

Indicatorenset spoedzorg

Uitvraag ziekenhuizen/ZBC's over verslagjaar 2022

Versie, 2022

Meer informatie op:

- OmniQ (portaal van DHD) voor aanlevering kwaliteitsgegevens (beschikbaar vanaf 1 februari voor leden van de NVZ en NFU): <https://extranet.dhd.nl/producten/OmniQ>
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen: www.nvz-ziekenhuizen.nl
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra: www.nfu.nl
- Zelfstandige Klinieken Nederland: www.zkn.nl
- Zorginstituut Nederland: <http://www.zorginzicht.nl>

Samengesteld door:

Federatie Medisch Specialisten
Landelijk Netwerk Acute Zorg
Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
Patiëntenfederatie Nederland
Zelfstandige Klinieken Nederland
Zorgverzekeraars Nederland

Contactinformatie:

Landelijk Netwerk Acute Zorg
secretariaatlnaz@lnaz.nl

Deze indicatorset is opgenomen in het register van Zorginstituut Nederland. Vrijwillige en verplichte indicatoren worden aangeleverd via het door de koepelorganisaties gekozen aanleverportaal (gegevensmakelaar). Die faciliteert de route (aanlevering en publicatie) voor verplichte transparantie. De verplicht aangeleverde gegevens worden door Zorginstituut Nederland gepubliceerd.

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	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
5	Bijlage: toelichting op informatie per indicator	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

1 Overzicht indicatoren

Indicator-nummer	Indicatornaam	Bron¹	Transparantie?²
1	Directe beschikbaarheid CT inclusief CTA / Voor Multitrauma, RAAA en CVA		verplicht
2	AMI - Ketenafspraken		verplicht
3	Aantal Multitrauma		verplicht
4	Percentage van alle multitraumapatiënten direct opgenomen in traumacentrum		Verplicht alleen voor de 11 traumacentra
5	Beschikbaarheid IC-bed		verplicht
6	Mogelijkheid EVAR-procedure		verplicht

¹ Vul hier de bron van de indicator in (bijvoorbeeld kwaliteitsregistratie X, EPD, ZIS, etc)

² 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

Doel van deze indicatorset is: interne sturing (leren & verbeteren), verkrijgen van transparantie over verleende zorg en het afleggen van externe verantwoording.

Gepubliceerde transparante gegevens uit de openbare database zijn bedoeld voor: Zorgaanbieders en zorgverleners, Zorgverzekeraars, Toezichthouders, waaronder de IGJ en Nza.

De indicatoren zijn gebaseerd op: Kwaliteitsstandaard, namelijk: Kwaliteitskader Spoedzorgketen en Level criteria voor traumacentra.

2.2 Populatiebepaling

Voor alle indicatoren in deze indicatorenset bestaat de populatie uit mensen met een acute zorgvraag.

2.3 Aanlevering van de gegevens

Via de website [zorginzicht](#) 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 spoedzorg bestaat uit de volgende organisaties: NVVV, NIV, NVvR, NVKG, NVOG, NVVH, LNAZ/LBTC, PFN, ZN, NVSHA, NVVN en V&VN.

De indicatoren verslagjaar 2022 zijn niet gewijzigd ten opzichte van verslagjaar 2020 vanwege bevrozing van de indicatorenset als gevolg van de COVID-crisis.

3 Indicatoren

Indicator 1 Directe beschikbaarheid CT inclusief CTA; Voor Multitrauma, RAAA, CVA

