

# Indicatorset NBCA

Uitvraag ziekenhuizen/ZBC's over verslagjaar 2024

Versie 2024.2, november 2023

**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:**

Bestuur en Wetenschappelijke Commissie NBCA (bestaande uit gemandateerde leden van alle WV'en betrokken bij borstkanker zorg als ook vertegenwoordiger van BVN en ZN)

Organisaties van cliënten:

- BVN

Organisaties van zorgaanbieders of zorgverleners:

- NVCO (NVvH), NVMO, NVRO, NVvR, NVPC, VKGN, NVvP

Organisaties van zorgverzekeraars of Wlz-uitvoerders:

- ZN

Overig:

- IKNL

**Aanspreekpunt:**

DICA [indicatoren@dica.nl](mailto: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	5
3 Vast te leggen gegevens	6
4 Indicatoren	7
5 Wijzigingstabel	21
Bijlage: toelichting op informatie per indicator	22

## 1 Overzicht indicatoren

Indicator-nummer <sup>1</sup>	Indicatornaam	Bron <sup>2</sup>	Transparantie ? <sup>3</sup>
1	Borstkanker team	Transparantie portaal	Verplicht
2	Directe reconstructie na ablatio voor a. invasief borstkanker, b. DCIS	NBCA	Verplicht
3	Consult radiotherapeut bij neoadjuvante systemische therapie	NBCA	Verplicht
4	Neoadjuvante systemische therapie bij TN en HER2 pos borstkanker	NBCA	Verplicht
5	Doorlooptijd tussen diagnose invasief borstkanker en primaire behandeling	NBCA	Verplicht
6	PROMs respons	NBCA	Verplicht

<sup>1</sup> 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.

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

<sup>3</sup> Vrijwillige indicatoren worden niet opgenomen op de Transparantiekalender en dus niet aangeleverd aan en gepubliceerd door Zorginstituut Nederland. Vrijwillige indicatoren worden gedeeld met zorgverzekeraars, cliëntorganisaties en zorgaanbieders

## 2 Algemene informatie

### 2.1 Uitgangspunten

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

De indicatoren zijn gebaseerd op:

- ✓ Professionele standaard, namelijk: Borstkanker richtlijn
- ✓ Kwaliteitsstandaard, namelijk: SONCOS en NABON Nota
- ✓ (Internationale) Indicatorset, namelijk: ICHOM
- ✓ Afspraken over gegevensuitwisseling, namelijk: indienen van een wetenschappelijke aanvragen

### 2.2 Populatiebepaling

Voor alle indicatoren in deze indicatorset bestaat de populatie uit:

Primaire borstkanker waarbij de volgende tumorsoorten geïnccludeerd worden:

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

Exclusie:

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

Over periode (NBCA – of kalenderjaar)

Per indicator beschreven:

Patiënten met een datum eerste positieve biopt van 01-10-2023 tot en met 30-09-2024 (NBCA-jaar) óf

Patiënten met een datum eerste positieve biopt van 01-01-2023 tot en met 31-12-2023 (kalenderjaar).

### 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 NBCA bestond in 2023 uit de volgende personen:

- Mw. Dr. L.B. Koppert (voorzitter)
- Mw. dr.E.J. Bantema, gemandateerd vanuit Nederlandse vereniging voor Radiotherapie en Oncologie (NVRO)
- Mw. Dr. R.M. Bijlsma, gemandateerd vanuit de Nederlandse vereniging voor Medische Oncologie (NVMO)
- Mevr. Dr. M.J. Hoornweg, gemandateerd vanuit Nederlandse vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC)
- Mw. Prof. dr. S. Siesling, gemandateerd vanuit IKNL
- Mevr. dr. J. Verloop, gemandateerd vanuit IKNL
- Mw. dr. M. van Hezewijk, gemandateerd vanuit NVRO
- Dhr. Drs. D. Houtsma, gemandateerd vanuit de Nederlandse vereniging voor Medische Oncologie (NVMO)
- Dhr. Dr. R.R.J.P. van Eekeren, gemandateerd vanuit Nederlandse vereniging voor Chirurgische Oncologie (NVCO)
- Mw. drs. B. Van Leiden, gemandateerd vanuit ZN
- Mw. dr. C.E. Loo, gemandateerd vanuit NVvR
- Mw. Dr. K. Van Engelen, gemandateerd vanuit Vereniging voor Klinische Genetica Nederland (VKGN)
- Mw.drs. C. Guerrero Paez, gemandateerd vanuit BVN
- Dhr. dr. K. Schreuder, gemandateerd vanuit IKNL (t/m 1-3-2023)
- Mw. drs. J. Meijer, gemandateerd vanuit IKNL (per 1-3-2023)
- Mw. Dr. L. de Munck, gemandateerd vanuit IKNL (per 1-3-2023)
- Mw. L. Vunderink, gemandateerd vanuit ZN
- Mw Dr. C.H.M. van Deurzen, gemandateerd vanuit Nederlands vereniging voor Pathologie (NVvP)
- Dhr. Dr. B. Van der Vegt, gemandateerd vanuit Nederlands vereniging voor Pathologie (NVvP)
- Mw. drs. E.M. Verheul (NBCA)

