

## Toetstabel indicatorenset Mammacarcinoom vj2019

Operationalisatie	Aard van de wijziging	Criteria Toetsingskader	Advies werkgroep	PFN	FMS	V&VN	ZN	NVZ	NFU	ZKN	WSCie	
<b>Indicator 2, 4 t/m 6, 8, 9</b>												
		Criterion 1 t/m 5	Verplicht transparant	akkoord	akkoord; NIV: Bij indicator 4a is specifiek genoemd dat het om primair geopereerde gaat. Bij 4b is dit niet het geval. Is dit een bewuste afweging?		akkoord	akkoord		akkoord	akkoord	
<b>Overweging ZIN</b>	Er is consensus in de werkgroep over het verplicht transparant stellen van de indicatoren. 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.											
<b>Advies ZIN</b>	<b>Verplicht transparant</b>											
<b>Indicator 1</b>												
		Criterion 1 t/m 5	<b>Geen consensus</b>	Verplicht Deze informatie wordt veel gebruikt voor patiënten informatie en onder andere voor het uitbrengen van het roze lintje. NFK: Verplicht	Verplicht; NIV 1b: In de exclusie wordt aangegeven dat patiënten behandeld met een palliatieve intentie niet meegenomen worden in de uitvraag. Is dit dan geen contra-dictie? Is de chirurgie niet de hoeksteen van curatieve behandeling?		Verplicht	Niet akkoord De indicatoren laten geen onderscheid zien tussen instellingen en zijn daarom verworpen tot het jaarlijks afvinken. De voorgestelde indicator is bovendien pas in juni in de huidige vorm opgesteld, waardoor deze niet de juiste stappen in het proces heeft doorlopen.	Verplicht	Niet aanwezig	Verplicht Princiepueel tegen vrijwillig transparante indicatoren. De indicator is tijdens de indicatorenendag sterk afgeslankt. Het heeft geen extra registratie last tot gevolg en biedt tevens informatie in de zorgketen waarin heden nog variatie tussen ziekenhuizen te zien is. Deze informatie wordt tevens gebruikt door SONCOS.	
<b>Overweging ZIN</b>	Er is geen consensus in de werkgroep over het verplicht transparant stellen van de indicatoren. Indicator 1 is samengesteld uit de oude structuurindicatoren 1 t/m 5 + subs. Inhoudelijk is er niets gewijzigd tov de vergadering. Er is weinig onderscheidend vermogen maar voor de patiëntenorganisaties is deze informatie van essentieel belang voor het roze lintje. De discussie over het onderscheidend vermogen moet in de werkgroep worden gevoerd en de relevantie van de indicator met evt beperkt onderscheidend vermogen bepaald. Primair is het de rol van de zorgprofessional, zorgverzekeraars en patiënten om te bepalen wanneer een niet onderscheidende indicator ook niet meer inhoudelijk relevant is. 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 meerderheid van de werkgroep over.											
<b>Advies ZIN</b>	<b>Verplicht transparant</b>											
<b>Indicator 3</b>												
		Criterion 1 t/m 5	Verplicht transparant	akkoord	akkoord		akkoord	akkoord	niet akkoord Patiëntenorganisatie en zorgverzekeraars gaven tijdens de bijeenkomst aan dat zij de informatie niet gebruiken voor verwerking tot keuze- en inkoopinformatie. Wat niet gebruikt wordt, moet ook niet uitgevraagd worden. De indicatorset is bovendien erg groot. In het ontwikkelkader van het Bestuurlijk Overleg Transparantie is opgenomen dat de set mammacarcinoom gereduceerd wordt. Door niet gebruikte indicatoren te schrappen wordt hier invulling aan gegeven. Er is overlap met de IGJ basisset 2019. In het ontwikkelkader is opgenomen dat dubbele uitvraag wordt tegengegaan.	akkoord	akkoord	akkoord
<b>Overweging ZIN</b>	Er is consensus in de werkgroep - <b>met uitzondering van de NVZ</b> - over het verplicht transparant stellen van de indicatoren. 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). Gezien de huidige situatie waarin veel discussie is over registratielast is het niet wenselijk als er indicatoren op de Transparantiekalender worden geplaatst terwijl de informatievragende partijen de informatie niet gebruiken. Om deze reden adviseert ZIN de indicator niet transparant te maken.											
<b>Advies ZIN</b>	<b>Niet transparant</b>											

