

# **Indicatorenset Baarmoederhalsafwijkingen**

Uitvraag ziekenhuizen/ZBC's over verslagjaar 2020

Versie, oktober 2019

## 1 Colofon

### **Internet:**

- OmniQ (portaal van DHD) voor aanlevering kwaliteitsgegevens verslagjaar 2019 (beschikbaar vanaf 1 februari voor leden van de NVZ en NFU): <https://extranet.dhd.nl/producten/OmniQ>
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen: <http://www.nvz-ziekenhuizen.nl/onderwerpen/transparantiekalender-kwaliteitsinstituut>
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra: [www.nfu.nl](http://www.nfu.nl).
- Zorginstituut Nederland: <http://www.zorginstituutnederland.nl/kwaliteit>

## 2 Samengesteld door:

*Federatie Medisch Specialisten  
Nederlandse Federatie van Universitair Medische  
Centra Nederlandse Vereniging voor Obstetrie &  
Gynaecologie Nederlandse Vereniging van  
Ziekenhuizen Patiëntenfederatie Nederland  
Stichting Bekkenbodem4All  
Zelfstandige Klinieken  
Nederland Zorgverzekeraars  
Nederland*

**Deze indicatorenset is opgenomen in het register van Zorginstituut Nederland. De indicatoren zijn over verslagjaar 2020 vrijwillig. Vrijwillige en verplichte indicatoren worden aangeleverd via het door de koepelorganisaties gekozen aanleverportaal (gegevensmakelaar). Die faciliteert de route (aanlevering en publicatie) voor**

**verplichte transparantie. De verplicht aangeleverde gegevens worden door Zorginstituut Nederland gepubliceerd.**

### 3 Inhoudsopgave

Overzicht indicatoren Baarmoederhalsafwijkingen	<b>4</b>	
1. Algemene informatie	<b>5</b>	
2. Zorginhoudelijke indicatoren Baarmoederhalsafwijkingen		<b>7</b>
3. Lijst te verzamelen variabelen	<b>12</b>	
Bijlage: wijzigingstabel	<b>16</b>	

### Overzicht Indicatoren Baarmoederhalsafwijkingen over verslagjaar 20

<b>1</b>	<b>Cervix exconisaties</b>	Percentage patiënten behandeld voor CIN door middel van een cervix exconisatie.	Uitvraag over 2020 (VRIJWILLIGE UITVRAAG)
<b>2</b>	<b>Normale cervixcytologie</b>	Percentage patiënten dat behandeld is voor CIN II-III (op basis van biopt of de excisie zelf), met een normale cervixcytologie binnen 3 tot 9 maanden na behandeling	Uitvraag over 2020 (VRIJWILLIGE UITVRAAG)

## 1. Algemene informatie over Zorginhoudelijke indicatoren Baarmoederhalsafwijkingen

### Indicatorenwerkgroep

De werkgroep voor het onderhoud van de indicatorenset Baarmoederhalsafwijkingen bestond in 2018 uit de volgende personen:

NVOG: Dhr. dr. R.L.M. Bekkers, gynaecologisch oncoloog, Catharina  
Ziekenhuis Eindhoven / Radboudumc Nijmegen  
Mw. A.M.L.D. van Haaften-de Jong, HagaZiekenhuis,  
Den Haag  
Stichting Bekkenbodem4All: Mw. M. Bosch, secretaris Stichting Bekkenbodem4All  
NFU: Dhr. A.P.A. Schuurmans, senior beleidsmedewerker  
Patiëntenfederatie Nederland: Mw. J.C. Mooij MSc, beleidsadviseur

## 4 Populatiebepaling Baarmoederhalsafwijkingen

De eerste stap in het bepalen van de indicatoren is het vaststellen van de populatie. Voor de indicatorensets was als uitgangspunt gekozen om de populatie te bepalen aan de hand van de Diagnose Behandel Combinaties (DBC's). Door de invoering van DOT (DBC's op weg naar transparantie) per 1 januari 2012, is de populatiebepaling van indicatoren gewijzigd.

