast aanspreekpunt voor de patiënt. Dit betekent dat:</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>deze zorgverlener een vast anker is voor de patiënt gedurende het hele traject van diagnostiek en behandeling;</i> <p><i>en dat deze zorgverlener toegang heeft tot het dossier van de patiënt en telefonisch of per email laagdrempelig en snel bereikbaar is voor vragen en begeleiding van de patiënt en/of naasten.</i></p>
Norm A	Ja
Vraag B	Welk percentage van de verpleegkundigen op de dagbehandeling* waar oncologische systeemtherapie worden toegediend, heeft de aantekening oncologie of volgt hiervoor de opleiding?
Antwoord B	Percentage

Definitie B	* Indien er sprake is van een dagbehandeling waar ook niet-oncologische behandelingen plaatsvinden, graag het percentage invullen voor de verpleegkundigen die zorg verlenen aan de oncologie-patiënten. De afdeling neuro-oncologie kunt u hier buiten beschouwing laten.
Norm B	50%
Vraag C	Welk percentage van de verpleegkundigen op de <i>klinische afdeling</i> * interne geneeskunde waar oncologiepatiënten worden verpleegd, heeft de aantekening oncologie of volgt hiervoor de opleiding?
Antwoord C	Percentage
Definitie C	* Indien er sprake is van een dagbehandeling waar ook niet-oncologische behandelingen plaatsvinden, graag het percentage invullen voor de verpleegkundigen die zorg verlenen aan de oncologie-patiënten. De afdeling neuro-oncologie kunt u hier buiten beschouwing laten.
Norm C	50%
Vraag D	Heeft uw ziekenhuis een multidisciplinair team palliatieve zorg (conform SONCOS normen) en hoe vaak komt het multidisciplinaire palliatieve team bijeen?
Antwoord D	(één antwoord mogelijk) Ja, op indicatie/Ja, 1 keer per week/Ja, minder dan 1 keer per week/Nee
Norm D	Ja, 1 keer per week
Vraag E	Krijgen alle patiënten met een oncologische aandoening in uw ziekenhuis standaard psychosociale zorg aangeboden?
Antwoord E	(één antwoord mogelijk) Ja/Nee
Norm E	Ja
Vraag F	Hoeveel patiënten* heeft uw instelling met immunotherapie met immuun-checkpoint inhibitors behandeld in het verslagjaar ?
Antwoord F	Aantal
Definitie F	* Dit kunnen patiënten zijn met verschillende soorten kanker (bijvoorbeeld melanoom, longkanker, nierkanker, oesophaguskanker, colonkanker, mammacarcinoom of blaaskanker). Daarnaast moet voldaan worden aan de minimale normen voor systemische behandeling van het specifieke tumortype.
Norm F	20 of meer
Vraag G	Heeft uw ziekenhuis met de behandeling van patiënten met kanker toegang tot een rookstoppoli?
Antwoord G	(één antwoord mogelijk) Ja/Nee
Norm G	Ja
Aggregatieniveau	locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	Zie algemene populatiebepaling
Databron (registratie)	EPD
Meetperiode	Jaarlijks van 01-01 t/m 31-12
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2021

Indicatornaam	<i>Oogtumoren</i>
Indicatornummer	2
Operationalisatie	Organisatie van de oncologische zorg bij oogtumoren
Informatie voor cliënten	Geeft patiënten inzicht in de oncologische zorg
Relevantie en toepasbaarheid	Inzicht in de organisatie van zorg
Type indicator	structuur
Achtergrond van de indicator	Document: SONCOS-normeringsrapport 11 (2023) Initiator: Platform Oncologie - SONCOS
Transparantie	verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	invul
Vraag A	Is er in uw ziekenhuis een multidisciplinair overleg voor het bespreken van het diagnostisch en behandelbeleid bij patiënten met een uveamelanoom en hoe vaak vindt dit multidisciplinaire overleg plaats?
Antwoord A	(één antwoord mogelijk) Ja, minder dan 1x per 2 weken/Ja, 1x per 2 weken/Ja, 1x per week/Nee
Norm A	Ja, 1x per 2 weken
Vraag B	Zijn er tenminste 2 oogartsen en een radiotherapeut met aantoonbare ervaring in oogonologie aanwezig bij het MDO?
Antwoord B	(één antwoord mogelijk) Ja/Nee
Norm B	Ja
Aggregatieniveau	locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	Patiënten met uveamelanoom
Databron (registratie)	EPD
Meetperiode	Jaarlijks van 01-01 t/m 31-12
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2021

