

Toetstabel Beroerte CVA vj2024

Operationalisatie	Aard van de wijziging	Criteria Toetsingskader	Advies werkgroep	PFN	FMS	V&VN	ZN	NVZ	NFU	ZKN	WSCie
<i>Indicator 2A, 2B (nieuwe nummering)</i>	<i>Toelichting</i>	<i>Criterium 1 t/m 6</i>	<i>Verplicht, vrijwillig/niet transparant/verwijderen/geen</i>	<i>akkoord/geen akkoord + argument geef per partij dit aan</i>							
2A (Aanwezigheid perfusiescans) en 2B (Aanwezigheid perfusiescans - regionaal)	Nieuw toegevoegd	Criterium 1 t/m 6	Verplicht	Akkoord	Akkoord	Niet aanwezig	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord
<b>Overweging ZIN</b> Er is consensus in de werkgroep over het toevoegen van nieuwe indicatoren. Het proces van de samenwerkingsafspraken MSZ is gevolgd. Dit proces is vormgegeven als een verbetercyclus waarin de relevante partijen hun eigen toetsing uitvoeren (betrokkenheid relevante partijen en registraties, uitvoeren registratietoets, autoriseringsronde). Conform dit proces neemt het Zorginstituut het advies van de werkgroep over.											
<b>Advies ZIN</b> Verplicht											
<i>Indicator 6A, 6B (nieuwe nummering)</i>	<i>Toelichting</i>	<i>Criterium 1 t/m 6</i>	<i>Verplicht, vrijwillig/niet transparant/verwijderen/geen</i>	<i>akkoord/geen akkoord + argument geef per partij dit aan</i>							
6A, 6B	Intra-arteriele trombectomie is overall gewijzigd naar de benaming endovasculaire trombectomie. Dit is nog steeds exact dezelfde interventie, het gaat alleen om een naams wijziging om in te spelen op de meest gangbare benaming voor deze interventie.	Criterium 1 t/m 6	Verplicht	Akkoord	Akkoord	Niet aanwezig	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord
<b>Overweging ZIN</b> Er is consensus in de werkgroep over het wijzigen van de benaming intra-arteriele trombectomie naar endovasculaire trombectomie. Het proces van de samenwerkingsafspraken MSZ is gevolgd. Dit proces is vormgegeven als een verbetercyclus waarin de relevante partijen hun eigen toetsing uitvoeren (betrokkenheid relevante partijen en registraties, uitvoeren registratietoets, autoriseringsronde). Conform dit proces neemt het Zorginstituut het advies van de werkgroep over.											
<b>Advies ZIN</b> Verplicht											
<i>Indicator 7</i>	<i>Toelichting</i>	<i>Criterium 1 t/m 6</i>	<i>Verplicht, vrijwillig/niet transparant/verwijderen/geen consensus</i>	<i>akkoord/geen akkoord + argument geef per partij dit aan</i>							
7 Deur-tot-deur-tot-lies tijd	Toevoegen vrijwillige indicator	Criterium 1 t/m 6	Vrijwillig	Akkoord	Akkoord	Niet aanwezig	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord
<b>Overweging ZIN</b> Er is consensus in de werkgroep over het toevoegen van de vrijwillige indicator. Het proces van de samenwerkingsafspraken MSZ is gevolgd. Dit proces is vormgegeven als een verbetercyclus waarin de relevante partijen hun eigen toetsing uitvoeren (betrokkenheid relevante partijen en registraties, uitvoeren registratietoets, autoriseringsronde). Conform dit proces neemt het Zorginstituut het advies van de werkgroep over.											
<b>Advies ZIN</b> Vrijwillig transparant											