Operationalisatie	Aard van de wijziging	Criteria Toetsinaskader	Advies werkarroep	PFN	FMS	V&VN	ZN	NVZ	NFU	ZKN	WSCie
-------------------	-----------------------	-------------------------	-------------------	-----	-----	------	----	-----	-----	-----	-------

**Indicator 7**

		criterium 1 t/m 5	<b>Geen consensus</b>	Verplicht NFK: Verplicht	Verplicht; in de autorisatiefase blijkt dat de NIV niet akkoord: Is het doel van de indicator dat iedereen met NAC door radiotherapeut wordt gezien? Indien zo dan zullen een aantal patiënten wel door radiotherapeut worden gezien maar misschien uiteindelijk postoperatief geen radiotherapie krijgen. De breuk teller/noemer gaat dan > 1 zijn. Is het niet beter te stellen dat gemeten wordt bij de patiënten die post-ok radiotherapie krijgen of ze voor ok gezien zijn door radiotherapeut? Wellicht anders formuleren. Percentage patiënten met een invasief borstkanker zonder metastasen op afstand dat (neo)adjuvante therapie heeft gehad en dat binnen 28 dagen na start van deze behandeling gezien wordt door de radiotherapeut, vervolgens geopereerd is en tevens postoperatief bestraald is		Verplicht	Niet akkoord  Patiëntenorganisatie en zorgverzekeraars gaven tijdens de bijeenkomst aan dat zij de informatie niet gebruiken voor verwerking tot keuze- en inkoopinformatie. Wat niet gebruikt wordt, moet ook niet uitgevraagd worden. De indicatorset is bovendien erg groot. In het ontwikkelkader van het Bestuurlijk Overleg Transparantie is opgenomen dat de set mammacarcinoom gereduceerd wordt. Door niet gebruikte indicatoren te schrappen wordt hier invulling aan gegeven.	Verplicht	Niet aanwezig	Verplicht
--	--	-------------------	-----------------------	--------------------------------	---	--	-----------	--	-----------	---------------	-----------

Er is geen consensus in de werkgroep, NVZ is niet akkoord met verplichte transparantie ivm niet gebruik van deze indicator door informatievragende partijen. 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). Gezien de huidige situatie waarin veel discussie is over registratielast is het niet wenselijk als er indicatoren op de Transparantiekalender worden geplaatst terwijl de informatievragende partijen de informatie niet gebruiken. Om deze reden adviseert ZIN de indicator niet transparant te maken.

**Overweging ZIN**

**Advies ZIN** Niet transparant

**Indicator 10**

		criterium 1 t/m 5	<b>Geen consensus</b>	Verplicht Sluit aan bij WSCie. NFK: Verplicht	Verplicht; NIV: "PROM-indicatoren zeggen op dit moment nog niets over de kwaliteit van zorg, alleen de volwassenheid van de organisatie. Echter, het uitvragen van PROMs is nog maar echt stap één (en nog niet het geïntegreerd gebruiken van deze informatie) De NIV/NVMO is dan ook voor het vrijwillig uitvragen van deze indicator. Daarnaast hoopt de NIV/NVMO dat er snel stappen gemaakt kunnen worden naar indicatoren die direct iets zeggen over kwaliteit van zorg. "		Verplicht	Niet akkoord  Deelnamepercentage sec zegt niets over de kwaliteit van zorg of zinvol gebruik van de resultaten uit de PROM. Het is onduidelijk waarvoor de genoemde PROM in praktijk wordt gebruikt, anders dan vulling van de	Niet aanwezig tijdens DICA dagen. Autorisatie/ Bureauoverleg: Vrijwillig. Deelname PROM zegt als indicator nog niets over kwaliteit van zorg.	Niet aanwezig tijdens DICA dagen. Autorisatie/ Bureauoverleg: verplichte transparantie	Verplicht  Princieel tegen vrijwillig transparante indicatoren. Deze indicator kan na het eerder introduceren van de structuur indicator PROM/PREM en de patiënt feedback pilot een goede weergave geven van kwaliteit in de vorm van respons van de gemeten patiëntervaringen. Zonder het verplichte transparante karakter zijn de ziekenhuizen minder geneigd om energie te steken in de ontwikkeling van de PROM-afname. Dat is namelijk sinds de oprichting van de taskforce PROMS al geprobeerd. Willen we PROMS in de spreekkamer kunnen gaan gebruiken moet het eerst geïmplementeerd worden; deze indicator zou hiervoor een stimulus kunnen zijn.
--	--	-------------------	-----------------------	--	--	--	-----------	--	--	---	---