Indicatornaam	<i>Colorectale resecties</i>
Indicatornummer	3
Operationalisatie	Aantallen colorectale resecties
Informatie voor cliënten	Geeft patiënten inzicht in de oncologische zorg
Relevantie en toepasbaarheid	Inzicht in volumes van colorectale resecties
Type indicator	structuur
Achtergrond van de indicator	Document: SONCOS-normeringsrapport 11 (2023) Initiator: Platform Oncologie - SONCOS
Transparantie	verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	invul
Vraag A	Hoeveel <u>colon</u> resecties werden op uw ziekenhuislocatie verricht in het verslagjaar?
Antwoord A	Aantal
Vraag B	Hoeveel <u>rectum</u> resecties werden op uw ziekenhuislocatie verricht in het verslagjaar?
Antwoord B	Aantal
Norm B	20 of meer
Definitie A en B	Het gaat hier niet alleen om de colon en rectumresecties voor primair colorectaal carcinoom die in de DCRA worden geregistreerd, maar om <u>alle</u> colon en rectum resecties, voor maligne of benigne pathologie, uitgevoerd in uw ziekenhuis (conform de normen van de NVvH). Onder rectumresecties verstaan wij de volgende ingrepen: TME, PME, APR en Proctocolectomie.
Norm A en B	Totaal aantal colorectale resecties is 50 of meer
Aggregatieniveau	locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	Patiënten met colorectaal carcinoom
Databron (registratie)	DICA en EPD
Meetperiode	Jaarlijks van 01-01 t/m 31-12
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2021

Indicatornaam	<i>Lever- en proximale galwegtumoren</i>
Indicatornummer	4
Operationalisatie	Aantallen en organisatie van zorg bij lever- en proximale galwegtumoren
Informatie voor cliënten	Geeft patiënten inzicht in de oncologische zorg
Relevantie en toepasbaarheid	Inzicht in de zorg bij lever- en proximale galwegtumoren
Type indicator	structuur
Achtergrond van de indicator	Document: SONCOS-normeringsrapport 11 (2023) Initiator: Platform Oncologie - SONCOS
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Invul
Vraag A	Hoeveel resecties van secundaire levertumoren werden er op uw ziekenhuislocatie verricht in het verslagjaar?
Antwoord A	Aantal
Definitie A	Secundaire levertumoren zijn levertumoren die niet primair in de lever zijn ontstaan maar vanuit elders in het lichaam naar de lever uitzaaien.
Norm A	20 of meer
Vraag B	Is er 24 uur per etmaal, 7 dagen per week beschikking over interventieradiologie, bekwaam in het uitvoeren van interventies bij patiënten met complicaties van grote gastro-intestinale en oncologische ingrepen?
Antwoord B	(één antwoord mogelijk) Ja/Nee
Norm B	Ja
Vraag C	Hoeveel percutane ablaties bij patiënten met gevorderde leverfibrose/levercirrose werden er op uw ziekenhuislocatie verricht in het verslagjaar?
Antwoord C	Aantal
Norm C	10 of meer
Vraag D	Hoeveel percutane transarteriële therapieën bij patiënten met gevorderde leverfibrose/levercirrose werden er op uw ziekenhuislocatie verricht in het verslagjaar?
Antwoord D	Aantal
Norm D	10 of meer
Aggregatieniveau	locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	Patiënten met primaire en secundaire levertumoren
Databron (registratie)	EPD
Meetperiode	Jaarlijks van 01-01 t/m 31-12
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2021

Indicatornaam	<i>Peritoneaal metastasen</i>
Indicatornummer	5
Operationalisatie	Aantal Hypertherme Intraperitoneale Chemotherapie (HIPEC) behandelingen voor colorectale tumoren
Informatie voor cliënten	Geeft patiënten inzicht in de oncologische zorg
Relevantie en toepasbaarheid	Inzicht in de zorg
Type indicator	structuur
Achtergrond van de indicator	Document: SONCOS-normeringsrapport 11 (2023) Initiator: Platform Oncologie - SONCOS
Transparantie	verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	invul
Vraag	Hoeveel HIPEC behandelingen werden er voor colorectale tumoren in het verslagjaar verricht op uw ziekenhuislocatie?
Antwoord	Aantal
Norm	20 of meer
Aggregatieniveau	locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	Patiënten met peritoneel metastasen voor colorectale tumoren
Databron (registratie)	EPD
Meetperiode	Jaarlijks van 01-01 t/m 31-12
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2021

