

Indicatorenset DLCA

Uitvraag ziekenhuizen/ZBC's over verslagjaar 2024

Versie 2024.2, juni 2023

Meer informatie op:

- www.transparantieportaal.nl
- www.dica.nl
- www.zorginzicht.nl

Samengesteld door:

Organisaties van cliënten:

- NFK

Organisaties van zorgaanbieders of zorgverleners:

- NVvH, NVvH, NVT, NVRO, NVALT

Organisaties van zorgverzekeraars of Wlz-uitvoerders:

- ZN

Aanspreekpunt:

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	5
2.4	Indicatorenwerkgroep	5
3	Vast te leggen gegevens	7
4	Indicatoren	8
5	Wijzigingstabel	24
6	Bijlage: toelichting op informatie per indicator	25

1 Overzicht indicatoren

Indicator-nummer ¹	Indicatornaam	Bron ²	Transparantie? ³
1	90-dagen mortaliteit stereotaxie	DLCA-R	Verplicht
2	Volume parenchymresecties	DLCA-S	Verplicht
3	Volume radiotherapie	DLCA-R	Verplicht
4	Aantal geregistreerde patiënten DLCA-L	DLCA-L	Verplicht
5	Beeldvorming hersenen	DLCA-L	Verplicht
6	Moleculaire diagnostiek	DLCA-L	Verplicht
7	30-dagen mortaliteit chirurgie	DLCA-S	Verplicht
8	Gecompliceerd beloop DLCA-S	DLCA-S	Verplicht
9	90-dagen mortaliteit concurrent chemoradiotherapie	DLCA-R	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 van de indicator in (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 de Zorgverzekeraars, Patiëntenorganisaties en Zorgaanbieders

2 Algemene informatie

2.1 Uitgangspunten

De indicatoren zijn gebaseerd op de DLCA 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 Toezichhouders, waaronder de IGJ en NZa
 - o Onderzoekers

De indicatoren zijn gebaseerd op:

- o Professionele standaard, namelijk: longkanker richtlijn
- o Kwaliteitsstandaard, namelijk:
 - het SONCOS normeringsrapport
<https://www.soncos.org/kwaliteit/normeringsrapport/>
- o (Internationale) Indicatorenset, namelijk: ERS: european respiratory society.

2.2 Populatiebepaling

Voor alle indicatoren in deze indicatorenset bestaat de populatie uit:

DLCA-S inclusie:

- Alle chirurgische thoracale (thoraxwand, pleurale, long en mediastinale) ingrepen:
- Resecties bij (verdenking) carcinoom of sarcoom primair uitgaande van de long (evt. zijde een locoregionaal recidief van een eerder behandelde tumor)
- Mediastinum chirurgie (diagnostisch en therapeutisch)
- Metastasectomieën van de long
- Overige thoracale ingrepen

DLCA-S exclusie:

- Radio Frequente Ablaties (RFA) van long-, pleura- of thoraxwandtumoren
- Extrathoracale weke delen resecties van de thoraxwand en wervelkolomchirurgie als zelfstandige ingreep
- Diafragma chirurgie, niet via de thorax benaderd
- Transthoracale slokdarmresecties
- Cardiovasculaire ingrepen in de thorax
- Thoracoscopische sympathectomieën
- Longtransplantaties
- Verrichtingen die door de longchirurg worden verricht voor complicaties na ingrepen die niet binnen de inclusiecriteria van de DLCA-S vallen

DLCA-R inclusie:

- Niet-kleincellig longcarcinoom (NSCLC)

- Kleincellige longcarcinomen (SCLC)
- Stadium I-IIIc
- Locoregionaal recidief (indien in opzet radicale bestraling)

DLCA-R exclusie:

- Palliatieve bestraling van stadium I-IIIc
- Stadium IV longtumoren
- Longmetastasen van een primaire tumor elders
- Patiënten die adjuvante postoperatieve bestraling ondergaan (behalve patiënten die wel geopereerd werden maar waarbij geen resectie werd verricht)

DLCA-L inclusie:

- Alle patiënten met een primaire longmaligniteit, ongeacht het stadium van de ziekte, die in het registrerende centrum worden gediagnosticeerd en/of behandeld
- Patiënten met een niet-kleincellig (NSCLC) dan wel kleincellig (SCLC) longcarcinoom (uitgebreide registratie)
- Patiënten met een thymoom of mesotheliom (beperkte registratie)