Operationalisatie	Is op deze ziekenhuislocatie 24/7 een CT inclusief CTA direct inzetbaar en worden deze direct aansluitend door een hiervoor bekwaam medisch specialist beoordeeld en vastgelegd in het medisch dossier?
Informatie voor cliënten	In de acute fase is het van belang dat de patiënt zo snel mogelijk gediagnosticeerd en behandeld wordt.
Transparantie	Verplicht
Type indicator	Structuur
Relevantie	In de acute fase is het van belang dat de patiënt zo snel mogelijk gediagnosticeerd en behandeld wordt. Elke minuut telt: hoe eerder de behandeling begint, des te beter het resultaat is. De kans op overlijden wordt onder andere verminderd door tijdige en juiste diagnose en behandeling. Voor een goede indicatiestelling en afweging van de behandelopties is de 24/7 inzetbaarheid van een CT inclusief CTA essentieel.
Datatype	ja/nee
Bron (achtergrond) van de indicator	<p>Hoorweg LL, Wisselink W, Vahl A, Balm R, Amsterdam</p> <p>Acute Aneurysm Trial C. The Amsterdam Acute Aneurysm Trial: suitability and application rate for endovascular repair of ruptured abdominal aortic aneurysms. European journal of vascular and endovascular surgery : the official journal of the European Society for Vascular Surgery. 2007;33(6):679-83.</p> <p>Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH). Richtlijn Diagnostiek en behandeling van het aneurysma van de abdominale aorta. 2009</p> <p>NVvH. Normering Chirurgische Behandelingen 5.0. 2015</p> <p>ZN. Kwaliteitsvisie spoedeisende zorg. 2013</p> <p>European Stroke Organization, Richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling van ischemische beroerte en transiënt ischemische aanvallen. 2009.</p> <p>NINDS rt-PA Stroke Study Group: A systems approach to immediate evaluation and management of hyperacute stroke. Experience at eight centers and implications for community practice and patient care. The National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) rt-PA Stroke Study Group. Stroke 1997;28:1530-1540.</p> <p>NVN, Richtlijn 'Diagnostiek, behandeling en zorg voor patiënten met een beroerte'. 2008.</p> <p>Wardlaw JM, Keir SL, Seymour J, Lewis S, Sandercock</p> <p>PA, Dennis MS, Cairns J: What is the best imaging strategy for acute stroke? Health Technol Assess 2004;8:iii, ix-x, 1-180.</p>
Rekenregels en definities	
Teller(s)	
Noemer	
Vraag	

Antwoordopties	
Definitie	Direct inzetbaar betekent dat de patiënt bij binnenkomst in het ziekenhuis direct door kan naar de CT-kamer voor een adequate beeldvorming en beoordeling van de eventuele pathologie.
In-/exclusiecriteria	
Casemix	
Databron(registratie)	
Norm	n.v.t.
Meetperiode	Peildatum 31-12-2022
Aanleverfrequentie	één keer per jaar.
Aanleverniveau	op locatieniveau

Indicator 2 AMI - Ketenafspraken

Operationalisatie	Heeft deze ziekenhuislocatie schriftelijk vastgelegde afspraken over samenwerking met ketenpartners (huisarts, Regionale Ambulancevoorziening, niet-PCI-centra)?
Informatie voor cliënten	De zorg voor patiënten met een acuut myocardinfarct (<12 uur na ontstaan klachten) kan sterk worden verbeterd door deze zorg op regionaal niveau te organiseren.
Transparantie	Verplicht
Type indicator	Structuur
Relevantie	De zorg voor patiënten met een acuut myocardinfarct (<12 uur na ontstaan klachten) kan sterk worden verbeterd door deze op regionaal niveau te organiseren, waarbij afspraken worden gemaakt met onder andere regionale ambulance-diensten, huisartsenposten, PCI-centra en niet-PCI centra. De implementatie van een regionaal netwerk gebaseerd op pre-hospitale diagnose, transport naar PCI-centrum en start behandeling in de ambulance heeft een bewijskracht gradatie A gekregen in de nieuwe ESC/EACTS guideline.
Datatype	ja/nee
Bron (achtergrond) van de indicator	ESC, Guideline Acute Coronary Syndromes (ACS) in patients presenting without persistent ST-segment elevation. 2011. IGZ. Kwaliteitsindicatoren 2015. Basisset Ziekenhuizen. Task Force on the management of STsegmentESoC, Steg PG, James SK, Atar D, Badano LP, Blomstrom- Le May, M.R., et al., A citywide protocol for primary PCI in ST-segment elevation myocardial infarction. N Engl J Med, 2008. 358(3): p. 231-40. Lundqvist C, et al. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. European heart journal. 2012;33(20):2569-619 Umans V, Drexhage O, UYtsma T, Smeekes M. Ook ambulancetijd cruciaal na infarct. Medisch Contact 2015;23:3. ZN. Kwaliteitsvisie spoedeisende zorg. 2013
Rekenregels en definities	
Teller(s)	
Noemer	
Vraag	
Antwoordopties	
Definitie	In de schriftelijk vastgelegde afspraken zijn minimaal afspraken opgenomen over de doorverwijzing van patiënten (welke patiënten en snelheid doorverwijzen) en over welke informatie wordt overgedragen. Een voorbeeld is deelname aan het CONNECT programma van de NVVC.
In/exclusiecriteria	
Casemix	
Databron	Ziekenhuisinformatiesysteem
Norm	
Meetperiode	peildatum 31-12-2022
Aanleverfrequentie	één keer per jaar.
Aanleverniveau	Ziekenhuisconcern niveau