Indicatornaam	<i>Neuro-endocriene tumoren</i>
Indicatornummer	6
Operationalisatie	Aantal nieuwe patiënten met een neuro-endocriene tumor
Informatie voor cliënten	Geeft patiënten inzicht in de oncologische zorg
Relevantie en toepasbaarheid	Inzicht in de zorg
Type indicator	structuur
Achtergrond van de indicator	Document: SONCOS-normeringsrapport 11 (2023) Initiator: Platform Oncologie - SONCOS
Transparantie	verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	invul
Vraag A	Is uw instelling een referentiecentrum voor neuro- endocriene tumoren?
Antwoord A	(één antwoord mogelijk) Ja/Nee
Vraag B	Indien ja, hoeveel <i>nieuwe</i> patiënten met een neuro-endocriene tumor* werden er in het verslagjaar in uw referentiecentrum gezien?
Antwoord B	Aantal
Definitie B	<i>*Neuro-endocriene tumoren van de long vallen hier volgens de SONCOS normering NIET onder.</i>
Norm B	50 of meer, deze norm geldt alleen voor referentiecentra
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	Patiënten met neuro-endocriene tumoren, uitgezonderd de neuro-endocriene tumoren van de long en kleincellige longcarcinoom.
Databron (registratie)	EPD
Meetperiode	Jaarlijks van 01-01 t/m 31-12
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2021

Indicatornaam	<i>Schildklier carcinoom</i>
Indicatornummer	7
Operationalisatie	Aantallen en organisatie van zorg bij schildklier carcinoom
Informatie voor cliënten	Geeft patiënten inzicht in de oncologische zorg
Relevantie en toepasbaarheid	Inzicht in de zorg bij schildklier carcinoom
Type indicator	structuur
Achtergrond van de indicator	Document: SONCOS-normeringsrapport 11 (2023) Initiator: Platform Oncologie - SONCOS
Transparantie	verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	invul
Vraag A	Vinden er in uw ziekenhuis behandelingen plaats vanwege schildklier carcinoom?
Antwoord A	(één antwoord mogelijk) Ja, als level 1 zorginstelling* / Ja, als level 2 zorginstelling** /Nee
Definitie A	<i>* In een level 1 zorginstelling bestaat het schildklier carcinoomteam uit tenminste twee chirurgen met aantoonbare expertise op het gebied van schildklier chirurgie, twee internist-endocrinologen met aantoonbaar specifieke expertise op het gebied van de behandeling van schildklier carcinoom, twee nucleair geneeskundigen, een patholoog met aantoonbaar specifieke expertise in schildklier carcinoom, een radioloog, een radiotherapeut, een internist-oncoloog. Een level 1 zorginstelling verricht per locatie tenminste 20 operaties voor (bij)schildklierafwijkingen per jaar en "state-of-the-art" halsklierdissecties of operaties wegens een locoregionaal recidief. ** Een level 2 zorginstelling voldoet aan bijna alle voorwaarden van een level 1 zorginstelling. Het behandelteam hoeft echter maar over 1 chirurg met aantoonbare expertise op het gebied van schildklier chirurgie te beschikken. Een level 2 zorginstelling verricht per locatie tenminste 20 operaties voor (bij)schildklierafwijkingen per jaar.</i>
Vraag B	Hoeveel operaties voor (bij)schildklierafwijkingen vonden er op uw ziekenhuislocatie plaats in het verslagjaar?
Antwoord B	Aantal
Norm B	20 of meer
Vraag C	Bij hoeveel patiënten vond er een schildklieroperatie plaats voor primair schildklier carcinoom in 2023?
Antwoord C	Aantal
Vraag D	Hoeveel I-131 behandelingen bij patiënten met schildklier carcinoom werden er gegeven in het verslagjaar?
Antwoord D	Aantal
Norm D	10 of meer
Aggregatieniveau	locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	Patiënten met (bij)schildklierafwijkingen
Databron (registratie)	EPD
Meetperiode	Jaarlijks van 01-01 t/m 31-12
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste	2021

aanleverdatum	
Indicatornaam	<i>Melanoom</i>
Indicatornummer	8
Operationalisatie	Volume van behandeling van maligne melanoom
Informatie voor cliënten	Geeft patiënten inzicht in de oncologische zorg
Relevantie en toepasbaarheid	Inzicht in de zorg bij maligne melanoom
Type indicator	structuur
Achtergrond van de indicator	Document: SONCOS-normeringsrapport 11 (2023) Initiator: Platform Oncologie - SONCOS
Transparantie	verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	invul
Vraag A	Hoeveel patiënten met een gemetastaseerd melanoom worden systemisch behandeld, zowel palliatief als adjuvant?
Antwoord A	Aantal
Norm A	20 of meer
Vraag B	Worden alle patiënten met melanomen met een gynaecologische origine besproken in het gynaecologisch oncologisch MDO en het melanoom MDO?
Antwoord B	(één antwoord mogelijk) Ja/Nee
Norm B	Ja
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	patiënten met een maligne melanoom
Databron (registratie)	EPD
Meetperiode	Jaarlijks van 01-01 t/m 31-12
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2021