## 2.5 Externe partijen

Tevens waren de volgende personen aanwezig bij de ontwikkeldagen:

- Mw. B. van Leiden – ZN
- Mw. C. Guerrero Paez - BVN
- Mw. E. Oud – FMS
- Mw. E. De Goeij – FMS
- Mw. E. Bantema – SKF-Rif
- Mw. J. van Domburg – FMS
- Mw. M. Van Hezewijk – Radiotherapiegroep
- Mw. V. Heijnert - ZiNL

De volgende personen waren aanwezig bij de indicatoredagen:

- Mw. B. van Leiden – ZN
- Mw. C. Guerrero Paez - BVN
- Mw. J. van Domburg – FMS
- Mw. I. Dingemans – NFK
- Dhr. M. Ooft – Rijnstate
- Mw. E. Miessen – Zuyderland
- Mw. L. Elsing – NWZ
- Mw. H. De Graaf - NWMO

### 3 Vast te leggen gegevens

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

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

---

<sup>4</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>	Borstkanker team
<b>Indicatornummer</b>	1
<b>Operationalisatie</b>	Samenstelling van het borstkanker team.
<b>Informatie voor cliënten</b>	Inzicht in de organisatie van zorg.
<b>Relevantie en toepasbaarheid</b>	Inzicht in de organisatie van zorg.
<b>Type indicator</b>	Structuur
<b>Achtergrond van de indicator</b>	Document: Richtlijn/internationale indicatorset (EUSOMA richtlijn) Initiator: NBCA
<b>Doel van het meten en publiceren</b>	De diagnostiek, behandeling, begeleiding en follow-up van patiënten met borstkanker dienen plaats te vinden door een team van professionals met specifieke expertise in de mammapathologie: het mammateam Gedurende het gehele zorgproces is deze indicator relevant.
<b>Transparantie</b>	Verplicht
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Datatype</b>	Invul
<b>Vraag A Chirurgie</b>	Wat is het totaal aantal nieuw gediagnosticeerde patiënten met invasief borstkanker of DCIS dat op uw ziekenhuislocatie operatief is behandeld in het geldende NBCA jaar?
<b>Antwoord A</b>	Aantal
<b>Vraag B Interne gnk</b>	Hoeveel gecertificeerde internist-oncologen werkzaam op uw ziekenhuislocatie hebben in het verslagjaar borstkankerpatiënten behandeld?
<b>Antwoord B</b>	Aantal
<b>Vraag C Chirurgie</b>	Hoeveel gecertificeerde oncologisch chirurgen werkzaam op uw ziekenhuislocatie hebben in het verslagjaar borstkankerpatiënten behandeld?
<b>Antwoord C</b>	Aantal
<b>Vraag D Plastische chirurgie</b>	Hoeveel plastisch chirurgen op uw ziekenhuislocatie behandelen patiënten met borstkanker?
<b>Antwoord D</b>	Aantal
<b>Vraag E Algemeen</b>	Heeft iedere patiënt een eigen case manager, volgens definitie SONCOS* en staat dit als zodanig geregistreerd in het dossier van de patiënt.
<b>Antwoord E</b>	Ja, geregistreerd / Ja, niet geregistreerd / Nee
<b>Definitie E</b>	* <a href="https://www.soncos.org/wp-content/uploads/2021/03/SONCOS-normeringsrapport-versie-9-2021.pdf">https://www.soncos.org/wp-content/uploads/2021/03/SONCOS-normeringsrapport-versie-9-2021.pdf</a>
<b>Vraag F Klinische genetica</b>	Is er gedocumenteerde samenwerking met/ betrokkenheid bij het MDO van een afdeling klinische genetica?
<b>Antwoord F</b>	Ja / Nee
<b>Vraag G Klinische genetica</b>	Is het uitvragen van familieanamnese, assessment van de verwijscriteria, de mogelijkheid van genetisch onderzoek en van spoed counseling en DNA-diagnostiek structureel opgenomen in het zorgpad?
<b>Antwoord G</b>	Ja / Nee