3 Aantal Multitrauma patiënten

Operationalisatie	Aantal multitraumapatiënten (Injury Severity Score >15) opgevangen op de afdeling spoedeisende hulp (SEH) van de ziekenhuislocatie in het verslagjaar.
Informatie voor cliënten	Multitraumapatiënten zijn ernstig gewonde patiënten. Het is van (levens)belang dat deze patiënten behandeld worden in de ziekenhuizen met 24-uurs beschikbaarheid van een groot aantal specialismen en voorzieningen. Dit is omschreven in de NVT levelcriteria. Daarbij is een volumenorm gesteld. Deze indicator geeft inzicht of de SEH van de ziekenhuislocatie deze minimum norm per jaar haalt.
Transparantie	Verplicht
Type indicator	Structuur
Relevantie	NVT-norm benoemt volume norm en geeft aan dat om hoogwaardige traumazorg te leveren een minimum aantal multitraumapatiënten in een level 1 ziekenhuis moeten worden behandeld.
Datatype	aantal (een geheel getal)
Bron (achtergrond) van de indicator	<p>Kjellstrom, T., B. Norrving, and A. Shatchkute, Helsingborg Declaration 2006 on European stroke strategies. <i>Cerebrovasc Dis</i>, 2007. 23(2-3): p. 231-41.</p> <p>Kosar, S., et al., Cost-effectiveness of an integrated 'fast track' rehabilitation service for multitrauma patients involving dedicated early rehabilitation intervention programs: design of a prospective, multicentre, non-randomised clinical trial. <i>J Trauma Manag Outcomes</i>, 2009. 3: p.</p> <p>Nederlandse Vereniging voor Traumachirurgie. Levelcriteria Traumatologie van de Vereniging voor Traumachirurgie. Periode 2014-2018.</p> <p>Stelfox, H.T., et al., Quality indicators for evaluating trauma care: a scoping review. <i>Arch Surg</i>, 2010. 145(3): p. 286-95.</p> <p>VWS, Beleidsvisie Traumazorg 2006-2010. 2006.</p> <p>ZN. Kwaliteitsvisie spoedeisende zorg. 2013</p>
Rekenregels en definities	
Teller(s)	
Noemer	
Vraag	
Antwoordopties	
Definitie	Conform Landelijke Traumaregistratie
In/exclusiecriteria	Conform Landelijke Traumaregistratie
Casemix	
Databron (registratie)	Ziekenhuisinformatiesysteem, Landelijke Traumaregistratie
Norm	NVT levelcriteria norm
Meetperiode	01-01-2022 t/m 31-12-2022
Aanleverfrequentie	één keer per jaar.
Aanleverniveau	Ziekenhuisconcern niveau

Indicator 4 Percentage van alle multitraumapatiënten direct opgenomen in het regionaal traumacentrum.

Alleen in vullen door het regionale traumacentrum!

Operationalisatie	Percentage van alle multitraumapatiënten (Injury Severity Score >15) die worden opgenomen in de regio dat direct in het regionale traumacentrum gepresenteerd wordt.
Informatie voor cliënten	Traumacentra hebben een specifieke zorgtaak voor ernstige ongevalslachtoffers. Deze zorgtaak vraagt ondermeer een 24-uurs beschikbaarheid van een groot aantal specialismen en voorzieningen. Zowel expertise als beschikbaarheid van personeel in het ziekenhuis dragen bij aan tijdige en adequate behandeling van multitraumapatiënten.
Transparantie	Verplicht; deze data worden alleen ingevuld door het regionale traumacentrum!
Type indicator	Proces
Relevantie	Richtlijnen geven aan dat om hoogwaardige traumazorg te leveren, multitraumapatiënten in een traumacentrum moeten worden behandeld.
Datatype	%
Bron (achtergrond) van de indicator	Kjellstrom, T., B. Norrving, and A. Shatchkute, Helsingborg Declaration 2006 on European stroke strategies. <i>Cerebrovasc Dis</i> , 2007. 23(2-3): p. 231-41. Kosar, S., et al., Cost-effectiveness of an integrated 'fast track' rehabilitation service for multitrauma patients involving dedicated early rehabilitation intervention programs: design of a prospective, multicentre, non-randomised clinical trial. <i>J Trauma Manag Outcomes</i> , 2009. 3: p. Nederlandse Vereniging voor Traumachirurgie. Levelcriteria Traumatologie van de Vereniging voor Traumachirurgie. Periode 2014-2018. Stelfox, H.T., et al., Quality indicators for evaluating trauma care: a scoping review. <i>Arch Surg</i> , 2010. 145(3): p. 286-95. VWS, Beleidsvisie Traumazorg 2006-2010. 2006. ZN. Kwaliteitsvisie spoedeisende zorg. 2013
Rekenregels en definities	
Teller(s)	De multitraumapatiënten (Injury Severity Score >15) die direct zijn gepresenteerd in het regionale traumacentrum.
Noemer	De multitraumapatiënten (Injury Severity Score >15) die direct zijn gepresenteerd in alle ziekenhuizen in de traumaregio.
Vraag	
Antwoordopties	
Definitie	Conform Landelijke Traumaregistratie
In/exclusiecriteria	Conform Landelijke Traumaregistratie
Casemix	
Databron (registratie)	Landelijke Traumaregistratie