Er is geen consensus in de werkgroep over het verplicht transparant stellen van de indicatoren. Vorig jaar was er een verplichte indicator over deelname (ja/nee) aan de PROMs en PREMs. De meeste partijen geven aan dat het wenselijk is om de volgende stap te zetten en te kijken naar de respons op de PROMs, et proces van de samenwerkingsafspraken MSZ is gevolgd. De NVZ geeft aan dat deelnamepercentage inhoudelijk niets zegt over de kwaliteit van zorg of het zinvol gebruik van PROM resultaten. De werkgroep vindt dit een belangrijke stap voorwaarts naar het gebruik van uitkomstinformatie op basis van PROMs. Bestuurlijk en in het bureauoverleg\* hebben koepelpartijen aangegeven om in de toekomst meer uitkomstindicatoren te willen, waaronder PROMs en PREMs. Om weer een stap voorwaarts te maken in dit proces adviseert ZIN om bij elke PROMs indicator een stap vooruit te zetten of gelijk te blijven op deze door de partijen gehanteerde 'ladder van getrapte transparantie'. Het Zorginstituut volgt daarom het advies van de meerderheid van de werkgroep.

**Overweging ZIN**

**Advies ZIN** Verplicht transparant

## Factsheet indicatoren NABON Breast Cancer Audit (NBCA) 2019

NBCA 2019.6

Registratie gestart: 2011

Datum	Versie	Mutatie	Eigenaar
25-01-2018	2019.1	Eerste conceptversie indicatoren set 2019	DICA
31-01-2018	2019.2	Tweede conceptversie indicatoren set 2019	DICA
07-03-2018	2019.3	Derde conceptversie indicatoren set 2019	DICA
13-03-2018	2019.4	Vierde conceptversie indicatoren set 2019	DICA
08-06-2018	2019.5	Aanpassingen indicatoredagen set 2019	DICA
12-06-2018	2019.6	Aanpassing structuurindicator 1; op verzoek BVN	DICA

## Inclusie en exclusie criteria

### Inclusie

Primaire mammacarcinomen waarbij de volgende tumorsoorten geïnccludeerd worden:

- DCIS
- Invasief carcinoom
- Ziekte van Paget
- Inflamatoir carcinoom
- Alle tumorstadia inclusief metastasen op afstand

### Exclusie

- LCIS
- Recidief mammacarcinoom
- Phyllodes tumoren
- Niet chirurgisch behandelde patiënt