De populatie voor de indicatorenset baarmoederhalsafwijkingen bestaat uit het aantal patiënten bij wie op enig moment in het verslagjaar binnen zorgproductgroep G19; 181105 (cervixafwijkingen) de zorgproducten worden afgesloten die voldoen aan:

Zorgproductcode	Omschrijving
181105002	bij AUE (037111), VUE (037131), TLH (037113), uterus extirpatie i.v.m. carcinoom in situ cervix (037122) of operatie cervixscheuren (037240)
181105003	bij curettage (037191), hysteroscopie (039171), onderzoek in narcose (039381) of diagnostische laparoscopie (035582)
181105004	bij klinische opname 1-5 dagen
181105006	bij liexcisie of cryocoagulatie (037200) of conisatie (037210)
181105007	bij colposcopie (met zorgactiviteit 039170)
181105010	>2 polikliniek bezoeken of dagverpleging of langdurige observatie
181105012	bij 1 of 2 polikliniek bezoeken
181105013	bij klinisch opname >5 dagen

### Noot:

Wanneer er gaandeweg het proces een maligniteit blijkt, dan wordt de zorgproductcode G19 om gecodeerd naar zorgproductcode M13. De M13 heeft andere zorgproductcodes dan bovengenoemd, echter die vallen buiten de scope van de richtlijn CIN, AIS, en VAIN.

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

Om dubbelregistratie te voorkomen, dient – indien de indicator gebaseerd is op tellingen op patiëntniveau – geselecteerd te worden op het unieke patiëntnummer. In alle andere gevallen wordt geteld op verrichtingenniveau en telt iedere verrichting apart mee. Voor codes en instructies, zie de variabelenlijst en rekenregels (tabellen 1 en 2).

## 5 Peildatum

De structuurindicatoren worden, in verband met de actualiteit, eenmaal per jaar op peildatum 1 maart geregistreerd.

## 6 In- en exclusiecriteria

Om een eerlijke vergelijking tussen zorgaanbieders te kunnen maken, heeft de werkgroep in- en exclusiecriteria vastgesteld. Zo kunnen patiënten bijvoorbeeld op leeftijd of co-morbiditeit worden uitgesloten. Ook kunnen extra eisen worden gesteld aan het DBC-zorgproduct. Bijvoorbeeld de aanwezigheid van een specifieke verrichting.

In- en exclusiecriteria hoeven niet per definitie voor alle indicatoren in de set gelijk te worden toegepast. Soms dienen er bijvoorbeeld extra gegevens te worden verzameld om later te kunnen corrigeren voor co-morbiditeit, die de waarde van de indicator beïnvloedt. Op basis van de populatie en de in- en exclusiecriteria wordt de noemer van de indicator vastgesteld.

## 2. Zorginhoudelijke indicatoren Baarmoederhalsafwijkingen

1. Cervix exconisaties	
<b>Relatie tot kwaliteit</b>	Lis-excisie van de transformatiezone is de voorkeursbehandeling van CIN. Indien er geen duidelijke indicatie voor een exconisatie bestaat, wordt geadviseerd om een lisexcisie (lees: LETZ) te verrichten, daar deze poliklinisch onder plaatselijke verdoving kan worden uitgevoerd en minder bijwerkingen op korte en lange termijn geeft.
<b>Operationalisatie</b>	Percentage patiënten behandeld voor CIN door middel van een cervix exconisatie*
<b>Teller</b>	Aantal patiënten behandeld voor CIN door middel van een cervix exconisatie
<b>Noemer</b>	Aantal patiënten behandeld voor CIN
<b>Definitie(s)</b>	n.v.t.
<b>Exclusiecriteria</b>	Exclusie: patiënten met verdenking op een invasief carcinoom of adenocarcinoom in situ.
<b>Bron</b>	DBC-registratie, verrichtingenregistratie, PALGA
<b>Meetfrequentie</b>	1x per verslagjaar
<b>Verslagjaar</b>	01-01-2019 tot en met 31-12-2019
<b>Rapportagefrequentie</b>	1x per verslagjaar
<b>Type indicator</b>	Proces
<b>Meetniveau</b>	Patiëntniveau
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid, doelmatigheid

\* Alleen instellingen die deze zorg bieden leveren data aan voor deze indicator.