Norm	Norm; minimaal 90% van de multitraumapatiënten wordt direct in het regionaal traumacentrum gepresenteerd.
Meetperiode	01-01-2022 t/m 31-12-2022
Aanleverfrequentie	één keer per jaar.
Aanleverniveau	Ziekenhuisconcern niveau

Indicator 5 Beschikbaarheid IC-bed

Indicatornaam	Beschikbaarheid IC-bed
Indicatornummer	5
Operationalisatie	Zijn op uw ziekenhuislocatie 24/7 een bed op de afdeling Intensive Care en een intensivist direct beschikbaar?
Informatie voor cliënten	De kwaliteit van traumazorg en zorg voor RAA is ingebed in de keten van spoedeisende zorgverlening, waarbij voor deze patiënten de beschikbaarheid van een bed op de IC afdeling een eerste vereiste is voor het garanderen van goede kwaliteit van zorg.
Transparantie	Verplicht
Type indicator	Structuur
Relevantie	<p>a. Richtlijnen geven aan dat om hoogwaardige traumazorg te leveren, multitrauma patiënten in een traumacentrum moeten worden behandeld. Vooral als snelle interventie in het ziekenhuis vereist is, is het van belang dat multitrauma patiënten zo snel mogelijk naar een traumacentrum met de nodige faciliteiten vervoerd worden.</p> <p>De kwaliteit van traumazorg is ingebed in de keten van spoedeisende zorgverlening, waarbij voor de multitrauma patiënt de beschikbaarheid van een bed op de IC afdeling een eerste vereiste is voor het garanderen van goede kwaliteit van zorg.</p> <p>b. Als patiënten een maximale kans op overleving willen krijgen moet 24/7 adequate RAAA zorg worden aangeboden. Dit vraagt om de noodzakelijke infrastructuur en faciliteiten.</p>
Datatype	ja/nee
Bron (achtergrond) van de indicator	<p>Mell MW, Wang NE, Morrison DE, Hernandez-Boussard T. Interfacility transfer and mortality for patients with ruptured abdominal aortic aneurysm. <i>Journal of vascular surgery</i>. 2014;60(3):553-7.</p> <p>Ozdemir BA, Karthikesalingam A, Sinha S, Poloniecki JD, Vidal-Diez A, Hinchliffe RJ, et al. Association of hospital structures with mortality from ruptured abdominal aortic aneurysm. <i>The British journal of surgery</i>. 2015;102(5):516-24.</p> <p>van Beek SC, Reimerink JJ, Vahl AC, Wisselink W, Reekers JA, van Geloven N, et al. Effect of regional cooperation on outcomes from ruptured abdominal aortic aneurysm. <i>The British journal of surgery</i>. 2014;101(7):794-801</p>
Rekenregels en definities	
Teller(s)³	
Noemer	
Vraag	
Antwoordopties	Ja/nee
Definitie	<p>24/7 directe beschikbaarheid betekent dat de patiënt aansluitend aan de behandeling direct door kan naar de IC-afdeling. Hierbij is 24/7 een intensivist (eventueel op afstand) beschikbaar voor de postinterventie.</p> <p>Voor het meten van de indicator wordt aangesloten bij de</p>

³ Wanneer er meerdere tellers zijn, dan is dit duidelijk in de nummering aangegeven. Bijvoorbeeld 1a, 1b enz.

	actuele levelcriteria traumatologie van de Nederlandse Vereniging voor Traumachirurgie (NVT) die voor de periode 2014-2018 zijn benoemd. De criteria voor level 1 ziekenhuizen maken duidelijk waaraan een bed op de IC-afdeling moet voldoen.
In-/exclusiecriteria	
Casemix	
Databron (registratie)	Ziekenhuisinformatiesysteem
Norm	
Meetperiode	Peildatum 31-12-2022
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Aanleverniveau	locatieniveau