# Indicatorset DASA

Uitvraag ziekenhuizen/ZBC's over verslagjaar 2024

Versie 2024.1, juni 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:**

-NVN

-ZN

-PFN

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

## 1 Overzicht indicatoren

Indicator-nummer <sup>1</sup>	Indicatornaam	Bron <sup>2</sup>	Transparantie? <sup>3</sup>
1	Aantal CVA patiënten	DASA	Verplicht
2A	Aanwezigheid perfusiescans	DASA	Verplicht
2B	Aanwezigheid perfusiescans - regionaal	DASA	Verplicht
3	Vullingsgraad NIHSS bij opname	DASA	Verplicht
4	Begin-tot-deur tijd	DASA	Verplicht
5A	Intraveneuze trombolysie	DASA	Verplicht
5B	Deur-tot-naald tijd	DASA	Verplicht
6A	Endovasculaire trombectomie	DASA	Verplicht
6B	Deur-tot-lies tijd	DASA	Verplicht
7	Deur-tot-deur-tot-lies tijd	DASA	Verplicht
8	Vullingsgraad mRs na 3 maanden	DASA	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**
  - ✓ **Toeziethouders, waaronder de IGJ en NZa**
  - ✓ **Onderzoekers**

De indicatoren zijn gebaseerd op:

- ✓ **Professionele standaard, namelijk: Richtlijn Herseninfarct en hersenbloeding**  
([https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/herseninfarct\\_en\\_hersenbloeding/startpagina\\_herseninfarct\\_-\\_bloeding.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/herseninfarct_en_hersenbloeding/startpagina_herseninfarct_-_bloeding.html) )
- ✓ Kwaliteitsstandaard, namelijk: kwaliteitstandaard beroerte
- (Internationale) Indicatorenset, namelijk: .....
- Afspraken over gegevensuitwisseling, namelijk: .....

#### **Let op:**

- De indicatoren moeten helpen bij de keuze voor goede zorg door cliënten (en/of hun naasten), eventueel samen met zorgverleners. De cliëntinformatie is hier ook op afgestemd.
- Er dient per indicator gespecificeerd te zijn op welk niveau de indicator aangeleverd moet worden (bijvoorbeeld op niveau van een locatie of op concernniveau bij aanwezigheid van meerdere locaties).
- Er dient per indicator inzichtelijk te worden gemaakt [voor welke doelgroep,?] voor welke fase in het zorgproces en voor welk type zorginstelling de indicator relevant is.

### 2.2 Populatiebepaling

Voor alle indicatoren in deze indicatorset bestaat de populatie uit:

Alle patiënten met een cerebrovasculair accident (CVA) die zich in de acute fase presenteren op de spoedeisende hulp en/of klinisch zijn opgenomen. Onder CVA valt: (primaire) intracerebrale bloeding of herseninfarct.

- (primaire) Intracerebrale bloeding  
Hierbij hoort diagnosecode hersenbloeding (1102). Niet bedoeld worden: primaire subarachnoïdale bloeding, subduraal hematoom, epiduraal hematoom, bloeding ten gevolge van arterioveneuze malformatie of hemorragische transformatie van cerebraal ruimte-innemend proces.

- Herseninfarct

Hierbij hoort diagnosecode herseninfarct (I111). Niet bedoeld wordt: transient ischemic attack (TIA) of (infarct ten gevolge van) sinustrombose.

DASA registratiejaar 2024: 01-01-2024 t/m 31-12-2024. Datum van presentatie van patiënt in het ziekenhuis wordt gebruikt om te bepalen in welk jaar de patiënt wordt meegenomen bij berekening van de indicatoren.