DLCA-L exclusie:

- Overige longziekten
- Longcarcinoom patiënten waarvan de behandeling wordt overgenomen in een tertiair centrum, bij wie alleen chirurgische of radiotherapeutische behandeling plaatsvindt. Deze patiënten worden door het verwijzend centrum in de DLCA-L geregistreerd en in het tertiaire centrum alleen in de DLCA-S en DLCA-R. Indien de patiënt in het tertiaire centrum (op enig moment) wordt behandeld met systemische therapie, dient de patiënt wel door het tertiaire centrum in de DLCA-L te worden geregistreerd.

2.3 Aanlevering van de gegevens

Via 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 DLCA bestond in 2023 uit de volgende personen:

Dhr. dr. J.M. Smit (voorzitter)
Mw. dr. O.C.J. Schuurbijs
Mw. drs. N.J. Wolfhagen
Dhr. M.J.C. Nijeboer
Mw. dr. J.S.A. Belderbos
Dhr. prof.dr. A.F.T.M. Verhagen

2.5 Externe partijen

Tevens waren de volgende personen aanwezig bij de ontwikkeldagen:

- Mw. E. De Goeij – FMS
- Mw. I. Dingemans – NFK
- Mw. J. van Domburg - FMS
- Mw. B. van Leiden, ZN

De volgende personen waren aanwezig bij de indicatoredagen:

Mw. B. van Leiden - ZN
Mw. E. Oud -FMS
Mw. I. Dingemans - NFK

Mw. L. Springvloet - Groene hart ziekenhuis

3 Vast te leggen gegevens

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

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

⁴ 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

Indicatornaam	90 dagen mortaliteit stereotaxie
Indicatornummer	1
Operationalisatie	Aantal patiënten met primair niet-kleincellig longcarcinoom*, dat stereotactische radiotherapie ondergaat, dat tijdens de bestralingsbehandeling of binnen 90 dagen na start van de bestraling is overleden.
Informatie voor cliënten	Inzicht in de sterfte na de stereotactische bestraling.
Relevantie en toepasbaarheid	Monitoren patiënten selectie voor SBRT
Type indicator	Uitkomst
Achtergrond van de indicator	Document: Initiator: tripartiet
Doel van het meten en publiceren	Monitoren kwaliteit van zorg door mortaliteit in kaart te brengen.
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Percentage
Teller	Aantal patiënten dat tijdens of binnen 90 dagen na de start is overleden.
Noemer	Aantal patiënten, met primair niet-kleincellig longcarcinoom*, dat stereotactische radiotherapie ondergaat en waarvan de follow up compleet** is.
Vraag	Nvt
Antwoordopties	Percentage; één antwoord mogelijk
Definitie	* Niet-kleincellig longcarcinoom: Klinisch en/of pathologisch bewezen **Complete follow up = meer dan 90 dagen na start bestralingsdatum
Aggregatieniveau	<ul style="list-style-type: none"> • Locatieniveau
In-/exclusiecriteria	DLCA-R inclusie: <ul style="list-style-type: none"> • Niet-kleincellig longcarcinoom (NSCLC) • Kleincellige longcarcinomen (SCLC) • Stadium I-IIIc • Locoregionaal recidief (indien in opzet radicale bestraling) DLCA-R exclusie: <ul style="list-style-type: none"> • Palliatieve bestraling van stadium I-IIIc • Stadium IV longtumoren • Longmetastasen van een primaire tumor elders • Patiënten die adjuvante postoperatieve bestraling ondergaan (behalve patiënten die wel geopereerd werden maar waarbij geen resectie werd verricht)
Rekenregels en casemixcorrecties	Rekenregel: zie teller/noemer Casemixcorrectie nvt
Databron (registratie)	DLCA-R
Norm	Nvt
Meetperiode	01-10-2022 t/m 30-09-2024 (berekend over 2 jaren)
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste	2024

