

# Indicatorenset DHBA

Uitvraag ziekenhuizen/ZBC's over verslagjaar 2023

Versie 2023.1, juni 2022

**Meer informatie op:**

- [www.transparantieportaal.nl](http://www.transparantieportaal.nl)
- [www.dica.nl](http://www.dica.nl)
- [www.zorginzicht.nl](http://www.zorginzicht.nl)

**Samengesteld door:**

Organisaties van cliënten:

-NFK

Organisaties van zorgaanbieders of zorgverleners:

-NVvH

Organisaties van zorgverzekeraars of Wlz-uitvoerders:

-ZN

Overig:

-

**Aanspreekpunt:**

DHBA - DICA

indicatoren@dica.nl

**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	11
5	Bijlage: toelichting op informatie per indicator	12

## 1 Overzicht indicatoren

<b>Indicator-nummer</b>	<b>Indicatornaam</b>	<b>Bron<sup>1</sup></b>	<b>Transparantie?<sup>2</sup></b>
1	Deelname leverchirurgen	DHBA	Verplicht
2	Deelname interventieradiologen	DHBA	Verplicht
3	Aantal percutane leverablaties	DHBA	Verplicht
4	Aantal geregistreerde leveroperaties	DHBA	Verplicht

<sup>1</sup> Vul hier de bron van de indicator in (bijvoorbeeld kwaliteitsregistratie X, EPD, ZIS, etc.)

<sup>2</sup> Vrijwillige indicatoren worden niet opgenomen op de Transparantiekalender en dus niet aangeleverd aan en gepubliceerd door Zorginstituut Nederland. Vrijwillige indicatoren worden gedeeld met de Zorgverzekeraars, Patiëntenorganisaties en Zorgaanbieders

## 2 Algemene informatie

### 2.1 Uitgangspunten

De indicatoren zijn gebaseerd op de DHBA kwaliteitsregistratie.  
Aanlevering op ziekenhuisniveau/ZBC.

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

De indicatoren zijn gebaseerd op:

- o Professionele standaard, namelijk: .....
- o Kwaliteitsstandaard, namelijk: het SONCOS normeringsrapport  
<https://www.soncos.org/kwaliteit/normeringsrapport/>
- o (Internationale) Indicatorenset, namelijk: .....
- o Afspraken over gegevensuitwisseling, namelijk: .....

### 2.2 Populatiebepaling

Voor alle indicatoren in deze indicatorenset bestaat de populatie uit:

Leverresecties voor colorectale levermetastasen en metastasen van andere origine.  
Leverresecties voor alle primaire maligne en benigne levertumoren.  
Leverresecties vanwege een verdenking op een maligne tumor van de galwegen of de galblaas.  
Ablaties voor levertumoren (laparoscopisch, open, of percutaan).

### 2.3 Aanlevering van de gegevens

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

### 2.4 Indicatorenwerkgroep

De werkgroep voor het onderhoud van de indicatorset DHBA bestond in 2022 uit de volgende personen:

dr. D.J. Grünhagen, chirurg, voorzitter DHBA  
dr. M.C. Burgmans, interventie radioloog, DHBA  
M. de Graaff, arts onderzoeker, DHBA

## **2.5 Externe partijen**

Tevens waren de volgende personen aanwezig bij de ontwikkeldagen:

E. Oud, FMS  
L. Vunderink, ZN  
A. Doorn, stichting darmkanker  
M van der Waals, NVZ  
B. van Leiden, ZN  
J. Gehlen, CZ  
E. Wolak, NFK.

Bij de indicatoredagen waren aanwezig:

Dhr. J. van den Berg, VGZ  
Mw. J. van Domburg, FMS  
Mw. E. Wolak, NFK

### 3 Vast te leggen gegevens

Om als zorgaanbieder deze indicatorset te kunnen aanleveren, moeten per cliënt de volgende gegevens (variabelen) worden vastgelegd:<sup>1</sup>

De informatie over de vast te leggen gegevens voor deze indicatorenset zijn te vinden in de datadictionary van de DHBA op <https://support.mrdm.nl/registraties/dhba/>

---

<sup>1</sup> Als alle zorgaanbieders dezelfde (kwaliteits)registratie gebruiken kun je dit hoofdstuk leeg laten. Als er echter verschillen zijn in registratie of verwerker van gegevens is dit overzicht noodzakelijk om kwaliteit van de gegevens te borgen.