## 7 Rekenregels

Indicator 1	Cervix exconisaties	Formule
Teller	Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie patiënten verzameld onder de noemer. Selecteer vervolgens alle patiënten bij wie een cervix exconisatie is uitgevoerd.	# patiënten noemer waarvoor BA4 geldt
Noemer	Selecteer patiënten bij wie de diagnose cervixafwijking inclusief afwijkende cervixcytologie is gesteld en bij wie een behandeling van CIN is uitgevoerd.	# patiënten waarvoor BA1 en BA2 gelden en BA5=nee

### Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

Het is bekend dat behandeling van de cervix in het algemeen een risico van vroeggeboorte in de daarop volgende zwangerschappen geeft. Studies hebben aangetoond dat met name het volume en de diepte van het verwijderde weefsel invloed hebben op het risico op vroeggeboorte, en dat het volume dat met exconisatie wordt weggehaald groter is dan dat met lisexcisie. Naast deze complicatie, is ook beschreven dat er bij exconisatie vaker stenose van het cervicale kanaal ontstaat. Dit alles, in combinatie met het gegeven dat exconisatie en lisexcisie gelijke effectiviteit hebben voor behandeling van CIN, heeft geleid tot de aanbeveling in de landelijke (consensus based) richtlijn van de werkgroep oncologische gynaecologie (versie 1.1) om alleen een exconisatie te verrichten op indicatie (bijvoorbeeld bij verdenking op een diepe endocervicale laesie, verdenking op een micro invasief carcinoom of een adenocarcinoom-in-situ).



## 8 Mogelijkheden tot verbetering

Deze indicator moet leiden tot een beter inzicht in de behandeling van CIN via cervix exconisaties. Uitschieters kunnen met behulp van deze indicator in kaart gebracht worden. De werkgroep verwacht dat op dit moment nog variatie bestaat tussen de verschillende ziekenhuizen.

## 9 Beperkingen bij gebruik en interpretatie

Zoals hierboven beschreven hebben met name het volume en de diepte van het verwijderde cervicale weefsel invloed op de complicatie risico's. Als er centra zijn waar vaker exconisaties worden gedaan, maar waarbij het volume van het verwijderde weefsel vergelijkbaar is met dat van een lisexcisie, dan is deze indicator niet goed interpreteerbaar.

De meeste indicatoren zijn zodanig geformuleerd dat geldt hoe hoger de score des te beter de zorg. Dat geldt niet voor deze indicator. Er kan worden gesteld 100-x, waarbij x de score is op deze indicator. Dan geldt wel weer hoe hoger, hoe beter de zorg. Hoewel de indicator hierdoor wat lastig te interpreteren is, is in 2017 opnieuw vastgesteld dat deze weergave toch wenselijk is. Met name omdat een nieuwe nog niet-geregistreerde behandeling op korte termijn beschikbaar gaat komen. Hierdoor zou alleen lisexcisies meten een vertekend beeld geven (de restgroep kan bestaan uit exconisaties én de nieuwe behandeling), terwijl inzage in het percentage patiënten met een exconisatie gewenst is.

## 10 Inhoudsvaliditeit

De mate van bewijskracht hiervoor is B, wat wil zeggen dat er enkele gerandomiseerde klinische onderzoeken van matige kwaliteit of onvoldoende omvang zijn, of ander vergelijkend onderzoek (niet- gerandomiseerd, vergelijkend cohortonderzoek of patiënt-controleonderzoek).

## 11 Vergelijkbaarheid

Centra waar veel patiënten worden gezien met een sterker vermoeden op een carcinoom zullen hogere percentages exconisaties hebben. Deze bias zou kunnen worden ondervangen door in centra waar het percentage exconisaties relatief hoog is naar de ingangscytologie te kijken (hierbij is medewerking/informatie nodig vanuit andere registratiesystemen). Indien een centrum relatief veel vrouwen behandelt waarbij de laesie diep endocervicaal zit, zou dit een bias kunnen geven. Deze bias kan ondervangen worden door de leeftijd van de patiënten mee te wegen, omdat de cervicale transformatiezone vaker niet te overzien is bij postmenopauzale vrouwen (indien deze data geregistreerd worden).

## 12 Registratiebetrouwbaarheid

De verwachting is dat de gegevens die nodig zijn voor de indicator in de ziekenhuizen betrouwbaar geregistreerd kunnen worden.

De informatie voor de noemer en de teller wordt in de ziekenhuissystemen gestructureerd opgeslagen en kunnen geëxtraheerd worden.