<b>Aggregatieniveau</b>	Locatieniveau (ziekenhuis van eerste operatie)
<b>In-/exclusiecriteria populatie</b>	<p><b>NBCA in-/exclusiecriteria</b></p> <p>Primaire borstkanker waarbij de volgende tumorsoorten geïnccludeerd worden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• DCIS</li> <li>• Invasief carcinoom</li> <li>• Ziekte van Paget</li> <li>• Inflammatoir carcinoom</li> <li>• Alle tumorstadia inclusief metastasen op afstand</li> </ul> <p>Exclusie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• LCIS</li> <li>• Recidief borstkanker</li> <li>• Phyllodes tumoren</li> <li>• Niet chirurgisch behandelde patiënt</li> </ul>
<b>Rekenregels en casemixcorrecties</b>	n.v.t
<b>Databron (registratie)</b>	Transparantieportaal
<b>Norm</b>	Deze indicator is onderdeel van de SONCOS-uitvraag/ het SONCOS normeringsdocument: vraag A tm D <a href="https://demedischspecialist.nl/normeringsrapport-van-soncos">https://demedischspecialist.nl/normeringsrapport-van-soncos</a>
<b>Meetperiode</b>	NBCA-jaar: patiënten met een datum eerste positieve biopt van 01-10-2023 tot en met 30-09-2024
<b>Aanleverfrequentie</b>	één keer per jaar
<b>Eerste aanleverdatum</b>	2015



<b>Indicatornaam</b>	Directe reconstructie na ablatie voor invasief borstkanker
<b>Indicatornummer</b>	2a
<b>Operationalisatie</b>	Percentage patiënten dat een directe reconstructie heeft ondergaan na een ablatie voor invasief borstkanker zonder metastasen op afstand.
<b>Informatie voor cliënten</b>	Een directe reconstructie na ablatieve operatie draagt bij aan de kwaliteit van leven van de patiënt en voorkomt dat de patiënt een tweede operatie hoeft te ondergaan voor een reconstructie.
<b>Relevantie en toepasbaarheid</b>	Een directe reconstructie na ablatieve operatie draagt bij aan de kwaliteit van leven van de patiënt en voorkomt dat de patiënt een tweede operatie hoeft te ondergaan voor een reconstructie.
<b>Type indicator</b>	Proces
<b>Achtergrond van de indicator</b>	Document: Richtlijn Initiator: NBCA
<b>Doel van het meten en publiceren</b>	Een directe reconstructie na ablatieve operatie draagt bij aan de kwaliteit van leven van de patiënt en voorkomt dat de patiënt een tweede operatie hoeft te ondergaan voor een reconstructie. Gedurende de gehele behandeling, is deze indicator relevant.
<b>Transparantie</b>	Verplicht
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Datatype</b>	Percentage
<b>Teller A</b>	Totaal aantal patiënten met een directe reconstructie na een ablatie voor invasief borstkanker* zonder metastasen op afstand, waarbij de reconstructie is uitgevoerd door een plastisch chirurg (b+c+d+e).
<b>Teller B</b>	Aantal patiënten met een directe reconstructie met prothese na een ablatie voor invasief borstkanker* zonder metastasen op afstand, waarbij de reconstructie is uitgevoerd door een plastisch chirurg.
<b>Teller C</b>	Aantal patiënten met een directe reconstructie met autoloog weefsel na een ablatie voor invasief borstkanker*, zonder metastasen op afstand, waarbij de reconstructie is uitgevoerd door een plastisch chirurg.
<b>Teller D</b>	Aantal patiënten met een directe reconstructie met een combinatie van prothese en autoloog weefsel na een ablatie voor invasief borstkanker* zonder metastasen op afstand, waarbij de reconstructie is uitgevoerd door een plastisch chirurg.
<b>Teller E</b>	Aantal patiënten met een directe reconstructie na een ablatie voor invasief borstkanker* zonder metastasen op afstand, waarbij het type reconstructie onbekend is.
<b>Noemer</b>	Aantal patiënten met een ablatieve ingreep voor invasief borstkanker zonder metastasen op afstand.
<b>Vraag</b>	Hoeveel procent van de patiënten heeft een directe reconstructie ondergaan na een ablatie voor invasief borstkanker zonder metastasen op afstand?
<b>Antwoordopties</b>	Percentage; één antwoord mogelijk
<b>Definitie</b>	*Invasief borstkanker is met of zonder DCIS.
<b>Aggregatieniveau</b>	Locatieniveau (ziekenhuis van eerste operatie)
<b>In-/exclusiecriteria populatie</b>	<b>NBCA in-/exclusiecriteria</b> Primaire borstkanker waarbij de volgende tumorsoorten geïnccludeerd worden: • DCIS