Nr.	Indicator	Type indicator	Jaar	Bron
1.	<p><b>Hoe ziet het borstkanker team eruit?</b></p> <p>A. Wat is het totaal aantal nieuw gediagnosticeerde patiënten met invasief borstkanker of DCIS dat op uw ziekenhuislocatie operatief is behandeld in de periode 1 oktober 2018 tot en met 30 september 2019? <i>Antwoord: Aantal: &lt;CCC&gt;</i></p> <p>B. Wat is het totaal aantal nieuw gediagnosticeerde patiënten met een invasief borstkanker of DCIS dat op uw locatie niet chirurgisch is behandeld, maar wel systemisch is behandeld in de periode 1 oktober 2018 tot en met 30 september 2019? <i>Antwoord: Aantal: &lt;CCC&gt;</i></p> <p>C. Hoeveel gecertificeerde internist-oncologen werkzaam op uw ziekenhuislocatie hebben in het verslagjaar borstkankerpatiënten behandeld? <i>Antwoord: Aantal: &lt;CC&gt;</i></p> <p>D. Hoeveel gecertificeerde oncologisch chirurgen werkzaam op uw ziekenhuislocatie hebben in het verslagjaar borstkankerpatiënten behandeld? <i>Antwoord: Aantal: &lt;CC&gt;</i></p> <p>E. Hoeveel plastisch chirurgen op uw ziekenhuislocatie behandelen patiënten met borstkanker? <i>Antwoord: Aantal: &lt;CC&gt;</i></p> <p>F. Maakt een plastisch chirurg onderdeel uit van het multidisciplinaire mammateam (vast of op afroep)? <i>Antwoord: 1.ja, vast / 2.ja, op afroep / 3.nee</i></p> <p>G. Is er gedocumenteerde samenwerking met/ betrokkenheid bij het MDO van een afdeling klinische genetica? <i>Antwoord: &lt;Ja/Nee&gt;</i></p> <p>H. Is het uitvragen van familieanamnese, assessment van de verwijscriteria en eventuele verwijzing voor genetisch onderzoek structureel opgenomen in het zorgpad? <i>Antwoord: &lt;Ja/Nee&gt;</i></p> <p>I. Is de mogelijkheid tot spoedcounseling en DNA-diagnostiek opgenomen in het zorgpad? <i>Antwoord: &lt;Ja/Nee&gt;</i></p>	Structuur	NBCA jaar	Invul

Nr.		Indicator	Type indicator	Uitvraag over (jaar)
<b>DIAGNOSTIEK</b>				
2.	RAD	Percentage patiënten met een MRI-mamma bij neo-adjuvante chemotherapie.	Proces	NBCA-jaar
<b>BEHANDELING</b>				
<b>Interne</b>				
3.	INT	Percentage patiënten onder de 70 jaar met een Triple negatief of Her2/Neu positieve (T2N1-2-3 en T3/4No-1-2-3) invasief borstkanker (met of zonder DCIS) zonder metastasen op afstand dat neo-adjuvante chemotherapie ontvangt.	Proces	NBCA-jaar
<b>Chirurgie</b>				
4.	CHI	Irradicaliteit bij primair borstsparende operatie (a. invasief borstkanker (zonder neo-adjuvante therapie) b. DCIS).	Uitkomst	NBCA-jaar
<b>Plastische chirurgie</b>				
5.	CH/ PL	Borstcontoursparende chirurgie (invasief borstkanker) (a. totaal. b. primair borstsparend. c. primair borstsparend na neo-adjuvante chemotherapie. d. directe reconstructie na ablatie).	Proces	NBCA-jaar
6.	PL	Percentage patiënten met een directe reconstructie door plastisch chirurg bij operatie (a. invasief borstkanker b. DCIS).	Proces	NBCA-jaar
<b>Radiotherapie</b>				
7.	RT	Percentage patiënten met neo-adjuvante chemotherapie dat binnen 28 dagen na start van deze behandeling gezien wordt door de radiotherapeut.	Proces	Kalenderjaar
8.	RT	Percentage patiënten dat radiotherapie krijgt bij lokaal uitgebreid borstkanker waarvoor ablatio mammae.	Proces	Kalenderjaar
<b>DOORLOOPTIJDEN</b>				
9.	ALG	Mediane doorlooptijd tussen diagnose en primaire behandeling.	Proces	NBCA-jaar
10.	ALG	PROM respons.	Uitkomst	NBCA-jaar

## Proces- en uitkomstindicatoren

Over periode (NBCA – of kalenderjaar)

Per indicator beschreven:

- 1) Patiënten met een datum eerste positieve biopt van 1-10-2018 tot en met 30-09-2019 (NBCA-jaar) òf
- 2) Patiënten met een datum eerste positieve biopt van 1-1-2018 tot en met 31-12-2018 (kalenderjaar).