Indicator 6 Mogelijkheid EVAR-procedure

Indicator naam	Mogelijkheid EVAR-procedure
Indicator nummer	6
Operationalisatie	Is op uw ziekenhuislocatie 24/7 de mogelijkheid voor het direct uitvoeren van een acute Endovasculair Aneurysma Repair (EVAR) procedure?
Informatie voor cliënten	EVAR lijkt gepaard te gaan met een lagere perioperatieve mortaliteit dan de open procedure. De reden voor de lagere perioperatieve mortaliteit is het geringere operatietrauma. Bovendien herstellen patiënten sneller
Transparantie	Verplicht
Type indicator	Structuur
Relevantie	<p>In de richtlijn van de NVvH staat dat bij geschikte anatomie en voldoende expertise een RAAA bij voorkeur met EVAR wordt behandeld (bewijskracht gradatie B). EVAR lijkt gepaard te gaan met een lagere perioperatieve mortaliteit dan de open procedure (bewijskracht gradatie B). NVvH stelt als norm dat er in een ziekenhuis de mogelijkheid is tot het verrichten van EVAR of dat er een samenwerkingsverband, c.q. verwijsmogelijkheid is.</p> <p>De reden voor de lagere perioperatieve mortaliteit is het geringere operatietrauma. Bovendien herstellen patiënten sneller.</p> <p>Ook internationaal zijn deskundigen het er over eens dat áls EVAR mogelijk is dat EVAR dan ook toegepast moet worden. Echter niet tot elke prijs: team ervaring met EVAR is belangrijk want een mislukte EVAR geeft een hoge kans of sterfte.</p>
Datatype	ja/nee
Bron (achtergrond) van de indicator	<p>IMPROVE trial investigators. Endovasculair or open repair strategy for ruptured abdominal aortic aneurysm: 30 days outcomes from IMPROVE randomised trial BMJ. 2014;348:f7661.</p> <p>Karthikesalingam A, Holt PJ, Vidal-Diez A, Ozdemir BA, Poloniecki JD, Hinchliffe RJ, et al. Mortality from ruptured abdominal aortic aneurysms: clinical lessons from a comparison of outcomes in England and the USA. Lancet. 2014;383(9921):963-9.</p> <p>NVvH. Richtlijn Diagnostiek en behandeling van het aneurysma van de abdominale aorta. 2009</p> <p>NVvH. Normering Chirurgische Behandelingen 5.0. 2015</p> <p>Reimerink JJ, Hoonweg LL, Vahl AC, Wisselink W, van den Broek TA, Legemate DA, et al. Endovascular repair versus open repair of ruptured abdominal aortic aneurysms: a multicenter randomized controlled trial. Annals of surgery. 2013;258(2):248-56.</p> <p>van Beek SC, Reimerink JJ, Vahl AC, Wisselink W, Reekers JA, van Geloven N, et al. Effect of regional cooperation on outcomes from ruptured abdominal aortic aneurysm. The British journal of surgery. 2014;101(7):794-801</p> <p>Rodel, S.G., et al., Endovascular treatment of ruptured abdominal aortic aneurysm: is there a long-term benefit at follow-up? J Cardiovasc Surg (Torino), 2012. 53(1): p. 83-9.</p> <p>ten Bosch, J.A., D.A. Legemate, and J.A. Teijink, [Endovascular treatment of ruptured abdominal aortic aneurysms]. Ned Tijdschr Geneeskd, 2009. 153: p. A506.</p>

Rekenregels en definities	
Teller(s)⁴	
Noemer	
Vraag	
Antwoordopties	ja/nee
Definitie	Direct uitvoeren betekent dat de hiervoor geschikte patiënt aansluitend aan de CTA de EVAR behandeling kan ondergaan.
In-/exclusiecriteria	
Casemix	
Databron (registratie)	Ziekenhuisinformatiesysteem
Norm	
Meetperiode	Peildatum 31-12-2022
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Aanleverniveau	locatieniveau

⁴ Wanneer er meerdere tellers zijn, dan is dit duidelijk in de nummering aangegeven. Bijvoorbeeld 1 a, 1b enz.

4 Wijzigingstabel

In verband met de gevolgen van COVID-19 zijn de indicatoren voor de spoedzorgset bevroren en zijn dus geen wijzigingen doorgevoerd in de indicatorgids 2022.

5 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: 'wachttijd 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').
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)
Type indicator	<ul style="list-style-type: none">- Uitkomst- Proces- Structuur
Relevantie	Geef aan waarom de indicator relevant is en voor wie.
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)
Bron (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?
Rekenregels en definities	
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 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>
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>
In-/exclusiecriteria	<p>Een duidelijke definitie 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>
Casemix	<p>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>
Aanleverniveau	<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>