### **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 DASA bestond in 2023 uit de volgende personen:

Dhr. dr. P.J. Nederkoorn, neuroloog Amsterdam UMC – locatie AMC, Amsterdam  
Dhr. dr. L.A.M. Aerden, neuroloog Reinier de Graaf Gasthuis, Delft  
Mw. drs. L.J. Stolze, arts-assistent neurologie Amsterdam UMC – locatie AMC, Amsterdam  
Dhr. prof. Dr. F.E. de Leeuw, neuroloog, Radboud UMC, Nijmegen  
Mw. dr. H.F. Lingsma, epidemioloog, Erasmus MC, Rotterdam  
Dhr. dr. I.R. van den Wijngaard, neuroloog, Haaglanden MC, Den Haag  
Dhr. prof. Dr. W.H. van Zwam, radioloog, MUMC+, Maastricht  
Mw dr. Irem Baharoglu, neuroloog Haaglanden Medisch Centrum (HMC)  
Mw. Drs. N. Wali, arts-onderzoeker DASA

### **2.5 Externe partijen**

Tevens waren de volgende personen aanwezig bij de ontwikkeldagen:

Mw. B. van Leiden, Zorgverzekeraar Nederland (ZN)  
Mw. M. Smits, Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN)  
Mw. E. Oud, Federatie Medisch Specialisten (FMS)  
Mw. D. Sprengers, Patientenfederatie Nederland  
Mw. N. Kalkers, Nederlands Vereniging voor Neurologie (NVN)  
Mw. T. Hoogendoorn, Nederlands Vereniging voor Neurologie (NVN)

De volgende personen waren aanwezig bij de indicatoredagen:

Mw. E. Oud, Federatie Medisch Specialisten (FMS)  
Mw. M. Smits, Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN)  
Mw. T.A. Hoogendoorn-Stroband, Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN)  
Mw. dr. Lonneke de Lau, Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN)  
Dhr. Bas van der Veen, neuroloog NoordWest Ziekenhuisgroep  
Mw. Lisette Elsing, beleidsmedewerker NoordWest Ziekenhuisgroep  
Dhr. Bert Bernts, Zorgverzekeraars Nederland (ZN)  
Mw Eline Tuyn, CZ

### 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 DASA op <https://support.mrdm.nl/registraties/dasa/>

---

<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>	Aantal CVA patiënten
<b>Indicatornummer</b>	1
<b>Operationalisatie</b>	Aantal CVA-patiënten, uitgesplitst voor herseninfarct en hersenbloeding.
<b>Informatie voor cliënten</b>	Inzicht in het aantal behandelde CVA-patiënten per ziekenhuis.
<b>Relevantie en toepasbaarheid</b>	Het aantal patiënten dat wordt gepresenteerd aan het centrum is belangrijk om transparant te maken om aan de norm te toetsen en de behandelpercentages in context te plaatsen.
<b>Type indicator</b>	Structuur
<b>Achtergrond van de indicator</b>	Document: Kwaliteitscriteria acute beroertezorg NVN Initiator: NVN
<b>Doel van het meten en publiceren</b>	Waarborgen van de kwaliteit van zorg door monitoren van de volumennorm die gesteld is en behandelpercentages in context plaatsen.
<b>Transparantie</b>	Verplicht
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Datatype</b>	Aantal
<b>Teller A</b>	Aantal patiënten met een CVA.
<b>Teller B</b>	Aantal patiënten met een herseninfarct.
<b>Teller C</b>	Aantal patiënten met een hersenbloeding.
<b>Vraag</b>	n.v.t.
<b>Antwoordoptyes</b>	Aantal; één antwoord mogelijk
<b>Aggregatieniveau</b>	Locatieniveau
<b>In-/exclusiecriteria populatie</b>	Alle patiënten met een cerebrovasculair accident (CVA) die zich in de acute fase presenteren op de spoedeisende hulp en/of klinisch zijn opgenomen. Onder CVA valt: (primaire) intracerebrale bloeding of herseninfarct. <ul style="list-style-type: none"> <li>(primaire) Intracerebrale bloeding Hierbij hoort diagnosecode hersenbloeding (1102). Niet bedoeld worden: primaire subarachnoïdale bloeding, subduraal hematoom, epiduraal hematoom, bloeding ten gevolge van arterioveneuze malformatie of hemorragische transformatie van cerebraal ruimte-innemend proces.</li> <li>Herseninfarct Hierbij hoort diagnosecode herseninfarct (1111). Niet bedoeld wordt: transient ischemic attack (TIA) of (infarct ten gevolge van) sinustrombose.</li> </ul>
<b>Rekenregels en casemixcorrecties</b>	Rekenregels: A) Aantal patiënten met diagnose CVA; B) aantal patiënten met diagnose herseninfarct; C) aantal patiënten met diagnose hersenbloeding
<b>Databron (registratie)</b>	DASA
<b>Meetperiode</b>	01-01-2024 t/m 31-12-2024
<b>Aanleverfrequentie</b>	Eén keer per jaar
<b>Eerste aanleverdatum</b>	2018