## I. DIAGNOSTIEK - Radiologie

### 2. MRI-mamma bij neo-adjuvante chemotherapie

Indicator	
Operationalisatie	Percentage patiënten met een MRI-mamma bij neo-adjuvante chemotherapie.
Teller	Aantal patiënten die een MRI-mamma vóór start neo-adjuvante chemotherapie hebben ondergaan.
Noemer	Aantal patiënten met een primair invasief borstkanker zonder metastasen op afstand behandeld met neo-adjuvante chemotherapie.
Definitie (s)	-
In-/ exclusiecriteria	Zie NBCA in- / exclusiecriteria.
Norm:	Geen.
Uitvraag over periode:	01-10-2018 t/m 30-09-2019

Notulen indicatoredagen 2018	
Indicator NBCA.2	
Is de indicator valide geformuleerd? Ja/nee/geen consensus	Ja
Is de indicator rijp voor transparantie? Ja/nee/geen consensus	Ja
Vrijwillig óf verplicht transparant óf geen consensus?	Verplicht transparant



## II. BEHANDELING

### 3. Neo-adjuvante chemotherapie

Indicator	
Operationalisatie	Percentage patiënten onder de 70 jaar met een triple negatief of Her2/Neu positieve (cT2N1-2-3 of cT3/4 N any) invasief borstkanker (met of zonder DCIS) zonder metastasen op afstand dat neo-adjuvant chemotherapie ontvangt.
Teller	Aantal patiënten behandeld met neo-adjuvante chemotherapie.
Noemer	Aantal patiënten onder de 70 jaar met een triple negatief of Her2/Neu positieve (cT2N1-2-3 of cT3/4 N any) invasief borstkanker (met of zonder DCIS) zonder metastasen op afstand.
Definitie(s)	-
In-/exclusiecriteria	Zie NBCA in- / exclusiecriteria.
Norm	Geen.
Uitvraag over periode	01-10-2018 t/m 30-09-2019

Notulen indicatoredagen 2018	
Indicator NBCA.3	
Is de indicator valide geformuleerd? Ja/nee/geen consensus	Ja
Is de indicator rijp voor transparantie? Ja/nee/geen consensus	Ja
Vrijwillig óf verplicht transparant óf geen consensus?	Verplicht transparant

## II. BEHANDELING – Chirurgie

### 4.a. Irradicaliteit bij primair borstsparende operatie voor invasief borstkanker

Indicator	
Operationalisatie	Percentage patiënten met een irradicale resectie bij primair borstsparende operatie voor invasief borstkanker zonder metastasen op afstand (zonder neo-adjuvante therapie).
Teller	Aantal patiënten bij wie tumorweefsel (alleen m.b.t. invasieve component) meer dan focaal aanwezig is in het resectievlak na eerste borstsparende operatie.
Noemer	Aantal patiënten dat een eerste borstsparende operatie heeft ondergaan (zonder neo-adjuvante therapie) voor een primair invasief borstkanker (met of zonder DCIS) zonder metastasen op afstand.
Definitie (s)	-
In-/ exclusiecriteria	Zie NBCA in- / exclusiecriteria.
Norm	<15%
Uitvraag over periode:	01-10-2018 t/m 30-09-2019

#### Notulen indicatoredagen 2018

##### Indicator NBCA.4.a

Is de indicator valide geformuleerd? Ja/nee/geen consensus	Ja
Is de indicator rijp voor transparantie? Ja/nee/geen consensus	Ja
Vrijwillig óf verplicht transparant óf geen consensus?	Verplicht

#### 4.b. Irradicaliteit bij borstsparende operatie voor DCIS

Indicator	
Operationalisatie	Percentage patiënten met een irradicale resectie bij borstsparende operatie voor DCIS.
Teller	Aantal patiënten bij wie tumorweefsel (alleen m.b.t. DCIS component) meer dan focaal aanwezig is in het resectievlak na eerste borstsparende operatie voor DCIS.
Noemer	Aantal patiënten dat een eerste borstsparende operatie heeft ondergaan voor DCIS.
Definitie (s)	-
In-/ exclusiecriteria	Zie NBCA in- / exclusiecriteria.
Norm	<30%
Uitvraag over periode:	01-10-2018 t/m 30-09-2019