Indicatornaam	<i>Weke delen tumoren</i>
Indicatornummer	9
Operationalisatie	Volumes bij weke delen tumoren
Informatie voor cliënten	Geeft patiënten inzicht in de oncologische zorg
Relevantie en toepasbaarheid	Inzicht in de zorg bij weke delen tumoren
Type indicator	structuur
Achtergrond van de indicator	Document: SONCOS-normeringsrapport 11 (2023) Initiator: Platform Oncologie - SONCOS
Transparantie	verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	invul
Vraag A	Hoeveel nieuwe patiënten werden primair chirurgisch behandeld voor weke delen tumoren op uw ziekenhuislocatie in het verslagjaar?
Antwoord A	Aantal
Norm A	20 of meer
Vraag B	Worden alle patiënten met sarcomen met een gynaecologische origine vanuit uw ziekenhuislocatie verwezen naar het gynaecologisch oncologisch centrum?
Antwoord B	(één antwoord mogelijk) Ja/Nee
Norm B	Ja
Vraag C	Worden alle patiënten met sarcomen met een gynaecologische origine besproken in het gynaecologisch oncologisch MDO en het sarcomen MDO?
Antwoord C	(één antwoord mogelijk) Ja/Nee
Norm C	Ja
Vraag D	Is uw instelling een referentiecentrum voor weke delen tumoren (=intermediaire tumoren en sarcomen)?
Antwoord D	(één antwoord mogelijk) Ja/Nee
Vraag E	Indien ja, hoeveel patiënten met PA bewezen GIST en/of weke delen tumoren (= intermediaire tumoren en sarcomen) werden besproken in het sarcomen MDO van uw sarcomenreferentiecentrum in het verslagjaar?
Antwoord E	Aantal
Norm E	Norm van 100 of meer voor sarcomenreferentiecentra
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	Patiënten met intermediaire en maligne weke delen tumoren
Databron (registratie)	EPD
Meetperiode	Jaarlijks van 01-01 t/m 31-12
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2021

Indicatornaam	<i>Niercelcarcinoom</i>
Indicatornummer	10
Operationalisatie	Volumes bij niercelcarcinoom
Informatie voor cliënten	Geeft patiënten inzicht in de oncologische zorg
Relevantie en toepasbaarheid	Inzicht in de zorg bij niercelcarcinoom
Type indicator	Structuur
Achtergrond van de indicator	Document: SONCOS-normeringsrapport 11 (2023) Initiator: Platform Oncologie – SONCOS
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Invul
Vraag A	Hoeveel nieuwe patiënten met niercelcarcinoom werden er in totaal op uw ziekenhuislocatie gediagnosticeerd of behandeld in het verslagjaar?
Antwoord A	Aantal
Norm A	20 of meer
Vraag B	Hoeveel operatieve oncologische ingrepen* aan de nier werden er op uw ziekenhuislocatie verricht in het verslagjaar?
Antwoord B	Aantal
Definitie B	* Hier onder vallen ook de (laparoscopische) nefro-ureterectomieën, RFA's, cryotherapie en MWA.
Norm B	10 of meer
Vraag C	Hoeveel partiële nefrectomieën werden er op uw ziekenhuislocatie verricht in het verslagjaar?
Antwoord C	Aantal
Norm C	10 of meer
Vraag D	Hoeveel patiënten met niercelcarcinoom werden er op uw ziekenhuislocatie systemisch behandeld in het verslagjaar?
Antwoord D	Aantal
Norm D	10 of meer
Vraag E	Worden alle patiënten met een gemetastaseerd niercelcarcinoom van uw ziekenhuislocatie in het netwerk MDO besproken*?
Antwoord E	(één antwoord mogelijk) Ja/Nee
Definitie E	*zowel voor een eerste lijn behandeling als ook bij een vervolgbehandeling na progressie en/of toxiciteit.
Norm E	Ja
Vraag F	Hoeveel patiënten met niertumoren werden er in een gestructureerd MDO besproken in het verslagjaar?
Antwoord F	Aantal
Norm F	50 of meer
Vraag G	Maakt het ziekenhuis deel uit van een netwerk-tumorwerkgroep niercelcarcinoomen wat verbonden is met de landelijke tumorwerkgroep niercelcarcinoom?
Antwoord G	(één antwoord mogelijk) Ja/Nee
Norm G	Ja
Aggregatieniveau	locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	Patiënten met niercelcarcinoom
Databron (registratie)	EPD

Meetperiode	Jaarlijks van 01-01 t/m 31-12
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2021, C&F vanaf vj2023