aanleverdatum	
----------------------	--

Indicator naam	Volume parenchymresecties
Indicator nummer	2
Operationalisatie	Het aantal anatomische parenchymresecties in de vorm van een segmentresectie, lobectomie of pneumonectomie, dat is verricht vanwege benigne of maligne pathologie.
Informatie voor cliënten	Inzicht in het aantal parenchymresecties.
Relevantie en toepasbaarheid	Monitoren Soncos norm en transparantie over aantal anatomische parenchymresecties per ziekenhuis.
Type indicator	Structuur
Achtergrond van de indicator	Document: SONCOS volumenor Initiator: tripartiet
Doel van het meten en publiceren	Waarborgen van de kwaliteit van zorg door volume van behandelingen inzichtelijk te maken.
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Aantal
Teller	Aantal anatomische parenchymresecties*, vanwege benigne of maligne pathologie.
Vraag	Nvt
Antwoordopties	Aantal; één antwoord mogelijk
Definitie	*Anatomische parenchymresectie = resectie van longparenchym in de vorm van een segmentresectie, lobectomie of pneumonectomie.
Aggregatieniveau	<ul style="list-style-type: none"> • Locatieniveau
In-/exclusiecriteria	<p>DLCA-S inclusie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alle chirurgische thoracale (thoraxwand, pleurale, long en mediastinale) ingrepen • Resecties bij (verdenking) carcinoom of sarcoom primair uitgaande van de long (evt. zijde een locoregionaal recidief van een eerder behandelde tumor) • Mediastinum chirurgie (diagnostisch en therapeutisch) • Metastasectomieën van de long • Overige thoracale ingrepen <p>DLCA-S exclusie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radio Frequente Ablaties (RFA) van long-, pleura- of thoraxwandtumoren • Extrathoracale weke delen resecties van de thoraxwand en wervelkolomchirurgie als zelfstandige ingreep • Diafragma chirurgie, niet via de thorax benaderd • Transthoracale slokdarmresecties • Cardiovasculaire ingrepen in de thorax • Thoracoscopische sympathectomieën • Longtransplantaties • Verrichtingen die door de longchirurg worden verricht voor complicaties na ingrepen die niet binnen de inclusiecriteria van de DLCA-S vallen
Rekenregels en casemixcorrecties	Nvt
Databron (registratie)	DLCA-S
Norm	Deze indicator is onderdeel van het SONCOS

	<p>normeringsdocument: tenminste 20 anatomische parenchymresecties per jaar per ziekenhuislocatie.</p> <p>Bron: https://www.soncos.org/wp-content/uploads/2021/03/SONCOS-normeringsrapport-versie-9-2021.pdf</p>
Meetperiode	01-01-2024 t/m 31-12-2024
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2016

Indicator naam	Volume radiotherapie
Indicator nummer	3
Operationalisatie	Aantal patiënten met een niet-kleincellig longcarcinoom dat een radicale bestralingsbehandeling ondergaat.
Informatie voor cliënten	Inzicht in het aantal patiënten dat radiotherapie krijgt.
Relevantie en toepasbaarheid	Inzicht in het aantal niet-kleincellig longcarcinoom patiënten dat een radicale bestraling krijgt per instituut/afdeling.
Type indicator	Structuur
Achtergrond van de indicator	Document: Initiator: tripartiet
Doel van het meten en publiceren	Waarborgen van de kwaliteit van zorg door volume van behandelingen inzichtelijk te maken.
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Aantal
Teller	Het aantal patiënten met een niet-kleincellig longcarcinoom* dat een radicale bestralingsbehandeling ondergaat**.
Vraag	Nvt
Antwoordopties	Aantal; één antwoord mogelijk
Definitie	*Niet-kleincellig longcarcinoom: klinisch en/of pathologisch bewezen. **cumulatieve dosis ≥ 40 Gy
Aggregatieniveau	<ul style="list-style-type: none"> • Locatieniveau
In-/exclusiecriteria	DLCA-R inclusie: <ul style="list-style-type: none"> • Niet-kleincellig longcarcinoom (NSCLC) • Kleincellige longcarcinomen (SCLC) • Stadium I-IIIc • Locoregionaal recidief (indien in opzet radicale bestraling) DLCA-R exclusie: <ul style="list-style-type: none"> • Palliatieve bestraling van stadium I-IIIc • Stadium IV longtumoren • Longmetastasen van een primaire tumor elders • Patiënten die adjuvante postoperatieve bestraling ondergaan (behalve patiënten die wel geopereerd werden maar waarbij geen resectie werd verricht)
Rekenregels en casemixcorrectie	Nvt
Databron (registratie)	DLCA-R
Norm	Nvt
Meetperiode	01-01-2024 t/m 31-12-2024
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2016