## 13 Referenties

- Baldauf JJ, Dreyfus M, Ritter J, Meyer P, Philippe E. Risk of cervical stenosis after large loop excision or laser conization. *Obstet Gynecol* 1996;88:933-8.
- Girardi F, Heydarfadai M, Koroschetz F, Pickel H, Winter R. Cold-knife conization versus loop excision: histopathologic and clinical results of a randomized trial. *Gynecol Oncol* 1994;55:368-70.
- Martin-Hirsch PP, Paraskevaidis E, Bryant A, Dickinson HO, Keep SL. Surgery for cervical intraepithelial neoplasia. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;6:CD001318.
- Noehr B, Jensen A, Frederiksen K, Tabor A, Kjaer SK. Depth of cervical cone removed by loop electrosurgical excision procedure and subsequent risk of spontaneous preterm delivery. *Obstet Gynecol* 2009;114:1232-8.
- Phadnis SV, Atilade A, Young MP, Evans H, Walker PG. The volume perspective: a comparison of two excisional treatments for cervical intraepithelial neoplasia (laser versus LLETZ). *BJOG* 2010;117:615-9.
- Sjoborg KD, Vistad I, Myhr SS, Svenningsen R, Herzog C, Kloster-Jensen A, et al.

Pregnancy

outcome after cervical cone excision: a case-control study. Acta Obstet Gynecol Scand 2007;86:423-8.

- [www.oncoline.nl](http://www.oncoline.nl), Richtlijn CIN, AIS en VAIN, 12-11-2015

## 14 Informatie voor patiënten

Als het uitstrijkje bij de huisarts of het bevolkingsonderzoek een afwijkende uitslag heeft, wordt de patiënt doorverwezen naar een gynaecoloog het ziekenhuis. Deze gynaecoloog doet verder onderzoek door met kleurstoffen en vergroting (colposcopie) naar de baarmoedermond te kijken en neemt eventueel een stukje weefsel (biopt) weg in de baarmoederhals. Dit weefsel wordt onderzocht en ingedeeld in een CIN-klasse. CIN betekent cervicale intra-epitheliale neoplasie en is een voorstadium van baarmoederhalskanker. Deze varieert van I (minimale afwijking) tot III (ernstige afwijkingen). Bij CIN II volgt soms en bij CIN III volgt in principe altijd een behandeling. De behandeling bestaat uit het weghalen van het afwijkende weefsel. Het weghalen kan op verschillende manieren. De voorkeur heeft 'lisexcisie'. Hierbij wordt het weefsel weggehaald met een verhit elektrisch lusje. Ook kan het weghalen met 'exconisatie' gebeuren. De arts snijdt dan een kegelvormig stuk weefsel uit de baarmoedermond. Deze behandeling heeft niet de voorkeur, omdat er meer bijwerkingen op korte en lange termijn zijn dan bij lisexcisie, maar is in enkele gevallen medisch noodzakelijk (bijvoorbeeld als de afwijking dieper gelegen is). De indicator vraagt naar het percentage vrouwen behandeld met exconisatie. Hoe lager dit getal hoe meer vrouwen behandeld worden middels de methode van voorkeur.

2. Normale cervixcytologie	
<b>Relatie tot kwaliteit</b>	Deze indicator geeft een indicatie over de effectiviteit van de behandeling
<b>Operationalisatie</b>	Percentage patiënten dat behandeld is voor CIN II-III (op basis van biopt of de excisie zelf), met een normale cervixcytologie binnen 3 tot 9 maanden na behandeling.
<b>Teller</b>	Aantal patiënten dat behandeld is voor CIN II-III (op basis van biopt of de excisie zelf), met een normale cervixcytologie binnen 3 tot 9 maanden na behandeling.
<b>Noemer</b>	Aantal patiënten dat behandeld is voor CIN II-III (op basis van biopt of de excisie zelf).
<b>Definities</b>	Onder behandeling voor CIN worden de volgende behandelingen in het ziekenhuis verstaan: lisexcisie, cryocoagulatie, exconisatie, laserevaporisatie en laserexcisie. Normale cervixcytologie: patiënten met uitslag Pap1 of Pap 2, of daarmee overeenkomstig KOPAC-B score. Onder afwijkende cervixcytologie wordt verstaan: >Pap2.
<b>Exclusiecriteria</b>	Exclusie: -Alle patiënten die om andere redenen dan CIN een behandeling van de cervix hebben ondergaan. -Patiënten waarbij geen cervixcytologie is uitgevoerd.
<b>Bron</b>	DBC-registratie, verrichtingenregistratie, PALGA
<b>Meetfrequentie</b>	1x per verslagjaar
<b>Verslagjaar</b>	01-01-2019 tot en met 31-12-2019*
<b>Rapportagefrequentie</b>	1x per verslagjaar
<b>Type indicator</b>	Uitkomst
<b>Meetniveau</b>	Patiëntniveau
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Veiligheid, effectiviteit, doelmatigheid