<b>Indicator naam</b>	Aanwezigheid perfusiescans
<b>Indicator nummer</b>	2A
<b>Operationalisatie</b>	Het 24/7 beschikbaar zijn van een CTA en CT-perfusiescan en/of een MRA en MRI-perfusiescan en/of MRI DWI/FLAIR voor directe beeldvorming bij patiënten met een acuut herseninfarct inclusief directe beoordeling door een radioloog
<b>Informatie voor cliënten</b>	Inzicht in de aanwezigheid van een CTA en CT-perfusiescan en/of de aanwezigheid van een MRA en MRI-perfusiescan en/of MRI DWI/FLAIR per ziekenhuis
<b>Relevantie en toepasbaarheid</b>	Inzicht in de aanwezigheid van perfusiescans is van belang om een beeld te krijgen van hoeveel ziekenhuizen in Nederland al zijn ingespeeld op de nieuwe ontwikkelingen in de behandeling van het acute herseninfarct. Indien een patiënt met een herseninfarct gunstige scankarakteristieken laat zien op een perfusiescan of MRI DWI/FLAIR, kan hij/zij ook nog buiten de conventionele tijdsvensters in aanmerking komen voor behandeling.
<b>Type indicator</b>	Structuur
<b>Achtergrond van de indicator</b>	Document: richtlijn Herseninfarct en hersenbloeding en Kwaliteitsnormen Acute Beroertezorg opgesteld door de NVN en de NVvR Initiator: NVN
<b>Doel van het meten en publiceren</b>	Doel van het meten van de indicator is om inzicht te krijgen in hoeveel ziekenhuizen in Nederland al beschikken over een CTA en CT-perfusiescan en/of een MRA en MRI-perfusiescan en/of MRI DWI/FLAIR, en ziekenhuizen te stimuleren om deze aan te schaffen en te gebruiken bij patiënten met een acuut herseninfarct
<b>Transparantie</b>	Transparant
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Datatype</b>	Ja/Nee
<b>Vraag</b>	Is er in uw ziekenhuis een CTA en CT-perfusiescan en/of een MRA en MRI-perfusiescan en/of MRI DWI/FLAIR 24 uur per dag, 7 dagen in de week, direct beschikbaar voor beeldvorming bij patiënten met een acuut herseninfarct, inclusief directe beoordeling door een radioloog?
<b>Antwoordopties</b>	Ja of nee; één antwoord mogelijk
<b>Aggregatieniveau</b>	Locatieniveau
<b>Databron (registratie)</b>	DASA
<b>Meetperiode</b>	01-01-2024 t/m 31-12-2024
<b>Aanleverfrequentie</b>	Eén keer per jaar De vraag wordt niet op patiëntniveau gesteld maar op ziekenhuisniveau. Met de mogelijkheid om de beantwoording aan te passen gedurende het jaar.
<b>Eerste aanleverdatum</b>	2024