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Invasief carcinoom</li> <li>• Ziekte van Paget</li> <li>• Inflammatoir carcinoom</li> <li>• Alle tumorstadia inclusief metastasen op afstand</li> </ul> <p>Exclusie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• LCIS</li> <li>• Recidief borstkanker</li> <li>• Phyllodes tumoren</li> <li>• Niet chirurgisch behandelde patiënt</li> </ul>
<b>Rekenregels en casemixcorrecties</b>	Rekenregel: zie teller/noemer Casemixcorrectie n.v.t.
<b>Databron (registratie)</b>	NBCA
<b>Norm</b>	n.v.t.
<b>Meetperiode</b>	NBCA-jaar: patiënten met een datum eerste positieve biopt van 01-10-2023 tot en met 30-09-2024
<b>Aanleverfrequentie</b>	één keer per jaar
<b>Eerste aanleverdatum</b>	2011

<b>Indicatornaam</b>	Directe reconstructie na ablatie voor DCIS
<b>Indicatornummer</b>	2b
<b>Operationalisatie</b>	Percentage patiënten dat een directe reconstructie heeft ondergaan na een ablatie voor DCIS.
<b>Informatie voor cliënten</b>	Een directe reconstructie na ablatieve operatie draagt bij aan de kwaliteit van leven van de patiënt en voorkomt dat de patiënt een tweede operatie hoeft te ondergaan voor een reconstructie.
<b>Relevantie en toepasbaarheid</b>	Een directe reconstructie na ablatieve operatie draagt bij aan de kwaliteit van leven van de patiënt en voorkomt dat de patiënt een tweede operatie hoeft te ondergaan voor een reconstructie.
<b>Type indicator</b>	Proces
<b>Achtergrond van de indicator</b>	Document: Richtlijn Initiator: NBCA
<b>Doel van het meten en publiceren</b>	Een directe reconstructie na ablatieve operatie draagt bij aan de kwaliteit van leven van de patiënt en voorkomt dat de patiënt een tweede operatie hoeft te ondergaan voor een reconstructie. DCIS leent zich goed voor een directe reconstructie als een ablatie nodig is. Gedurende de gehele behandeling, is deze indicator relevant.
<b>Transparantie</b>	Verplicht
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Datatype</b>	Percentage
<b>Teller A</b>	Totaal aantal patiënten met een directe reconstructie na aan ablatie voor DCIS, waarbij de reconstructie is uitgevoerd door een plastisch chirurg (b+c+d+e).
<b>Teller B</b>	Aantal patiënten met een directe reconstructie met prothese na een ablatie voor DCIS, waarbij de reconstructie is uitgevoerd door een plastisch chirurg.
<b>Teller C</b>	Aantal patiënten met een directe reconstructie met autoloog weefsel na een ablatie voor DCIS, waarbij de reconstructie is uitgevoerd door een plastisch chirurg.
<b>Teller D</b>	Aantal patiënten met een directe reconstructie met een combinatie van prothese en autoloog weefsel na een ablatie voor DCIS, waarbij de reconstructie is uitgevoerd door een plastisch chirurg.
<b>Teller E</b>	Aantal patiënten met een directe reconstructie na een ablatie voor DCIS, zonder metastasen op afstand, waarbij het type reconstructie onbekend is.
<b>Noemer</b>	Aantal patiënten met een ablatieve operatie voor DCIS.
<b>Vraag</b>	Hoeveel procent van de patiënten heeft een directe reconstructie ondergaan na een ablatie voor DCIS?
<b>Antwoordopties</b>	Percentage; één antwoord mogelijk
<b>Definitie</b>	n.v.t.
<b>Aggregatieniveau</b>	Locatieniveau (ziekenhuis van eerste operatie)
<b>In-/exclusiecriteria populatie</b>	<b>NBCA in-/exclusiecriteria</b> Primaire borstkanker waarbij de volgende tumorsoorten geïnccludeerd worden: <ul style="list-style-type: none"> <li>• DCIS</li> <li>• Invasief carcinoom</li> <li>• Ziekte van Paget</li> <li>• Inflammatoir carcinoom</li> <li>• Alle tumorstadia inclusief metastasen op afstand</li> </ul>

	<p>Exclusie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• LCIS</li> <li>• Recidief borstkanker</li> <li>• Phyllodes tumoren</li> <li>• Niet chirurgisch behandelde patiënt</li> </ul>
<b>Rekenregels en casemixcorrecties</b>	Rekenregel: zie teller/noemer Casemixcorrectie n.v.t.
<b>Databron (registratie)</b>	NBCA
<b>Norm</b>	n.v.t.
<b>Meetperiode</b>	NBCA-jaar: patiënten met een datum eerste positieve biopt van 01-10-2023 tot en met 30-09-2024
<b>Aanleverfrequentie</b>	één keer per jaar
<b>Eerste aanleverdatum</b>	2011