\*Let op: Omdat voor indicator 2 drie tot negen maanden na de behandeling moet worden gekeken, heeft de behandeling plaatsgevonden en is het DBC-zorgproduct afgesloten in 2019 (van invloed op de noemer), en kan de eerste normale cervixcytologie in 2019 of 2020 (uiterlijk september) zijn (van invloed op de teller).

## 15 Rekenregels

Indicator 2 Normale cervixcytologie	Formule
<b>Teller</b>	Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie patiënten verzameld onder de noemer. Selecteer vervolgens alle patiënten met een normale cervixcytologie binnen 3 tot 9 maanden. (Indien deze cytologie een Pap 0 is, dient de volgende cytologie gebruikt te worden, ook als deze >9 maanden na behandeling is verricht.)
<b>Noemer</b>	Selecteer alle patiënten bij wie de diagnose cervixafwijking inclusief afwijkende cervixcytologie is gesteld en die, op basis van biopt of excisie, behandeld zijn voor CIN II-III
	# patiënten noemer waarvoor geldt 3 maanden < BA9 ≤ 9 maanden en BA9=ja
	# patiënten waarvoor BA1 en BA2 gelden en waarvoor geldt BA6=ja

Afwijkende cervixcytologie twaalf maanden na behandeling voor CIN kan samenhangen met incomplete behandeling of recidief. De kans op recidief CIN na twaalf maanden wordt geschat op kleiner dan tien procent. De richtlijn Cervicale intra-epitheliale neoplasie (CIN), AIS en VAIN stelt dat follow-up dient te worden uitgevoerd na 6, (12) en 24 maanden na de behandeldatum (Oncoline 2015).

## 16 Mogelijkheden tot verbetering

Deze indicator moet leiden tot een beter inzicht in de effectiviteit van de behandeling van CIN Uitschieters kunnen met behulp van deze indicator in kaart gebracht worden. De werkgroep verwacht dat op dit moment nog veel variatie bestaat tussen de verschillende ziekenhuizen.

## 17 Beperkingen bij gebruik en interpretatie

Er worden geen beperkingen bij gebruik en interpretatie verwacht.

## 18 Inhoudsvaliditeit

De mate van bewijskracht hiervoor is C, dat wil zeggen dat er enkele niet-vergelijkende onderzoeken bekend zijn.

## 19 Statistisch betrouwbaar onderscheiden

Het is onbekend in hoeverre er in de praktijk verschillen bestaan tussen de ziekenhuizen. De werkgroep verwacht dat er met de indicator een goed onderscheid kan worden gemaakt tussen de ziekenhuizen in de effectiviteit van de behandeling.

## 20 Vergelijkbaarheid

Verschillen in patiëntengroepen spelen bij deze indicator geen rol.

## 21 Registratiebetrouwbaarheid

De werkgroep verwacht dat de betrouwbaarheid van de indicator beperkt is, omdat het vermoeden bestaat dat de data niet in alle ziekenhuizen op eenduidige wijze worden geregistreerd (zie registreerbaarheid).

De beperkte reproduceerbaarheid van de cytologie geldt voor alle ziekenhuizen in gelijke mate. Dit staat het gebruik van de indicator niet in de weg.

Binnen het ZIS kan niet (geautomatiseerd) worden geselecteerd op de gevraagde inclusiecriteria. Ook kan geen (geautomatiseerd) overzicht worden gegenereerd van de teller en noemer. De werkgroep is zich bewust van deze beperkingen aan de registratie maar is van mening dat de indicator dermate van belang is, omdat het een uitkomst van de behandeling betreft, dat gekozen wordt de indicator te handhaven (hierbij is medewerking van/informatie nodig vanuit andere registratiesystemen).