Indicatornaam	<i>Peniscarcinoom</i>
Indicatornummer	11
Operationalisatie	Volume bij peniscarcinoom
Informatie voor cliënten	Geeft patiënten inzicht in de oncologische zorg
Relevantie en toepasbaarheid	Inzicht in de zorg bij peniscarcinoom
Type indicator	structuur
Achtergrond van de indicator	Document: SONCOS-normeringsrapport 11 (2023) Initiator: Platform Oncologie - SONCOS
Transparantie	verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	invul
Vraag A	Hoeveel nieuwe patiënten met peniscarcinoom van een hoogstadium tumor (>T1aG1) worden er in uw ziekenhuislocatie chirurgisch behandeld?
Antwoord A	Aantal
Norm A	10 of meer
Aggregatieniveau	locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	Patiënten met peniscarcinoom >T1aG1
Databron (registratie)	EPD
Meetperiode	Jaarlijks van 01-01 t/m 31-12
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2021

Indicatornaam	<i>Testiscarcinoom</i>
Indicatornummer	12
Operationalisatie	Aantallen en organisatie van zorg bij testiscarcinoom
Informatie voor cliënten	Geeft patiënten inzicht in de oncologische zorg
Relevantie en toepasbaarheid	Inzicht in de zorg bij testiscarcinoom
Type indicator	structuur
Achtergrond van de indicator	Document: SONCOS-normeringsrapport 11 (2023) Initiator: Platform Oncologie - SONCOS
Transparantie	verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	invul
Vraag A	Hoeveel nieuwe patiënten met stadium I testiscarcinoom werden er in totaal op uw ziekenhuislocatie behandeld in het verslagjaar?
Antwoord A	Aantal
Norm A	5 of meer
Vraag B	Hoeveel nieuwe patiënten met testiscarcinoom hoger dan stadium I (primair danwel recidief) werden er op uw ziekenhuislocatie behandeld in het verslagjaar?
Antwoord B	Aantal
Norm B	10 of meer
Vraag C	Hoeveel retroperitoneale restlaesies werden er op uw ziekenhuislocatie verricht in het verslagjaar?
Antwoord C	Aantal
Norm C	10 of meer
Vraag D	Als een azoöspermie blijkt, wordt er dan aan de patiënt een radicale orchiectomie en simultane oncoTESE ter fertiliteitpreservatie aangeboden in een centrum dat TESE verzorgt?
Antwoord D	(één antwoord mogelijk) Ja/Nee
Norm D	Ja
Aggregatieniveau	locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	Patiënten met testiscarcinoom
Databron (registratie)	EPD
Meetperiode	Jaarlijks van 01-01 t/m 31-12
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2021

Indicatornaam	<i>Gynaecologische oncologie</i>
Indicatornummer	13
Operationalisatie	Aantallen en organisatie van zorg bij gynaecologische oncologie
Informatie voor cliënten	Geeft patiënten inzicht in de oncologische zorg
Relevantie en toepasbaarheid	Inzicht in de zorg bij gynaecologische oncologie
Type indicator	structuur
Achtergrond van de indicator	Document: SONCOS-normeringsrapport 11 (2023) Initiator: Platform Oncologie - SONCOS
Transparantie	verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	invul
Vraag A	Hoeveel fte gynaecoloog-oncologen werken er in uw ziekenhuis'?
Antwoord A	Aantal
Norm A	Totaal 2,4 fte of meer
Vraag B	Zijn alle patiënten met een gynaecologische maligniteit in uw ziekenhuis, die voldoen aan de inclusie criteria van de DGOA, ingevoerd?
Antwoord B	(één antwoord mogelijk) Ja/Nee
Norm B	Ja
Vraag C	Hoeveel HIPEC-behandelingen voor de indicatie ovariumcarcinoom werden er in het verslagjaar op uw ziekenhuislocatie verricht?
Antwoord C	Aantal
Norm C	10 of meer
Vraag D	Wordt iedere patiënt met een recidief ovariumcarcinoom besproken met een internist-oncoloog uit een in Nederland erkend gynaecologisch oncologisch centrum?
Antwoord D	(één antwoord mogelijk) Ja/Nee
Norm D	Ja
Aggregatieniveau	locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	Patiënten met gynaecologisch oncologische tumoren (cervixcarcinoom, endometriumcarcinoom, ovariumcarcinoom inclusief tuba- en peritoneaal carcinoom, en vulvacarcinoom)
Databron (registratie)	EPD
Meetperiode	Jaarlijks van 01-01 t/m 31-12
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2021