#### 4 Indicatoren

<b>Indicatornaam</b>	Deelname leverchirurgen
<b>Indicatornummer</b>	1
<b>Operationalisatie</b>	Deelname van de leverchirurgen aan de DHBA.
<b>Informatie voor cliënten</b>	Inzicht in de implementatie van de registratie in het ziekenhuis.
<b>Relevantie en toepasbaarheid</b>	Inzicht in de implementatie van de registratie in het ziekenhuis.
<b>Type indicator</b>	Structuur
<b>Achtergrond van de indicator</b>	Document: deelname aan de kwaliteitsregistratie DHBA is de norm vanuit de NVvH Initiator: NVvH
<b>Doel van het meten en publiceren</b>	Stimuleren van deelname aan de kwaliteitsregistratie DHBA.
<b>Transparantie</b>	Verplicht
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Datatype</b>	Ja/Nee
<b>Vraag</b>	Worden alle leveroperaties, die voldoen aan de in- en exclusie criteria, in de DHBA geregistreerd?
<b>Antwoordopties</b>	Ja/Nee; één antwoord mogelijk
<b>Definitie</b>	-
<b>Aggregatieniveau</b>	Locatieniveau
<b>In-/exclusiecriteria</b>	Leverresecties voor colorectale levermetastasen en metastasen van andere origine; leverresecties voor alle primaire maligne en benigne levertumoren; leverresecties vanwege een maligne tumor van de galwegen of de galblaas; leveroperaties waarbij geen resectie is verricht; Exclusie criteria: ablaties levertumoren (laparoscopisch, open, of percutaan).
<b>Rekenregels en casemixcorrecties</b>	N.v.t.
<b>Databron (registratie)</b>	DHBA
<b>Norm</b>	Deelname is norm volgens NVvH. Deze indicator is onderdeel van het SONCOS normeringsdocument.
<b>Meetperiode</b>	01-01-2023 t/m 31-12-2023
<b>Aanleverfrequentie</b>	Eén keer per jaar
<b>Eerste aanleverdatum</b>	2017

<b>Indicator naam</b>	Deelname interventieradiologen
<b>Indicator nummer</b>	2
<b>Operationalisatie</b>	Deelname van de interventieradiologen aan de DHBA-interventie radiologie.
<b>Informatie voor cliënten</b>	Inzicht in de implementatie van de registratie in het ziekenhuis.
<b>Relevantie en toepasbaarheid</b>	Inzicht in de implementatie van de registratie in het ziekenhuis.
<b>Type indicator</b>	Structuur
<b>Achtergrond van de indicator</b>	Document: deelname aan de kwaliteitsregistratie DHBA Initiator: tripartiet
<b>Doel van het meten en publiceren</b>	Stimuleren van deelname aan de kwaliteitsregistratie DHBA interventie radiologie.
<b>Transparantie</b>	Verplicht
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Datatype</b>	Ja/Nee
<b>Vraag</b>	Zijn alle patiënten die een ablatie voor een colorectale levermetastase in de DHBA-interventie radiologie geregistreerd?
<b>Antwoordoptyes</b>	Ja/Nee; één antwoord mogelijk
<b>Aggregatieniveau</b>	Locatieniveau
<b>Definitie</b>	-
<b>In-/exclusiecriteria</b>	Ablaties voor colorectale levertumoren (laparoscopisch, open, of percutaan). Exclusie: ablaties voor levertumoren anders dan colorectale levertumoren. Leverresecties voor colorectale levermetastasen en metastasen van andere origine; leverresecties voor alle primaire maligne en benigne levertumoren; leverresecties vanwege een maligne tumor van de galwegen of de galblaas;
<b>Rekenregels en casemixcorrecties</b>	N.v.t.
<b>Databron (registratie)</b>	DHBA
<b>Norm</b>	n.v.t.
<b>Meetperiode</b>	01-01-2023 t/m 31-12-2023
<b>Aanleverfrequentie</b>	Eén keer per jaar
<b>Eerste aanleverdatum</b>	2018



<b>Indicatornaam</b>	Aantal percutane leverablaties
<b>Indicatornummer</b>	3
<b>Operationalisatie</b>	Aantal percutane leverablaties voor colorectale levermetastasen.
<b>Informatie voor cliënten</b>	Inzicht in het aantal leverablaties.
<b>Relevantie en toepasbaarheid</b>	Inzicht in het aantal leverablaties.
<b>Type indicator</b>	Structuur
<b>Achtergrond van de indicator</b>	Document: deelname aan de kwaliteitsregistratie DHBA Initiator: tripartiet
<b>Doel van het meten en publiceren</b>	Waarborgen van de kwaliteit van zorg door volume van behandelingen inzichtelijk te maken.
<b>Transparantie</b>	Verplicht
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Datatype</b>	Aantal
<b>Teller</b>	Totaal aantal percutane leverablaties vanwege colorectale levermetastasen geregistreerd in de DHBA.
<b>Vraag</b>	n.v.t.
<b>Antwoordopties</b>	Aantal; één antwoord mogelijk
<b>Definitie</b>	-
<b>Aggregatieniveau</b>	Locatieniveau
<b>In-/exclusiecriteria</b>	Ablaties voor colorectale levertumoren (laparoscopisch, open, of percutaan). Exclusie: ablaties voor levertumoren anders dan colorectale levertumoren. Leverresecties voor colorectale levermetastasen en metastasen van andere origine; leverresecties voor alle primaire maligne en benigne levertumoren; leverresecties vanwege een maligne tumor van de galwegen of de galblaas;
<b>Rekenregels en casemixcorrecties</b>	n.v.t.
<b>Databron (registratie)</b>	DHBA
<b>Norm</b>	Tot op heden is er geen norm voor deelname aan de registratie.
<b>Meetperiode</b>	01-01-2023 t/m 31-12-2023
<b>Aanleverfrequentie</b>	Eén keer per jaar
<b>Eerste aanleverdatum</b>	2019