## 22 Referenties

- Bais AG, Eijkemans MJ, Rebolj M, Snijders PJ, Verheijen RH, van Ballegooijen M, Meijer CJ, Helmerhorst TJ. Post-treatment CIN: randomised clinical trial using hrHPV testing for prediction of residual/recurrent disease. *Int J Cancer* 2009;124:889-95.
- Davey E, d'Assuncao J, Irwig L, Macaskill P, Chan SF, Richards A, Farnsworth A. Accuracy of reading liquid based cytology slides using the ThinPrep Imager compared with conventional cytology: prospective study. *BMJ* 2007;335:31.
- NHS Cancer Screening Programme. Colposcopy and programme management. Sheffield, 2004: NHSCSP.
- [www.oncoline.nl](http://www.oncoline.nl). Richtlijn CIN, AIS en VAIN 12-11-2015 .

## 23 Informatie voor patiënten

Na een behandeling van CIN II en III komen patiënten nog regelmatig terug naar het ziekenhuis voor controle. Bij de controle wordt er een uitstrijkje gemaakt. De eerste keer gebeurt dit binnen 3 tot 9 maanden na de behandeling. Bij het uitstrijkje worden cellen met een borsteltje van de baarmoedermond geschraapt. Deze cellen worden onderzocht in het laboratorium. Hierbij wordt gekeken of het virus dat de afwijking kan veroorzaken aanwezig is (het HPV: Human papillomavirus). Ook wordt er gekeken of er nog afwijkende cellen aanwezig zijn. Als er geen afwijkende cellen in het weefsel zitten, is de behandeling geslaagd. Deze indicator meet bij hoeveel procent van de vrouwen die behandeld zijn voor CIN II of III geen afwijkende cellen meer gevonden zijn in het

eerste uitstrijkje  
na behandeling.

Als er nog wel HPV aanwezig is, of een lichte afwijking in het baarmoederhalsweefsel, is dit reden voor een extra controle na 12 maanden. Was alles goed, dan is de volgende controle pas na 24 maanden.



### 3. Lijst te verzamelen variabelen

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe de gegevens voor het bepalen van de indicatoren verzameld worden. Dit gebeurt aan de hand van een variabelenlijst. Een variabele is een te verzamelen data- element.

#### 24 Variabelenlijst

Structuurindicatoren worden op ziekenhuisniveau verzameld. Het is voor deze indicatoren voldoende om één keer per jaar een vraag met ja of nee te beantwoorden. Om de proces- en uitkomstindicatoren te kunnen bepalen, worden gegevens op patiëntniveau verzameld en worden verschillende bronnen geraadpleegd.

Op de volgende pagina's worden alle variabelen beschreven die nodig zijn om de indicatoren te kunnen bepalen van de set Baarmoederhalsafwijkingen. Van de variabelen worden de volgende gegevens vastgelegd:

- Variabele nummer: Het nummer van de variabele wordt later gebruikt om uit te kunnen leggen welke variabelen gebruikt moeten worden voor de berekening van een indicator.
- Naam: Naam/beschrijving van de variabele.
- Vast te leggen waarde: De vast te leggen waarde is een omschrijving om aan te geven wat een ziekenhuis moet vastleggen. Dit kan bijvoorbeeld een codering zijn, ja/nee of een datum.
- Bron: De bron is bedoeld om het zoeken naar de variabele (het data- element) te vereenvoudigen. Dit is gebaseerd op de bevindingen van de ziekenhuizen uit de praktijktest. Het kan zijn dat dit in andere ziekenhuizen onder een andere naam of op een andere plaats/systeem wordt vastgelegd.
- Instructie: Deze beschrijft met welke zoekwaarden gezocht moet worden. Ook worden praktijktips gegeven.
- Nodig voor indicator: Als laatste staat aangegeven voor welke indicatoren de variabele gebruikt wordt.

Voor sommige variabelen is het niet mogelijk om direct uit de data de waarde van de variabele te bepalen. Leeftijd is hierbij het meest duidelijke voorbeeld. Om de leeftijd te kunnen bepalen is een peildatum en een geboortedatum nodig. Deze eerste twee gegevens zijn opgenomen bij de variabelen. Bij de indicatoren zijn rekenregels gedefinieerd die de uiteindelijke variabele berekenen. Een voorbeeld is: peildatum – geboortedatum = leeftijd.