<b>Indicator naam</b>	Aanwezigheid perfusiescans - regionaal
<b>Indicator nummer</b>	2B
<b>Operationalisatie</b>	Deze vraag wordt niet aan alle ziekenhuizen gesteld, maar alleen indien het ziekenhuis de vraag bij indicator 2A met "nee" beantwoord. Met indicator 2B wordt nagevraagd of er in zo een situatie wel regionale afspraken zijn gemaakt met betrekking tot de perfusiescans. In kaart wordt gebracht of er schriftelijk inzichtelijk duidelijke afspraken binnen de regio zijn gemaakt voor het 24/7 beschikbaar zijn van een CTA en CT-perfusiescan en/of een MRA en MRI-perfusiescan en/of MRI DWI/FLAIR voor directe beeldvorming bij patiënten met een acuut herseninfarct inclusief directe beoordeling door een radioloog
<b>Informatie voor cliënten</b>	Inzicht in hoeveel ziekenhuizen op locatie niet 24/7 een CTA en CT-perfusiescan en/of een MRA en MRI-perfusiescan en/of MRI DWI/FLAIR beschikbaar hebben voor directe beeldvorming bij patiënten met een acuut herseninfarct inclusief directe beoordeling door een radioloog, maar hierover regionaal wel schriftelijk inzichtelijk duidelijke afspraken hebben gemaakt zodat de patiënten met een acuut herseninfarct die vallen in het late tijdsvensters binnen de regio doorverwezen worden naar een ander ziekenhuis voor beeldvorming.
<b>Relevantie en toepasbaarheid</b>	Inzicht in de aanwezigheid van perfusiescans is van belang om een beeld te krijgen van hoeveel ziekenhuizen in Nederland al zijn ingespeeld op de nieuwe ontwikkelingen in de behandeling van het acute herseninfarct. Indien een patiënt met een herseninfarct gunstige scankarakteristieken laat zien op een perfusiescan of MRI DWI/FLAIR, kan hij/zij ook nog buiten de conventionele tijdsvensters in aanmerking komen voor behandeling.
<b>Type indicator</b>	Structuur
<b>Achtergrond van de indicator</b>	Document: Kwaliteitsnormen Acute Beroertezorg opgesteld door de NVN en de NVvR Initiator: NVN
<b>Doel van het meten en publiceren</b>	Hoewel het doel is dat op termijn elk ziekenhuis waar zorg geleverd wordt aan acute CVA patiënten beschikt over een perfusiescan danwel een MRI DWI/FLAIR, kan het zijn dat door logistieke of financiële redenen dit in een aantal ziekenhuizen nog niet mogelijk is. Met deze vraag wordt inzicht gecreeërd hoeveel ziekenhuizen nog niet 24/7 beschikken over een CTA en CT perfusiescan en/of MRA en MRI-perfusiescan en/of een MRI DWI/FLAIR maar wel inspelen op nieuwe ontwikkelingen met betrekking tot behandeling in het late tijdsvensters. Door afspraken te maken binnen de regio en patiënten gelijk te presenteren in een ander ziekenhuis of door te verwijzen naar een ander ziekenhuis indien de patiënt in aanmerking komt voor behandeling in het late tijdsvenster.
<b>Transparantie</b>	Transparant
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Datatype</b>	Ja/Nee
<b>Vraag</b>	Zijn er afspraken gemaakt binnen uw regio zodat er voor uw patiënten- met een acuut herseninfarct een CTA en CT-

	perfusiescan en/of een MRA en MRI-perfusiescan en/of MRI DWI/FLAIR 24 uur per dag, 7 dagen in de week, direct beschikbaar is voor beeldvorming, inclusief directe beoordeling door een radioloog?
<b>Antwoordopties</b>	Ja of nee; één antwoord mogelijk De vraag wordt niet op patiëntniveau gesteld maar op ziekenhuisniveau. Deze vraag wordt alleen gesteld indien op de vraag bij indicator 2A "nee" wordt geantwoord. Ook bij deze vraag is het mogelijk de beantwoording aan te passen gedurende het jaar.
<b>Aggregatieniveau</b>	locatieniveau
<b>Databron (registratie)</b>	DASA
<b>Meetperiode</b>	01-01-2024 t/m 31-12-2024
<b>Aanleverfrequentie</b>	Eén keer per jaar Met de mogelijkheid om de beantwoording aan te passen gedurende het jaar
<b>Eerste aanleverdatum</b>	2024