#### Notulen indicatoredagen 2018

##### Indicator NBCA.4.b

Is de indicator valide geformuleerd? Ja/nee/geen consensus	Ja
Is de indicator rijp voor transparantie? Ja/nee/geen consensus	Ja
Vrijwillig óf verplicht transparant óf geen consensus?	Verplicht

## II. BEHANDELING – Plastische chirurgie

5. Borstcontourbehoud	
Indicator	
Operationalisatie	Percentage patiënten dat een borstcontour heeft behouden na operatie voor invasief borstkanker zonder metastasen op afstand.
Teller A	Totaal aantal patiënten dat een borstcontour heeft behouden na operatie (b+c+d).
Teller B	Aantal patiënten dat een borstcontour heeft behouden na primair borstsparende operatie. *
Teller C	Aantal patiënten dat een borstcontour heeft behouden na borstsparende operatie na neo-adjuvante chemotherapie. *
Teller D	Aantal patiënten dat een borstcontour heeft behouden na een ablatieve operatie inclusief directe reconstructie (primair of na neo-adjuvante chemotherapie).
Noemer	Aantal geopereerde patiënten met een primair invasief borstkanker zonder metastasen op afstand.
Definitie (s)	* ook na re-excisie
In-/ exclusiecriteria	Zie NBCA in- / exclusiecriteria.
Norm	Geen.
Uitvraag over periode:	01-10-2018 t/m 30-09-2019

Notulen indicatoredagen 2018	
Indicator NBCA.5	
Is de indicator valide geformuleerd? Ja/nee/geen consensus	Ja
Is de indicator rijp voor transparantie? Ja/nee/geen consensus	Ja
Vrijwillig óf verplicht transparant óf geen consensus?	Verplicht transparant

## 6.a. Directe reconstructie invasief borstkanker

Indicator	
Operationalisatie	Percentage patiënten met een directe reconstructie voor invasief borstkanker door plastisch chirurg bij operatie.
Teller A	Totaal aantal patiënten met een directe reconstructie door plastisch chirurg bij operatie voor invasief borstkanker zonder metastasen op afstand (b+c+d).
Teller B	Aantal patiënten met een directe reconstructie met prothese door plastisch chirurg bij operatie voor invasief borstkanker zonder metastasen op afstand.
Teller C	Aantal patiënten met een directe reconstructie met autoloog weefsel door plastisch chirurg bij operatie voor invasief borstkanker zonder metastasen op afstand.
Teller D	Aantal patiënten met een directe reconstructie met een combinatie van prothese en autoloog weefsel door plastisch chirurg bij operatie voor invasief borstkanker zonder metastasen op afstand.
Noemer	Aantal patiënten met een ablatieve ingreep voor invasief borstkanker met of zonder DCIS en zonder metastasen op afstand.
Definitie (s)	-
In-/ exclusiecriteria	Zie NBCA in- / exclusiecriteria.
Norm	Geen.
Uitvraag over periode:	01-10-2018 t/m 30-09-2019

Notulen indicatoredagen 2018	
Indicator NBCA.6.a	
Is de indicator valide geformuleerd? Ja/nee/geen consensus	Ja
Is de indicator rijp voor transparantie? Ja/nee/geen consensus	Ja
Vrijwillig óf verplicht transparant óf geen consensus?	Verplicht transparant

## 6.b. Directe reconstructie DCIS

Indicator	
Operationalisatie	Percentage patiënten met een directe reconstructie voor DCIS door plastisch chirurg bij operatie.
Teller A	Totaal aantal patiënten met een directe reconstructie door plastisch chirurg bij operatie voor DCIS (b+c+d).
Teller B	Aantal patiënten met een directe reconstructie met prothese door plastisch chirurg bij operatie voor DCIS.
Teller C	Aantal patiënten met een directe reconstructie met autoloog weefsel door plastisch chirurg bij operatie voor DCIS.
Teller D	Aantal patiënten met een directe reconstructie met een combinatie van prothese en autoloog weefsel door plastisch chirurg bij operatie voor DCIS.
Noemer	Aantal patiënten met een ablatieve ingreep voor DCIS.
Definitie (s)	-
In-/ exclusiecriteria	Zie NBCA in- / exclusiecriteria.
Norm	Geen.
Uitvraag over periode:	01-10-2018 t/m 30-09-2019