<b>Indicator naam</b>	Consult radiotherapeut bij neoadjuvante systemische therapie
<b>Indicator nummer</b>	3
<b>Operationalisatie</b>	Percentage patiënten met neoadjuvante systemische therapie (chemotherapie/Her2 blokkade) dat binnen 28 dagen na start van deze behandeling gezien wordt door de radiotherapeut.
<b>Informatie voor cliënten</b>	Bij patiënten die behandeld worden met neoadjuvante systemische therapie (chemotherapie/Her2 blokkade) is het van belang dat de radiotherapeut de patiënt ziet voorafgaande aan de response op de systemische therapie zodat een oordeel over optimale locoregionale therapie kan worden ingeschat.
<b>Relevantie en toepasbaarheid</b>	Bij patiënten die behandeld worden met neoadjuvante systemische therapie (chemotherapie/Her2 blokkade) is het van belang dat de radiotherapeut de patiënt ziet voorafgaande aan de response op de systemische therapie zodat een oordeel over optimale locoregionale therapie kan worden ingeschat.
<b>Type indicator</b>	Proces
<b>Achtergrond van de indicator</b>	Document: Richtlijn Initiator: NBCA
<b>Doel van het meten en publiceren</b>	Bij patiënten die behandeld worden met neoadjuvante systemische therapie (chemotherapie/Her2 blokkade) is het van belang dat de radiotherapeut de patiënt ziet voorafgaande aan de response op de systemische therapie zodat een oordeel over optimale locoregionale therapie kan worden ingeschat. relevant in de neoadjuvante periode en postoperatief.
<b>Transparantie</b>	Verplicht
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Datatype</b>	Percentage
<b>Teller(s)<sup>5</sup></b>	Aantal patiënten met een invasief borstkanker* zonder metastasen of afstand, behandeld met neoadjuvante systemische therapie (chemotherapie/Her2 blokkade), dat binnen 28 dagen na start behandeling gezien wordt door de radiotherapeut.
<b>Noemer</b>	Aantal patiënten met een invasief borstkanker* zonder metastasen op afstand dat neoadjuvante systemische therapie (chemotherapie/Her2 blokkade) heeft gehad, geopereerd is, en tevens postoperatief bestraald is.
<b>Vraag</b>	Hoeveel procent van de patiënten met neoadjuvante systemische therapie (chemotherapie/Her2 blokkade) is binnen 28 dagen na start van deze behandeling gezien door de radiotherapeut?
<b>Antwoordopties</b>	Percentage; één antwoord mogelijk
<b>Definitie</b>	*Invasief borstkanker is met of zonder DCIS.
<b>Aggregatieniveau</b>	Locatieniveau (ziekenhuis van eerste operatie)
<b>In-/exclusiecriteria populatie</b>	<b>NBCA in-/exclusiecriteria</b> Primaire borstkanker waarbij de volgende tumorsoorten geïnccludeerd worden: <ul style="list-style-type: none"> <li>• DCIS</li> <li>• Invasief carcinoom</li> <li>• Ziekte van Paget</li> <li>• Inflamatoir carcinoom</li> </ul>

<sup>5</sup> Wanneer er meerdere tellers zijn, dan is dit duidelijk in de nummering aangegeven. Bijvoorbeeld 1a, 1b enz.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle tumorstadia inclusief metastasen op afstand</li> </ul> Exclusie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• LCIS</li> <li>• Recidief borstkanker</li> <li>• Phyllodes tumoren</li> <li>• Niet chirurgisch behandelde patiënt</li> </ul>
<b>Rekenregels en casemixcorrecties</b>	Rekenregel: zie teller/noemer Casemixcorrectie: n.v.t.
<b>Databron (registratie)</b>	NBCA
<b>Norm</b>	>80%
<b>Meetperiode</b>	Kalenderjaar: patiënten met een datum eerste positieve biopt van 01-01-2023 tot en met 31-12-2023
<b>Aanleverfrequentie</b>	één keer per jaar
<b>Eerste aanleverdatum</b>	2012; huidige definitie 2020