Indicator naam	Aantal geregistreerde patiënten DLCA-L
Indicator nummer	4
Operationalisatie	Het aantal nieuwe patiënten met een primair longcarcinoom in de DLCA-L dat wordt geregistreerd.
Informatie voor cliënten	Deze indicator geeft inzicht in het aantal nieuwe patiënten met longkanker in het ziekenhuis.
Relevantie en toepasbaarheid	Deze indicator is belangrijk om de patiënten aantallen per ziekenhuis te bepalen.
Type indicator	Structuur
Achtergrond van de indicator	Document: SONCOS normeringsrapport Initiator: tripartiet
Doel van het meten en publiceren	Waarborgen van de kwaliteit van zorg door volume van patiënten inzichtelijk te maken.
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Aantal
Teller	Het aantal patiënten met een primair longcarcinoom* dat per ziekenhuis per jaar in de DLCA-L geregistreerd is.
Vraag	Nvt
Antwoordopties	Aantal; één antwoord mogelijk
Definitie	*Longcarcinoom: klinisch en/of pathologisch bewezen (N)SCLC.
Aggregatieniveau	<ul style="list-style-type: none"> • Locatieniveau
In-/exclusiecriteria	<p>DLCA-L inclusie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alle patiënten met een primaire longmaligniteit, ongeacht het stadium van de ziekte, die in het registrerende centrum worden gediagnosticeerd en/of behandeld • Patiënten met een niet-kleincellig (NSCLC) dan wel kleincellig (SCLC) longcarcinoom (uitgebreide registratie) • Patiënten met een thymoom of mesothelioom (beperkte registratie) <p>DLCA-L exclusie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Overige longziekten • Longcarcinoom patiënten waarvan de behandeling wordt overgenomen in een tertiair centrum, bij wie alleen chirurgische of radiotherapeutische behandeling plaatsvindt. Deze patiënten worden door het verwijzend centrum in de DLCA-L geregistreerd en in het tertiaire centrum alleen in de DLCA-S en DLCA-R. Indien de patiënt in het tertiaire centrum (op enig moment) wordt behandeld met systemische therapie, dient de patiënt wel door het tertiaire centrum in de DLCA-L te worden geregistreerd.
Rekenregels en casemixcorrecties	Nvt
Databron (registratie)	DLCA-L
Norm	<p>Deze indicator is onderdeel van het SONCOS normeringsdocument: per jaar dienen tenminste 50 nieuwe patiënten met longkanker behandeld te worden per ziekenhuis.</p> <p>Bron: https://www.soncos.org/wp-content/uploads/2021/03/SONCOS-normeringsrapport-versie-9-2021.pdf</p>

Meetperiode	01-01-2024 t/m 31-12-2024
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2016