Indicatornaam	<i>Longcarcinoom</i>
Indicatornummer	14
Operationalisatie	Aantallen en organisatie van zorg bij longcarcinoom
Informatie voor cliënten	Geeft patiënten inzicht in de oncologische zorg
Relevantie en toepasbaarheid	Inzicht in de zorg bij longcarcinoom
Type indicator	structuur
Achtergrond van de indicator	Document: SONCOS-normeringsrapport 110 (2023) Initiator: Platform Oncologie - SONCOS
Transparantie	verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	invul
Vraag A	Welke behandelingen voor longcarcinoom vinden er in uw ziekenhuis plaats?
Antwoord A	(meer antwoorden mogelijk) longresecties/radiotherapie/systemische therapie
Vraag B	Hoeveel nieuw met longcarcinoom gediagnosticeerde patiënten werden er in 2023 in uw ziekenhuis behandeld?
Antwoord B	Aantal
Definitie B	<i>* Dit zijn alle nieuwe met longcarcinoom gediagnosticeerde patiënten (stadium I-IV), dus ook diegenen die niet chirurgisch of radiotherapeutisch behandeld werden.</i>
Norm B	50 of meer
Vraag C	Wat is het percentage patiënten met een doorlooptijd van maximaal 5 weken van het diagnostisch traject indien Next Generation Sequencing (NGS) geïndiceerd is?
Antwoord C	Percentage
Norm C	Doorlooptijd is 5 weken of minder
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	Patiënten met longcarcinoom
Databron (registratie)	EPD
Meetperiode	Jaarlijks van 01-01 t/m 31-12
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2021, 14 B vanaf vj 2023

Indicatornaam	<i>Hoofd-hals oncologie</i>
Indicatornummer	15
Operationalisatie	Aantallen en organisatie van zorg bij hoofd-hals oncologie
Informatie voor cliënten	Geeft patiënten inzicht in de oncologische zorg
Relevantie en toepasbaarheid	Inzicht in de zorg bij hoofd-hals oncologie
Type indicator	structuur
Achtergrond van de indicator	Document: SONCOS-normeringsrapport 11 (2023) Initiator: Platform Oncologie - SONCOS
Transparantie	verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	invul
Vraag A	Is uw ziekenhuis een door de Nederlandse Werkgroep Hoofd Hals Tumoren (NWHHT) erkend hoofd-hals oncologisch centrum, of een 'preferred partner' van zo'n centrum of een 'preferred partner radiotherapie'?
Antwoord A	(één antwoord mogelijk) Ja, HHO centrum / Ja, preferred partner HHO centrum / Ja, preferred partner radiotherapie / Nee
Vraag B	Neemt u deel aan de landelijke kwaliteitsregistratie voor hoofd-hals tumoren (DHNA)?
Antwoord B	(één antwoord mogelijk) Ja/Nee
Norm B	Ja
Vraag C	Hoeveel nieuwe patiënten met onderstaande diagnoses (zie in-exclusiecriteria) werden in uw ziekenhuis/instituut behandeld in het verslagjaar?
Antwoord C	Aantal
Norm C	HHO centrum: 200 of meer Preferred partner HHO centrum: 80 of meer Preferred partner radiotherapie: 50 of meer
Vraag D	Hoeveel uitgebreide ablatieve resecties met reconstructies werden in het verslagjaar in uw ziekenhuis uitgevoerd bij patiënten met een hoofd-hals tumor?
Antwoord D	Aantal
Norm D	20 of meer
Vraag E	Heeft u een radiotherapieafdeling waar uw patiënten met een hoofd-hals tumor bij wie bestraling geïndiceerd is, behandeld worden?
Antwoord E	(één antwoord mogelijk) Ja/Nee
Vraag F	Hoeveel patiënten met een hoofd-hals tumor werden in het verslagjaar behandeld met chemoradiotherapie of targeted-therapy radiotherapie?
Antwoord F	Aantal
Norm F	20 of meer
Vraag G	Met welk radiotherapie instituut (PPR*) heeft u een convenant met afspraken over het medische beleid bij patiënten met een hoofd-hals tumor?
Antwoord G	Tekst of lijst met instellingen
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	Maligne tumoren uitgaande van de volgende lokalisaties vallen onder de definitie 'hoofdhals oncologie': <ul style="list-style-type: none"> • Lip en Mondholte (ICD-10 code: C00, C02-C06). • Orofarynx (ICD-10 code: C01, C05.1,2, C09, C10 en C14.2).