<b>Indicator naam</b>	Neoadjuvante systemische therapie bij TN en HER2 pos borstkanker
<b>Indicator nummer</b>	4
<b>Operationalisatie</b>	Percentage patiënten onder de 70 jaar met een cT2/3/4 any N M0 triple negatief of Her2/Neu positieve invasief borstkanker zonder metastasen op afstand dat neoadjuvant systemische therapie (chemotherapie/Her2 blokkade) ontvangt.
<b>Informatie voor cliënten</b>	De borstkanker richtlijn stelt dat bij deze selectie patiënten een indicatie is voor het behandelen met neoadjuvante systemische therapie (chemotherapie/Her2 blokkade).
<b>Relevantie en toepasbaarheid</b>	De borstkanker richtlijn stelt dat bij deze selectie patiënten een indicatie is voor het behandelen met neoadjuvante systemische therapie (chemotherapie/Her2 blokkade).
<b>Type indicator</b>	Proces
<b>Achtergrond van de indicator</b>	Document: Richtlijn Initiator: NBCA
<b>Doel van het meten en publiceren</b>	De borstkanker richtlijn stelt dat bij deze selectie patiënten een indicatie is voor het behandelen met neoadjuvante systemische therapie (chemotherapie/Her2 blokkade). Relevant tijdens de gehele borstkanker behandeling.
<b>Transparantie</b>	Verplicht
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Datatype</b>	Percentage
<b>Teller(s)<sup>6</sup></b>	Aantal patiënten onder de 70 jaar met cT2/3/4 any N M0 triple negatief of Her2/Neu positieve invasief borstkanker* zonder metastasen op afstand dat neoadjuvant systemische therapie (chemotherapie/Her2 blokkade) ontvangt.
<b>Noemer</b>	Aantal patiënten onder de 70 jaar met cT2/3/4 any N M0 triple negatief of Her2/Neu positieve invasief borstkanker* zonder metastasen op afstand.
<b>Vraag</b>	Hoeveel procent van de patiënten onder de 70 jaar met cT2/3/4 any N M0 triple negatief of Her2/Neu positieve invasief borstkanker zonder metastasen op afstand heeft neoadjuvant systemische therapie (chemotherapie/Her2 blokkade) ontvangen?
<b>Antwoordopties</b>	Percentage; één antwoord mogelijk
<b>Definitie</b>	*Invasief borstkanker is met of zonder DCIS.
<b>Aggregatieniveau</b>	Locatieniveau (ziekenhuis van eerste operatie)
<b>In-/exclusiecriteria populatie</b>	<b>NBCA in-/exclusiecriteria</b> Primaire borstkanker waarbij de volgende tumorsoorten geïnccludeerd worden: <ul style="list-style-type: none"> <li>• DCIS</li> <li>• Invasief carcinoom</li> <li>• Ziekte van Paget</li> <li>• Inflammatoir carcinoom</li> <li>• Alle tumorstadia inclusief metastasen op afstand</li> </ul> Exclusie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• LCIS</li> <li>• Recidief borstkanker</li> </ul>

<sup>6</sup> Wanneer er meerdere tellers zijn, dan is dit duidelijk in de nummering aangegeven. Bijvoorbeeld 1a, 1b enz.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Phyllodes tumoren</li> <li>• Niet chirurgisch behandelde patiënt</li> </ul>
<b>Rekenregels en casemixcorrecties</b>	Rekenregel: zie teller/noemer Casemixcorrectie n.v.t.
<b>Databron (registratie)</b>	NBCA
<b>Norm</b>	n.v.t.
<b>Meetperiode</b>	NBCA-jaar: patiënten met een datum eerste positieve biopt van 01-10-2023 tot en met 30-09-2024
<b>Aanleverfrequentie</b>	één keer per jaar
<b>Eerste aanleverdatum</b>	2020



<b>Indicator naam</b>	Doorlooptijd diagnose invasief borstkanker en primaire behandeling
<b>Indicator nummer</b>	5
<b>Operationalisatie</b>	Mediane doorlooptijd in kalenderdagen tussen datum biopt waarop diagnose is gesteld en start primaire behandeling.
<b>Informatie voor cliënten</b>	Een korte doorlooptijd tussen diagnose en start behandeling is geassocieerd met minder stress voor de patiënt en mogelijk geeft een verlengde doorlooptijd een verhoogde kans op recidief.
<b>Relevantie en toepasbaarheid</b>	Een korte doorlooptijd tussen diagnose en start behandeling is geassocieerd met minder stress voor de patiënt en mogelijk geeft een verlengde doorlooptijd een verhoogde kans op recidief.
<b>Type indicator</b>	Proces
<b>Achtergrond van de indicator</b>	Document: Richtlijn Initiator: NBCA
<b>Doel van het meten en publiceren</b>	Een korte doorlooptijd tussen diagnose en start behandeling is geassocieerd met minder stress/spanning voor de patiënt en mogelijk een betere oncologische uitkomst. Relevant vanaf het moment dat de patiënt te horen krijgt dat zij/hij gediagnostiseerd is met borstkanker tot het moment van eerste behandeling.
<b>Transparantie</b>	Verplicht
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Datatype</b>	Aantal dagen
<b>Mediaan A</b>	Mediane doorlooptijd van in kalenderdagen tussen datum biopt waarop diagnose is gesteld** en start primaire behandeling (neoadjuvant systemische therapie (chemotherapie/Her2 blokkade) of operatief) berekend over alle patiënten met invasief borstkanker* zonder metastasen op afstand in de NBCA (b+c+d)***.
<b>Mediaan B</b>	Mediane doorlooptijd in kalenderdagen tussen datum biopt waarop diagnose is gesteld** en start neoadjuvante systemische therapie (chemotherapie/Her2 blokkade) berekend over alle patiënten met invasief borstkanker* zonder metastasen op afstand die gestart zijn met neoadjuvante systemische therapie (chemotherapie/Her2 blokkade)***.
<b>Mediaan C</b>	Mediane doorlooptijd in kalenderdagen tussen datum biopt waarop diagnose is gesteld** en eerste operatie berekend over alle patiënten met invasief borstkanker* zonder metastasen op afstand die als eerste behandeling een operatie hebben ondergaan (excl. neoadjuvante systemische behandeling (chemotherapie/Her2 blokkade) en excl. directe reconstructie)***.
<b>Mediaan D</b>	Mediane doorlooptijd in kalenderdagen tussen datum biopt waarop diagnose is gesteld** en eerste operatie berekend over alle patiënten met invasief borstkanker* zonder metastasen op afstand die als eerste behandeling een operatie hebben ondergaan met een directe reconstructie (excl. neoadjuvante systemische therapie (chemotherapie/Her2 blokkade))***.
<b>Vraag</b>	n.v.t.
<b>Antwoordopties</b>	Aantal dagen; één antwoord mogelijk