### Notulen indicatoredagen 2018

#### Indicator NBCA.6.b

Is de indicator valide geformuleerd? Ja/nee/geen consensus	Ja
Is de indicator rijp voor transparantie? Ja/nee/geen consensus	Ja
Vrijwillig óf verplicht transparant óf geen consensus?	Verplicht transparant

## II. BEHANDELING – Radiotherapie

7. Neo-adjuvante chemotherapie en gezien door radiotherapeut	
Indicator	
Operationalisatie	Percentage patiënten met neo-adjuvante chemotherapie dat binnen 28 dagen na start van deze behandeling gezien wordt door de radiotherapeut.
Teller	Aantal patiënten behandeld met neo-adjuvante chemotherapie dat binnen 28 dagen na start behandeling gezien wordt door de radiotherapeut.
Noemer	Aantal patiënten met een invasief borstkanker zonder metastasen op afstand dat neo-adjuvante chemotherapie heeft gehad, geopereerd is, en tevens postoperatief bestraald is.
Definitie (s)	-
In-/ exclusiecriteria	Zie NBCA in- / exclusiecriteria.
Norm	Geen.
Uitvraag over periode:	01-01-2018 t/m 31-12-2019

Notulen indicatoredagen 2018	
Indicator NBCA.7	
Is de indicator valide geformuleerd? Ja/nee/geen consensus	Ja
Is de indicator rijp voor transparantie? Ja/nee/geen consensus	Geen consensus
Vrijwillig óf verplicht transparant óf geen consensus?	Geen consensus



## 8. Radiotherapie lokaal uitgebreid borstkanker waarvoor ablatio

Indicator	
Operationalisatie	Percentage patiënten dat radiotherapie krijgt bij lokaal uitgebreid borstkanker waarvoor ablatio mamma.
Teller	Aantal patiënten dat radiotherapie heeft gekregen.
Noemer	Aantal patiënten met een primair invasief lokaal uitgebreid borstkanker zonder metastasen op afstand (NABON richtlijn: cT3, T4, N any, M0 en T any, N2-3, M0) geopereerd met een ablatio mamma (excl. pT3N0).
Definitie (s)	-
In-/ exclusiecriteria	Zie NBCA in- / exclusiecriteria.
Norm	Geen.
Uitvraag over periode:	01-01-2018 t/m 31-12-2018

Notulen indicatoredagen 2018	
Indicator NBCA.8	
Is de indicator valide geformuleerd? Ja/nee/geen consensus	Ja
Is de indicator rijp voor transparantie? Ja/nee/geen consensus	Ja
Vrijwillig óf verplicht transparant óf geen consensus?	Verplicht transparant

### III. DOORLOOPTIJDEN

9. Doorlooptijd diagnose – primaire behandeling	
Indicator	
Operationalisatie	Mediane doorlooptijd in kalenderdagen tussen datum biopt waarop diagnose is gesteld (cq datum intake bij overname therapie) en start primaire behandeling.
Mediaan A	Mediane doorlooptijd in kalenderdagen tussen datum biopt waarop diagnose is gesteld (cq datum intake bij overname therapie) en start primaire behandeling (neo-adjuvant of operatief) (b+c+d).
Mediaan B	Mediane doorlooptijd in kalenderdagen tussen datum biopt waarop diagnose is gesteld* en neo-adjuvante chemotherapie.
Mediaan C	Mediane doorlooptijd in kalenderdagen tussen datum biopt waarop diagnose is gesteld* en eerste operatie (excl. neo-adjuvante behandeling en excl. directe reconstructie).
Mediaan D	Mediane doorlooptijd in kalenderdagen tussen datum biopt waarop diagnose is gesteld* en eerste operatie met een directe reconstructie (excl. neo-adjuvante behandeling).
Definitie (s)	NB1. Registratie vindt plaats voor het ziekenhuis waar operatie heeft plaatsgevonden. * Indien verwijzing: berekening vanaf de datum van intake bij overname therapie.
In-/ exclusiecriteria	Aantal neo-adjuvant behandelde en geopereerde patiënten met een primair invasief borstkanker en/of DCIS. Zie verder algemene NBCA in- / exclusiecriteria.
Norm	Geen.
Uitvraag over periode:	01-10-2018 t/m 30-09-2019