<b>Indicator naam</b>	Aantal geregistreerde leveroperaties
<b>Indicator nummer</b>	4
<b>Operationalisatie</b>	Aantal geregistreerde leveroperaties in de DHBA.
<b>Informatie voor cliënten</b>	Inzicht in het aantal verrichte leveroperaties.
<b>Relevantie en toepasbaarheid</b>	Inzicht in het aantal verrichte leveroperaties.
<b>Type indicator</b>	Structuur
<b>Achtergrond van de indicator</b>	Document: deelname aan de kwaliteitsregistratie DHBA is de norm vanuit de NVvH Document: SONCOS/NVvH normering Initiator: tripartiet
<b>Doel van het meten en publiceren</b>	Waarborgen van de kwaliteit van zorg door volume van behandelingen inzichtelijk te maken
<b>Transparantie</b>	Verplicht
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Datatype</b>	Aantal
<b>Teller A</b>	Totaal aantal leveroperaties (inclusief operaties waarbij geen resectie is verricht).
<b>Teller B</b>	Totaal aantal leverresecties.
<b>Teller C</b>	Totaal aantal major* leverresecties.
<b>Teller D</b>	Totaal aantal minor** leverresecties.
<b>Vraag</b>	n.v.t.
<b>Antwoordopties</b>	Aantal; één antwoord mogelijk
<b>Definitie</b>	*Major leverresectie: resectie van 3 of meer aansluitende segmenten. **Minor leverresectie: resectie van 2 of minder aansluitende segmenten.
<b>Aggregatieniveau</b>	Locatieniveau
<b>In-/exclusiecriteria</b>	Leverresecties voor colorectale levermetastasen en metastasen van andere origine; leverresecties voor alle primaire maligne en benigne levertumoren; leverresecties vanwege een maligne tumor van de galwegen of de galblaas; leveroperaties waarbij geen resectie is verricht; ablaties levertumoren (laparoscopisch, open, of percutaan).
<b>Rekenregels en casemixcorrectie</b>	n.v.t.
<b>Databron (registratie)</b>	DHBA
<b>Norm</b>	Per jaar per locatie worden tenminste 20 lever-/galwegresecties verricht (SONCOS). Per jaar per locatie worden tenminste 20 leverresecties verricht (NVvH).
<b>Meetperiode</b>	01-01-2023 t/m 31-12-2023
<b>Aanleverfrequentie</b>	Eén keer per jaar
<b>Eerste aanleverdatum</b>	2017 eerste versie; 2019 in huidige vorm

## 5 Wijzigingstabel

Wijzigingstabel ten opzichte van de gids van verslagjaar 2022

<b>Indicator (nummer oud, nummer nieuw, INID)</b>	<b>Wijziging</b>
2	Oud: Is er minstens één ablatie voor colorectale levermetastase geregistreerd Nieuw: Alle ablaties voor colorectale levermetastasen zijn geregistreerd.

## 6 Bijlage: toelichting op informatie per indicator

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

	<p>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"</p>
<b>Antwoordopties</b>	<p>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.</p>
<b>Definitie</b>	<p>Indien in de indicator termen worden gebruikt die enige toelichting nodig hebben, zodat betrouwbaar kan worden geregistreerd, dan wordt een definitie gegeven.</p>
<b>Aggregatieniveau</b>	<p>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.</p>
<b>In-/exclusiecriteria populatie</b>	<p>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.</p>
<b>Rekenregels en casemixcorrecties</b>	<p>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.</p>
<b>Databron (registratie)</b>	<p>De te gebruiken bron voor het berekenen van de indicatorwaarde. Bijvoorbeeld: LROI, NKR, DLCA-R, EPD, Zorgkaart Nederland</p>
<b>Norm</b>	<p>Als de indicator een norm kent, wordt deze hier in de indicatorgids vermeld. Ook de bron van de norm wordt vermeld.</p>
<b>Meetperiode</b>	<p>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.</p>
<b>Aanleverfrequentie</b>	<p>De frequentie waarmee de indicatoren aangeleverd worden. Afspraken over de frequentie worden landelijk gemaakt. Dit is momenteel één keer per jaar.</p>
<b>Eerste aanleverdatum</b>	<p>Geef aan op welke datum deze versie van de indicator bij het Zorginstituut moet worden aangeleverd. Deze datum wordt opgenomen op de Transparantiekalender.</p>

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