<b>Definitie</b>	*Invasief borstkanker met of zonder DCIS. **Indien verwijzing: berekening vanaf de datum van intake bij overname therapie. ***Registratie vindt plaats voor het ziekenhuis waar operatie heeft plaatsgevonden.
<b>Aggregatieniveau</b>	Locatieniveau (ziekenhuis van eerste operatie)
<b>In-/exclusiecriteria populatie</b>	<b>NBCA in-/exclusiecriteria</b> Primaire borstkanker waarbij de volgende tumorsoorten geïnccludeerd worden: <ul style="list-style-type: none"> <li>• DCIS</li> <li>• Invasief carcinoom</li> <li>• Ziekte van Paget</li> <li>• Inflammatoir carcinoom</li> <li>• Alle tumorstadia inclusief metastasen op afstand</li> </ul> Exclusie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• LCIS</li> <li>• Recidief borstkanker</li> <li>• Phyllodes tumoren</li> <li>• Niet chirurgisch behandelde patiënt</li> </ul>
<b>Rekenregels en casemixcorrecties</b>	n.v.t.
<b>Databron (registratie)</b>	NBCA
<b>Norm</b>	n.v.t.
<b>Meetperiode</b>	NBCA-jaar: patiënten met een datum eerste positieve biopt van 01-10-2023 tot en met 30-09-2024
<b>Aanleverfrequentie</b>	één keer per jaar

<b>Indicator naam</b>	PROMs respons
<b>Indicator nummer</b>	6
<b>Operationalisatie</b>	Percentage patiënten dat heeft deelgenomen aan de Patient Reported Outcome Measures (PROM) vragenlijst.
<b>Informatie voor cliënten</b>	De PROM respons geeft inzicht in hoeverre PROMS uitvraag geïmplementeerd is in het zorgproces. De ingevulde PROMS lijsten kunnen bijdragen bij het verkrijgen van inzicht in de QoL van de patiënt en het bespreken van mogelijke interventies ter verbetering van de QoL.
<b>Relevantie en toepasbaarheid</b>	De PROM respons geeft inzicht in hoeverre PROMS uitvraag geïmplementeerd is in het zorgproces. De ingevulde PROMS lijsten kunnen bijdragen bij het verkrijgen van inzicht in de QoL van de patiënt en het bespreken van mogelijke interventies ter verbetering van de QoL.
<b>Type indicator</b>	Proces
<b>Achtergrond van de indicator</b>	Document: Internationale indicatorset Initiator: NBCA
<b>Doel van het meten en publiceren</b>	De PROM respons geeft inzicht in hoeverre PROMS uitvraag geïmplementeerd is in het zorgproces. De ingevulde PROMS lijsten kunnen bijdragen bij het verkrijgen van inzicht in de QoL van de patiënt en het bespreken van mogelijke interventies ter verbetering van de QoL. Relevant gedurende het gehele zorgproces
<b>Transparantie</b>	Verplicht
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Datatype</b>	Percentage
<b>Teller(s)<sup>7</sup></b>	Aantal patiënten in de NBCA dat heeft deelgenomen aan de PROM vragenlijst* op T0 én op T1.
<b>Noemer</b>	Aantal patiënten opgenomen in de NBCA.
<b>Vraag</b>	Hoeveel procent van de patiënten heeft deelgenomen aan de Patient Reported Outcome Measures (PROM) vragenlijst?
<b>Antwoordopties</b>	Percentage; één antwoord mogelijk
<b>Definitie</b>	*PROMs bestaande uit: EORTC-QLQ-C30, en/of EORTC-QLQ-BR23, en/of BREAST-Q.
<b>Aggregatieniveau</b>	Locatieniveau (ziekenhuis van eerste operatie)
<b>In-/exclusiecriteria populatie</b>	<b>NBCA in-/exclusiecriteria</b> Primaire borstkanker waarbij de volgende tumorsoorten geïnccludeerd worden: <ul style="list-style-type: none"> <li>• DCIS</li> <li>• Invasief carcinoom</li> <li>• Ziekte van Paget</li> <li>• Inflammatoir carcinoom</li> <li>• Alle tumorstadia inclusief metastasen op afstand</li> </ul> Exclusie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• LCIS</li> <li>• Recidief borstkanker</li> <li>• Phyllodes tumoren</li> <li>• Niet chirurgisch behandelde patiënt</li> </ul>
<b>Rekenregels en casemixcorrecties</b>	Rekenregel: zie teller/noemer Casemixcorrectie n.v.t.