Indicator naam	Beeldvorming hersenen
Indicator nummer	5
Operationalisatie	Percentage patiënten met een klinisch stadium III NSCLC -en in opzet curatieve behandeling- dat beeldvorming van de hersenen heeft ondergaan.
Informatie voor cliënten	Deze indicator geeft inzicht in de kwaliteit van de diagnostiek. Doel van beeldvorming van de hersenen is om vroegtijdige uitzaaiingen op te sporen. Deze indicator geeft inzicht in het percentage (%) patiënten* dat een CT of MRI van de hersenen heeft ondergaan. *klinisch stadium III niet-kleincellig longkanker en in opzet curatieve behandeling
Relevantie en toepasbaarheid	Beeldvorming van de hersenen is een belangrijke parameter voor de kwaliteit van de diagnostiek.
Type indicator	Proces
Achtergrond van de indicator	Document: richtlijn longkanker Nederland / Europa Initiator: tripartiet
Doel van het meten en publiceren	Kwaliteit van het diagnostisch proces met als doel om vroegtijdige metastasering op te sporen in kaart brengen.
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Percentage
Teller	Aantal patiënten waarbij een CT* of MRI** van de hersenen is gemaakt.
Noemer	Aantal patiënten met een klinisch stadium III NSCLC en in opzet curatieve behandeling.
Vraag	Nvt
Definitie	*CT: computer tomografie. **MRI: magnetic resonance imaging.
Aggregatieniveau	• Locatieniveau
In-/exclusiecriteria	DLCA-L inclusie: <ul style="list-style-type: none"> • Alle patiënten met een primaire longmaligniteit, ongeacht het stadium van de ziekte, die in het registrerende centrum worden gediagnosticeerd en/of behandeld • Patiënten met een niet-kleincellig (NSCLC) dan wel kleincellig (SCLC) longcarcinoom (uitgebreide registratie) • Patiënten met een thymoom of mesothelioom (beperkte registratie) DLCA-L exclusie: <ul style="list-style-type: none"> • Overige longziekten • Longcarcinoom patiënten waarvan de behandeling wordt overgenomen in een tertiair centrum, bij wie alleen chirurgische of radiotherapeutische behandeling plaatsvindt. Deze patiënten worden door het verwijzend centrum in de DLCA-L geregistreerd en in het tertiaire centrum alleen in de DLCA-S en DLCA-R. Indien de patiënt in het tertiaire centrum (op enig moment) wordt behandeld met systemische therapie, dient de patiënt wel door het tertiaire centrum in de DLCA-L te worden geregistreerd.
Rekenregels en casemixcorrecties	Rekenregel: zie teller/noemer Casemixcorrectie nvt
Databron	DLCA-L

(registratie)	
Norm	Nvt
Meetperiode	01-01-2024 t/m 31-12-2024
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2017

Indicator naam	Moleculaire diagnostiek
Indicator nummer	6
Operationalisatie	Percentage patiënten, met een stadium IV, pathologisch bewezen adenocarcinoom, niet in aanmerking komend voor curatieve behandeling, waarbij moleculaire diagnostiek is verricht.
Informatie voor cliënten	Moleculaire diagnostiek* is van belang om behandeling met medicijnen (systemische behandeling) goed in te zetten. Deze indicator geeft inzicht in het percentage (%) patiënten dat moleculaire diagnostiek heeft gekregen. *diagnostiek via DNA-onderzoek
Relevantie en toepasbaarheid	Het uitvoeren moleculaire diagnostiek is van belang voor het doelmatig inzetten van systemische behandeling.
Type indicator	Proces
Achtergrond van de indicator	Document: European Respiratory Society indicatorset Initiator: tripartiet
Doel van het meten en publiceren	Kwaliteit van diagnostiek in kaart brengen
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Percentage
Teller	Aantal patiënten waarbij moleculaire diagnostiek is verricht.
Noemer	Aantal patiënten met een stadium* IV pathologisch bewezen adenocarcinoom**, die niet curatief worden behandeld.
Vraag	Nvt
Definitie	*Stadium: bij stadium wordt uitgegaan van het klinische stadium volgens de TNM8. **Overige diagnoses waarbij moleculaire diagnostiek van belang is worden bij deze indicator geëxcludeerd.
Aggregatieniveau	<ul style="list-style-type: none"> • Locatieniveau
In-/exclusiecriteria	DLCA-L inclusie: <ul style="list-style-type: none"> • Alle patiënten met een primaire longmaligniteit, ongeacht het stadium van de ziekte, die in het registrerende centrum worden gediagnosticeerd en/of behandeld • Patiënten met een niet-kleincellig (NSCLC) dan wel kleincellig (SCLC) longcarcinoom (uitgebreide registratie) • Patiënten met een thymoom of mesothelioom (beperkte registratie) DLCA-L exclusie: <ul style="list-style-type: none"> • Overige longziekten • Longcarcinoom patiënten waarvan de behandeling wordt overgenomen in een tertiair centrum, bij wie alleen chirurgische of radiotherapeutische behandeling plaatsvindt. Deze patiënten worden door het verwijzend centrum in de DLCA-L geregistreerd en in het tertiaire centrum alleen in de DLCA-S en DLCA-R. Indien de patiënt in het tertiaire centrum (op enig moment) wordt behandeld met systemische therapie, dient de patiënt wel door het tertiaire centrum in de DLCA-L te worden geregistreerd.
Rekenregels en casemixcorrecties	Rekenregel: zie teller/noemer Casemixcorrectie nvt
Databron	DLCA-L