	<ul style="list-style-type: none"> • Nasofarynx (ICD-10 code: C11). • Hypofarynx (ICD-10 code: C12-C13). • Larynx (ICD-10 code: C10.1, C32). • Neusholte en neusbijholten (ICD-10 code: C30 en C31), inclusief olfactorius neuroblastoom. • Speekselklieren (ICD-10 code: C06.9, C07 en C08). • Lymfkliermetastasen plaveiselcelcarcinoom van onbekende origine (ICD-10 code: C80.9). • Gehoorgang/middenoor carcinoomen (laterale schedelbasis) (ICD-10 code: C44.2). • Lymfekliermetastasen van stadium III en IV huid(adnex)carcinoomen. • Huid(adnex)carcinoomen, melanomen en sarcomen waarvoor complexe chirurgie in het HH gebied geïndiceerd is, d.w.z. niet-orgaan sparende chirurgie (zoals een neusamputatie, exenteratio orbitae, totale oorschelp amputatie). <p>Naast bovengenoemde tumoren kunnen ook de volgende tumoren als 'hoofdhals oncologie' worden beschouwd en kunnen dus vallen binnen de definities en kaders voor wat betreft organisatie en SONCOS normering:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schildklier carcinoomen met betrokkenheid van de larynx (ICD-10 code: C73) , en/of lymfklier metastasen in de hals buiten level VI. • Cervicale oesophagus en trachea tumoren met/zonder betrokkenheid van de larynx (ICD-10 code: C15.0, C34.0). • Maligne orbita-, niet oculaire tumoren, zoals oog-adnex tumoren inclusief traanklieren (ICD-10 code: C69.5-9) • Bij kinderen in het hoofdhals gebied (waarbij het beleid in een MDO in het Prinses Máxima Centrum voor Kinderoncologie is besproken)
Databron (registratie)	EPD
Meetperiode	Jaarlijks van 01-01 t/m 31-12
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2021

Indicatornaam	<i>Neuro-oncologie: Gliomen</i>
Indicatornummer	16
Operationalisatie	Aantallen en organisatie van zorg bij gliomen
Informatie voor cliënten	Geeft patiënten inzicht in de oncologische zorg
Relevantie en toepasbaarheid	Inzicht in de zorg bij gliomen
Type indicator	structuur
Achtergrond van de indicator	Document: SONCOS-normeringsrapport 11 (2023) Initiator: Platform Oncologie - SONCOS
Transparantie	verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	invul
Vraag A	Hoeveel nieuwe patiënten met een glioom werden er in het verslagjaar in het (regionale) multidisciplinaire overleg besproken?
Antwoord A	aantal
Norm A	50 of meer
Vraag B	Hoeveel hersentumor gerelateerde operaties voerde het in uw multidisciplinaire bespreking participerende neurochirurgisch centrum uit in 2023?
Antwoord B	Aantal
Norm B	50 of meer
Vraag C	Neemt uw zorginstelling deel aan de landelijke patiëntenregistratie DBTR (Dutch Brain Tumor Registry)?
Antwoord C	(één antwoord mogelijk) Ja/Nee
Norm C	Ja
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	Patiënten met gliomen
Databron (registratie)	EPD
Meetperiode	Jaarlijks van 01-01 t/m 31-12
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2021

Indicatornaam	<i>Bijnierchirurgie</i>
Indicatornummer	17
Operationalisatie	Volume bij bijnierchirurgie
Informatie voor cliënten	Geeft patiënten inzicht in de oncologische zorg
Relevantie en toepasbaarheid	Inzicht in de zorg bij bijnierchirurgie
Type indicator	structuur
Achtergrond van de indicator	Document: SONCOS-normeringsrapport 11 (2023) Initiator: Platform Oncologie - SONCOS
Transparantie	verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	invul
Vraag A	Hoeveel operaties voor bijnier tumoren (zowel benigne als maligne) werden er op uw ziekenhuislocatie in het verslagjaar verricht?
Antwoord A	Aantal
Norm A	10 of meer
Vraag B	Hoe vaak is er in uw ziekenhuis de mogelijkheid om patiënten met bijnier tumoren in een MDO te bespreken?
Antwoord B	(één antwoord mogelijk) Minder dan 1x per 2 weken / 1x per 2 weken / 1x per week
Norm B	1 keer per 2 weken
Aggregatieniveau	locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	Patiënten met benigne en maligne bijnier tumoren.
Databron (registratie)	EPD
Meetperiode	Jaarlijks van 01-01 t/m 31-12
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2021

4 Wijzigingstabel

Beknopt overzicht met wijzigingen ten opzichte van de gids van verslagjaar 2023.