<sup>7</sup> Wanneer er meerdere tellers zijn, dan is dit duidelijk in de nummering aangegeven. Bijvoorbeeld 1a, 1b enz.

<b>Databron (registratie)</b>	NBCA
<b>Norm</b>	n.v.t.
<b>Meetperiode</b>	NBCA-jaar: patiënten met een datum eerste positieve biopt van 01-10-2023 tot en met 30-09-2024
<b>Aanleverfrequentie</b>	één keer per jaar
<b>Eerste aanleverdatum</b>	2019

## 5 Wijzigingstabel

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

Indicator (nummer oud, nummer nieuw, INID)	Wijziging
Indicator 1	Vraag F en G zijn toegevoegd aan de indicator (klinische genetica)
Indicator 1	Bron is veranderd van "NBCA" naar "transparantieportaal"
Indicator 1	De bron van de "norm" klopt niet meer, deze is veranderd naar de juiste website waar tegenwoordig de normeringsrapporten te vinden zijn.
Indicator 2 oud	"MRI voorafgaand aan operatie bij lobulair borstkanker" is verwijderd uit de set
Indicator 3 oud	"Borstcontoursparende chirurgie" is naar intern gegaan (Deze indicator is ook herschreven: Percentage mammae waarbij de borstcontour behouden is na operatie. Als extra informatiekopje: Met borstcontour wordt bedoeld het behoud of reconstructie van de vorm en het volume van een borst. Het volume hoeft niet gelijk te zijn aan het pre-operatieve volume).
Indicator 4A en 4B (nu nummer 2A en 2B)	"Teller E' toegevoegd aan vraag 4A en 4B.  Tevens is aan "Teller A" toegevoegd dat teller E ook wordt meegenomen in teller A.  Tevens is indicator 4 nummer 2 geworden
Indicator 5 (nu 3)	Indicator 5 is nummer 3 geworden
Indicator 6 (nu 4)	In het kopje 'operationalisatie' is het woord 'triple' toegevoegd voorafgaand aan het woord 'mammacarcinoom'. Tevens is indicator 6 nu nummer 4 geworden
Indicator 7 (nu 5)	Indicator 7 is nummer 5 geworden
Indicator 8 (nu 6)	Mini-Proms is verwijderd uit de opties voor de vragenlijsten. Tevens is indicator 8 nummer 6 geworden

**Addendum:** Dit document is een geupdate versie van de eerder gepubliceerde indicatorgids 2024. De transparantie voor de indicator "borstsparende operatie door chirurg en plastisch chirurg" is teruggetrokken vanwege de volgende redenen:

1. Level 1 oncoplastische chirurgie wordt gedaan door chirurgen (zonder plastisch chirurg); en er wordt geen onderscheid gemaakt in levels bij de bedoelde indicator.
2. Duiding: Patiënten kunnen het interpreteren alsof een plastisch chirurg altijd mee moet opereren.
3. Passende zorg. De indicator geeft het gevoel dat een hogere score beter is, echter in tijden van schaarste (tijd en middelen) extra zorg leveren die daarmee ook veel duurder wordt voor de maatschappij (dubbele DBC's) is niet altijd passende en per definitie betere zorg.

## 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: 'wachttijd 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

	<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 postoperatief 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 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.</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>	Geef aan op welke datum deze versie van de indicator bij het Zorginstituut moet worden aangeleverd. Deze datum wordt opgenomen op de Transparantiekalender.
---------------------------------	---