(registratie)	
Norm	Nvt
Meetperiode	01-01-2024 t/m 31-12-2024
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2018

Indicator naam	30-dagen mortaliteit chirurgie
Indicator nummer	7
Operationalisatie	Percentage patiënten dat binnen 30 dagen of binnen dezelfde ziekenhuisopname na resectie vanwege een longcarcinoom is overleden.
Informatie voor cliënten	Inzicht in de sterfte na de operatie.
Relevantie en toepasbaarheid	Het is een ongewenst effect na operatie.
Type indicator	Uitkomst
Achtergrond van de indicator	Document: Initiator: tripartiet
Doel van het meten en publiceren	Monitoren kwaliteit van zorg door mortaliteit in kaart te brengen.
Transparantie	verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Percentage
Teller	Aantal patiënten dat binnen 30 dagen, of binnen dezelfde ziekenhuisopname, na resectie is overleden.
Noemer	Aantal patiënten dat een anatomische parenchymresectie ondergaat, vanwege een longcarcinoom*.
Vraag	Nvt
Definitie	*Onder longcarcinoom vallen: NSCLC (inclusief neuro-endocriene tumoren), SCLC.
Aggregatieniveau	<ul style="list-style-type: none"> • Locatieniveau
In-/exclusiecriteria	<p>DLCA-S inclusie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alle chirurgische thoracale (thoraxwand, pleurale, long en mediastinale) ingrepen: • Resecties bij (verdenking) carcinoom of sarcoom primair uitgaande van de long (evt. zijde een locoregionaal recidief van een eerder behandelde tumor) • Mediastinum chirurgie (diagnostisch en therapeutisch) • Metastasectomieën van de long • Overige thoracale ingrepen <p>DLCA-S exclusie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radio Frequente Ablaties (RFA) van long-, pleura- of thoraxwandtumoren • Extrathoracale weke delen resecties van de thoraxwand en wervelkolomchirurgie als zelfstandige ingreep • Diafragma chirurgie, niet via de thorax benaderd • Transthoracale slokdarmresecties • Cardiovasculaire ingrepen in de thorax • Thoracoscopische sympathectomieën • Longtransplantaties • Verrichtingen die door de longchirurg worden verricht voor complicaties na ingrepen die niet binnen de inclusiecriteria van de DLCA-S vallen
Rekenregels en casemixcorrecties	Casemix correctie toegepast: leeftijd, cardiale comorbiditeiten, pulmonale comorbiditeiten, ecog score, asa score, stadium, procedure, histologische typering, inductie therapie
Databron (registratie)	DLCA-S

Norm	Nvt
Meetperiode	01-01-2023 t/m 31-12-2024 (berekend over 2 jaren)
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2017

Indicator naam	Gecompliceerd beloop DLCA-S
Indicator nummer	8
Operationalisatie	Percentage patiënten waarbij een gecompliceerd beloop na resectie vanwege een longcarcinoom is opgetreden.
Informatie voor cliënten	Inzicht in de kans op complicaties na de operatie.
Relevantie en toepasbaarheid	Het is een ongewenst effect na operatie. Heeft een negatieve uitkomst op de gezondheid van de patiënt.
Achtergrond van de indicator	Document: Initiator: tripartiet
Doel van het meten en publiceren	Waarborgen van de kwaliteit van de chirurgische behandeling.
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Percentage
Teller	Aantal patiënten waarbij sprake is van een gecompliceerd beloop*.
Noemer	Aantal patiënten dat een anatomische parenchymresectie ondergaat, vanwege een longcarcinoom**.
Vraag	Nvt
Definitie	*Gecompliceerd beloop: mortaliteit binnen 30 dagen of tijdens ziekenhuisopname, heringreep, totale opnameduur langer dan 14 dagen op grond van opgetreden complicaties. **Onder longcarcinoom vallen: NSCLC (inclusief neuro-endocriene tumoren), SCLC.
Aggregatieniveau	<ul style="list-style-type: none"> • Locatieniveau
In-/exclusiecriteria	<p>DLCA-S inclusie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alle chirurgische thoracale (thoraxwand, pleurale, long en mediastinale) ingrepen: • Resecties bij (verdenking) carcinoom of sarcoom primair uitgaande van de long (evt. zijde een locoregionaal recidief van een eerder behandelde tumor) • Mediastinum chirurgie (diagnostisch en therapeutisch) • Metastasectomieën van de long • Overige thoracale ingrepen <p>DLCA-S exclusie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radio Frequente Ablaties (RFA) van long-, pleura- of thoraxwandtumoren • Extrathoracale weke delen resecties van de thoraxwand en wervelkolomchirurgie als zelfstandige ingreep • Diafragma chirurgie, niet via de thorax benaderd • Transthoracale slokdarmresecties • Cardiovasculaire ingrepen in de thorax • Thoracoscopische sympathectomieën • Longtransplantaties • Verrichtingen die door de longchirurg worden verricht voor complicaties na ingrepen die niet binnen de inclusiecriteria van de DLCA-S vallen
Rekenregels en casemixcorrecties	Casemix correctie toegepast: leeftijd, cardiale comorbiditeiten, pulmonale comorbiditeiten, ecog score, asa score, geslacht, pre-operatieve longfunctie, stadium, procedure, histologische typering, inductie behandeling, zijde, eerdere longresecties