Tabel 1: Variabelen uit verschillende bronnen in het ziekenhuis

Varia- bele	Naam indicator	Vast te leggen waarde	Bron	Instructie	Benodigd voor
BA0	Patiëntnummer	ZIS	Het patiëntnummer is een uniek element dat de basis vormt om koppelingen te maken tussen exconisaties registratiesystemen	Normale	1: Cervix 2: cervixcytologie
BA1	Patiënten met de diagnose 181105; Cervixafwijkingen inclusief afwijkende cervixcytologie	DBC-code/zorgproductcodes voor: registratie cervixcytologie Zorgproductcode: <b>181105002:</b> bij AUE (037111), VUE (037131), TLH (037113), uterus extirpatie i.v.m. carcinoom in situ cervix (037122) of operatie cervixscheuren (037240) <b>181105003:</b> bij curettage (037191), hysteroscopie (039171), onderzoek in narcose (039381) of diagnostische laparoscopie (035582) <b>181105004:</b> bij klinische opname 1-5 dagen <b>181105006:</b> bij lisexcisie of cryocoagulatie (037200) of conisatie (037210) <b>181105007:</b> bij colposcopie (met zorgactiviteit 039170) <b>181105010:</b> >2	afgesloten zorgproduct/DBC worden geïnccludeerd.	DBC Alleen patiënten met een in het verslagjaar exconisaties cervixafwijking 2: Normale	1: Cervix G19;

polikliniek bezoeken of  
dagverpleging of  
langdurige observatie  
**181105012**:bij 1 of 2  
polikliniek  
bezoeken

Varia- bele	Naam indicator	Vast te leggen waarde	Bron	Instructie	Benodigd voor
		<b>181105013:</b> bij klinisch opname >5 dagen			
BA2	Behandeling Verrichtingen: baarmoederhals 037200 exconisaties afwijking 037210	DBC- registratie, betreffende verrichtingen-	De patiënten van wie een verrichting met registratie, betreffende te worden. 2: Normale registratie	De patiënten van wie een verrichting met registratie, betreffende cervixcytologie	1: Cervix
BA3	Datum registratie,baarmoederhalsafwijking baarmoederhals afwijking	dd-mm-jjjjDBC- verrichtingen- registratie	De datum waarop de behandeling van de heeft plaatsgevonden.	2: Normale behandeling cervixcytologie	
BA4	Cervix registratie, betreffende	CBV: DBC- Verrichtingen: 037210	De patiënten van wie een verrichting met bestaat, dienen geselecteerd verrichtingen- te worden. registratie	1: Cervix exconisatie exconisaties	337200
BA5	Verdenking carcinoom of adenocarcinoom in situ carcinoom of adenocarcinoo m in situ	Ja / Nee	Patiënten met een verdenking op een invasief geselecteerd te worden.	1: Cervix invasief	
BA6	CIN codering II- III	Ja / Nee CIN III dienen geselecteerd te worden.	PA-verslag Patiënten met een definitieve histologie cervixcytologie	CIN II of	2: Normale
BA7	Datum cytologische uitslag	dd-mm-jjjjDBC- registratie, verrichtingen-	De datum waarop de patiënt een cytologische uitslag ontvangt. registratie, PALGA	cervixcytologie	2: Normale
BA8	Normale uitslag	Ja / Nee	PA-verslag De patiënten met een normale cytologische te worden geselecteerd. cervixcytologie	2: Normale cytologische uitslag	

Tabel 2: Rekenregels voor te berekenen variabelen

Variabele	Te berekenen gegevens	Berekening	Formule	Validatie - regels	Nodig voor indicator
BA9	Cytologische uitslag binnen 9 maanden	Datum cytologische uitslag – datum behandeling voor CIN	BA8 – BA3	3-9 maanden	2: Normale cervixcytologie

## 25 Bijlage: Wijzigingstabel ten opzichte van de gids van verslagjaar 2019

<b>Klantpreferentievragen</b>		
3. Online faciliteiten	Vervallen van de Transparantiekalender vanaf 2020	
4. Doorverwijzen	Vervallen van de Transparantiekalender vanaf 2020	
5. Uitslag van onderzoeken	Vervallen van de Transparantiekalender vanaf 2020	