Notulen indicatoredagen 2018	
Indicator NBCA.9	
Is de indicator valide geformuleerd? Ja/nee/geen consensus	Ja
Is de indicator rijp voor transparantie? Ja/nee/geen consensus	Ja
Vrijwillig óf verplicht transparant óf geen consensus?	Verplicht transparant

## IV. PROMS

10. PROM respons	
Indicator	
Operationalisatie	Percentage patiënten dat heeft deelgenomen aan de Patient Reported Outcome Measures (PROM) vragenlijst.
Teller	Aantal patiënten in de NBCA dat heeft deelgenomen aan de PROM vragenlijst op To én op T1.
Noemer	Aantal patiënten opgenomen in de NBCA.
Definitie(s)	-
In-/ exclusiecriteria	De in-/exclusiecriteria als geldend voor de NBCA.
Norm	Geen.
Uitvraag over periode:	01-10-2018 t/m 30-09-2019

Notulen indicatoredagen 2018	
Indicator NBCA.10	
Is de indicator valide geformuleerd? Ja/nee/geen consensus	Ja
Is de indicator rijp voor transparantie? Ja/nee/geen consensus	Geen consensus
Vrijwillig óf verplicht transparant óf geen consensus?	Geen consensus

Geen consensus NBCA. Structuur indicator 1		
Organisatie	Standpunt	Argumentatie
WSCie	Verplicht transparant	Principieel tegen vrijwillig transparante indicatoren. De indicator is tijdens de indicatoredag sterk afgeslankt. Het heeft geen extra registratie last tot gevolg en biedt tevens informatie in de zorgketen waarin heden nog variatie tussen ziekenhuizen te zien is. Deze informatie wordt tevens gebruikt door SONCOS.
FMS	Verplicht transparant	
NVZ	Vrijwillig transparant	
NFU	Niet aanwezig	
ZKN	Niet aanwezig	
ZN	Verplicht transparant	
PFN	Verplicht transparant	Deze informatie wordt veel gebruikt voor patiënten informatie en onder andere voor het uitbrengen van het roze lintje.
NFK	Verplicht transparant	

<b>Geen consensus</b>		
<b>NBCA.7 Neoadjuvante chemotherapie en gezien door RT</b>		
Organisatie	Standpunt	Argumentatie
WSCie	Verplicht transparant	Principieel tegen vrijwillig transparante indicatoren.
FMS	Verplicht transparant	
NVZ	Niet transparant	
NFU	Niet aanwezig	
ZKN	Niet aanwezig	
ZN	Verplicht transparant	
PFN	Verplicht transparant	
NFK	Verplicht transparant	

Geen consensus NBCA.10 PROMS response		
Organisatie	Standpunt	Argumentatie
WSCie	Verplicht transparant	Principieel tegen vrijwillig transparante indicatoren. Deze indicator kan na het eerder introduceren van de structuur indicator PROM/PREM en de patiënt feedback pilot een goede weergave geven van kwaliteit in de vorm van respons van de gemeten patiëntervaringen. Zonder het verplichte transparante karakter zijn de ziekenhuizen minder geneigd om energie te steken in de ontwikkeling van de PROM-afname. Dat is namelijk sinds de oprichting van de taskforce PROMS al geprobeerd. Willen we PROMS in de spreekkamer kunnen gaan gebruiken moet het eerst geïmplementeerd worden; deze indicator zou hiervoor een stimulus kunnen zijn.
FMS	Verplicht transparant	
NVZ	Vrijwillig transparant	Meet niet de daadwerkelijke PROM in de spreekkamer.
NFU	Niet aanwezig	
ZKN	Niet aanwezig	
ZN	Verplicht transparant	Ziekenhuizen die dit nog niet op orde hebben worden hier niet op af gerekend, maar worden wel gestimuleerd om te leren van de ziekenhuizen met een hoge score.
PFN	Verplicht transparant	Sluit aan bij WSCie.
NFK	Verplicht transparant	