Databron (registratie)	DLCA-S
Norm	Nvt
Meetperiode	01-01-2023 t/m 31-12-2024 (berekend over 2 jaren)
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2016

Indicator naam	90-dagen mortaliteit concurrent chemoradiotherapie
Indicator nummer	9
Operationalisatie	Percentage patiënten, met primair niet-kleincellig longcarcinoom, behandeld met concurrent chemo-radiotherapie, dat tijdens de bestralingsbehandeling of binnen 90 dagen na de start van de bestraling is overleden.
Informatie voor cliënten	Inzicht in de kans op kans op overlijden na de start van chemotherapie of radiotherapie.
Relevantie en toepasbaarheid	Overlijden binnen 90 dagen na de start van een intensieve behandeling met chemotherapie en radiotherapie tegelijkertijd kan betekenen dat de patiënten selectie niet goed is, of dat er mogelijk sprake is van toxiciteit.
Type indicator	Uitkomst
Achtergrond van de indicator	Document: Initiator: tripartiet
Doel van het meten en publiceren	Waarborgen van de kwaliteit van de radiotherapeutische behandeling
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Percentage
Teller	Aantal patiënten behandeld met concurrent* chemo-radiotherapie dat tijdens of 90 dagen na de start van de radiotherapie is overleden.
Noemer	Aantal patiënten, met primair niet-kleincellig longcarcinoom**, dat concurrent chemo-radiotherapie ondergaat.
Vraag	Nvt
Definitie	*≤30 dagen na chemotherapie gestart met radiotherapie **Longcarcinoom: klinisch en/of pathologisch bewezen.
Aggregatieniveau	<ul style="list-style-type: none"> • Locatieniveau
In-/exclusiecriteria	DLCA-R inclusie: <ul style="list-style-type: none"> • Niet-kleincellig longcarcinoom (NSCLC) • Kleincellige longcarcinomen (SCLC) • Stadium I-IIIc • Locoregionaal recidief (indien in opzet radicale bestraling) DLCA-R exclusie: <ul style="list-style-type: none"> • Palliatieve bestraling van stadium I-IIIc • Stadium IV longtumoren • Longmetastasen van een primaire tumor elders • Patiënten die adjuvante postoperatieve bestraling ondergaan (behalve patiënten die wel geopereerd werden maar waarbij geen resectie werd verricht)
Rekenregels en casemixcorrecties	Rekenregel: zie teller/noemer Casemixcorrectie nvt
Databron (registratie)	DLCA-R
Norm	Nvt
Meetperiode	01-10-2022 t/m 30-09-2024 (berekend over 2 jaren)
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2019

5 Wijzigingstabel

Wijzigingstabel ten opzichte van de gids van verslagjaar 2023

Indicator	Wijziging
1 (oude nummering 2023)	Volledigheid DLCA-R verwijderd
1 (nieuw)	Toevoegen 90-dagen mortaliteit stereotaxie
7	Toevoegen van de variabele ASA-score aan de casemixcorrectie
8	Toevoegen van de variabele ASA-score aan de casemixcorrectie

6 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

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

	wordt opgenomen op de Transparantiekalender.
--	--