Indicator (nummer oud, nummer nieuw, INID)	Wijziging
Hele gids	Aanpassing jaartallen en aanpassing bij achtergrond van de indicator naar SONCOS normeringsrapport 11 (2023)
Hele gids	Aanpassing veld eerste aanleverdatum naar 2021.
Hele gids	Aanpassing nummering als gevolg van schrappen van indicatoren
Hele gids	Het jaartal 2023 is in de vragen aangepast naar verslagjaar zodat dit niet meer jaarlijks gewijzigd hoeft te worden,
Hele gids	Alle indicatoren moeten op locatieniveau worden aangeleverd, daartoe is het aanleverniveau van onderstaande indicatoren aangepast van concern naar locatieniveau, de overige indicatoren stonden al op locatieniveau: <ul style="list-style-type: none"> • Algemene Oncologie • Algemene Oncologie- radiotherapie • Oogtumoren • Neuro- endocriene tumoren • Melanoom • Longcarcinoom • Hoofd-hals oncologie • Neuro-oncologie: gliomen
1F Algemene Oncologie	Toevoeging mammacarcinoom aan definitie. Tekst is aangepast naar: <i>Dit kunnen patiënten zijn met verschillende soorten kanker (bijvoorbeeld melanoom, longkanker, nierkanker, oesophaguskanker, colonkanker, mammacarcinoom of blaaskanker). Daarnaast moet voldaan worden aan de minimale normen voor systemische behandeling van het specifieke tumortype.</i>
2 (oude nummering) Algemene indicatoren-radiotherapie-	alle indicatoren zijn geschrapt omdat hier geen norm aan gekoppeld is.
6 (nieuwe nummering) Neuro-endocriene tumoren	De indicator is opgesplitst in een A/B vraag ter verduidelijking.
7 (nieuwe nummering) Schildkliercarcinoom	Ter verduidelijking is de vetgedrukte tekst toegevoegd. Hoeveel I-131 behandelingen bij patiënten met schildkliercarcinoom werden er gegeven in het verslagjaar?
Indicator 9 (nieuwe nummering) Weke delen tumoren	Toevoeging vraag of de instelling een referentiecentrum voor weke delen tumoren (intermediaire tumoren en sarcomen) ?is met antwoordopties ja/nee. En volgorde van de vragen aangepast.
11 (oude nummering) prostaatsarcinoom	Indicator organisatie van zorg bij prostaatsarcinoom is geschrapt omdat er geen norm aan deze indicator is gekoppeld. De hele uitvraag voor het onderwerp

	prostaatcarcinoom is daarmee ondergebracht in de set voor prostaatcarcinoom
13 (nieuwe nummering) gynaecologische oncologie	Oude indicator B, waarin gevraagd werd naar aantal gynaecologen met gynaecologische oncologie als aandachtsgebied is geschrapt zodat de vraag aansluit bij de norm (die vraagt alleen naar hoeveel fte gynaecoloog-oncologen er werken in uw ziekenhuis.)
15 (nieuw) hoofd-hals oncologie	Bij in- en exclusiecriteria: is de vetgedrukte tekst toegevoegd bij kinderen in het hoofd-halsgebied (waarbij het beleid in een MDO in het prinses maxima centrum voor kinderoncologie is besproken)
14B (nieuwe nummering) longcarcinoom	Vraag is aangepast naar: Wat is het percentage patiënten met een doorlooptijd van maximaal 5 weken van het diagnostisch traject indien Next Generation Sequencing (NGS) geïndiceerd is?

Bijlage: toelichting op informatie per indicator

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

	gepubliceerd. Bijvoorbeeld: Vraag: "Op welke manier kunnen patiënten na de operatie contact opnemen bij vragen?" Operationalisatie: "Aangeboden manieren post-operatief contact"
Antwoordopties	Bij vragen is het belangrijk aan te geven of er slechts één antwoord mogelijk is of meerdere antwoorden mogelijk zijn. Daarnaast moeten de antwoordopties vermeld worden.
Definitie	Indien in de indicator termen worden gebruikt die enige toelichting nodig hebben, zodat betrouwbaar kan worden geregistreerd, dan wordt een definitie gegeven.
Aggregatieniveau	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.
In- /exclusiecriteria populatie	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.
Rekenregels en casemixcorrecties	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.
Databron (registratie)	De te gebruiken bron voor het berekenen van de indicatorwaarde. Bijvoorbeeld: LROI, NKR, DLCA-R, EPD, Zorgkaart Nederland
Norm	Als de indicator een norm kent, wordt deze hier in de indicatorgids vermeld. Ook de bron van de norm wordt vermeld.
Meetperiode	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.
Aanleverfrequentie	De frequentie waarmee de indicatoren aangeleverd worden. Afspraken over de frequentie worden landelijk gemaakt. Dit is momenteel één keer per jaar.
Eerste aanleverdatum	Geef aan op welke datum deze versie van de indicator bij het Zorginstituut moet worden aangeleverd. Deze datum wordt opgenomen op de Transparantiekalender.