<b>Indicatornaam</b>	Vullingsgraad NIHSS bij opname
<b>Indicatornummer</b>	3
<b>Operationalisatie</b>	Vullingsgraad van de NIHSS totaalscore bij opname, uitgesplitst voor patiënten met een herseninfarct en hersenbloeding.
<b>Informatie voor cliënten</b>	Inzicht in de mate waarin ziekenhuizen werken met de NIHSS.
<b>Relevantie en toepasbaarheid</b>	De NIHSS score bij opname is een zeer noodzakelijke variabele om als casemixfactor toe te passen op een uitkomstindicator. Deze indicator heeft als doel het invullen van de NIHSS te motiveren. De NIHSS score kan gescoord worden op basis van het neurologisch onderzoek wat (los van de NIHSS score uitlevering aan de DASA) bij alle acute CVA patiënten wordt uitgevoerd bij presentatie op de SEH. Deze score is ook van belang voor de indicatiestelling voor een behandeling van het acuut CVA.
<b>Type indicator</b>	Proces
<b>Achtergrond van de indicator</b>	Document: richtlijn Herseninfarct en hersenbloeding Initiator: NVN
<b>Doel van het meten en publiceren</b>	Met het meten en publiceren van deze indicator wordt beoogd inzicht te krijgen in de mate waarop ziekenhuizen werken met de NIHSS, maar ook om het invullen van de NIHSS te stimuleren. De NIHSS-score is van belang in de acute fase van het CVA, maar meest belangrijk om als casemixfactor te kunnen toepassen op uitkomstindicatoren (en hiermee een eerlijk vergelijk tussen ziekenhuizen met verschillende populaties te kunnen bereiken).
<b>Transparantie</b>	Verplicht
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Datatype</b>	Percentage
<b>Teller</b>	Aantal patiënten waarbij de NIHSS totaalscore* bekend is bij opname.
<b>Noemer A</b>	Aantal patiënten met een herseninfarct.
<b>Noemer B</b>	Aantal patiënten met een hersenbloeding.
<b>Vraag</b>	n.v.t.
<b>Antwoordopties</b>	Percentage; één antwoord mogelijk
<b>Definitie</b>	*NIHSS: National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS): maat voor de ernst en uitgebreidheid van de neurologische uitval bij opname.
<b>Aggregatieniveau</b>	Locatieniveau
<b>In-/exclusiecriteria populatie</b>	Alle patiënten met een cerebrovasculair accident (CVA) die zich in de acute fase presenteren op de spoedeisende hulp en/of klinisch zijn opgenomen. Onder CVA valt: (primaire) intracerebrale bloeding of herseninfarct. <ul style="list-style-type: none"> <li>(primaire) Intracerebrale bloeding Hierbij hoort diagnosecode hersenbloeding (1102). Niet bedoeld worden: primaire subarachnoïdale bloeding, subduraal hematoom, epiduraal hematoom, bloeding ten gevolge van arterioveneuze malformatie of hemorragische transformatie van cerebraal ruimte-innemend proces.</li> <li>Herseninfarct Hierbij hoort diagnosecode herseninfarct (1111). Niet bedoeld</li> </ul>

	wordt: transient ischemic attack (TIA) of (infarct ten gevolge van) sinustrombose.
<b>Rekenregels en casemixcorrecties</b>	Rekenregels: Aantal patiënten waarbij de NIHSS totaalscore bekend is, van het A) aantal patiënten met een herseninfarct, en B) aantal patiënten met een hersenbloeding
<b>Databron (registratie)</b>	DASA
<b>Meetperiode</b>	01-01-2024 t/m 31-12-2024
<b>Aanleverfrequentie</b>	één keer per jaar
<b>Eerste aanleverdatum</b>	2020

<b>Indicatornaam</b>	Begin-tot-deur tijd
<b>Indicatornummer</b>	4
<b>Operationalisatie</b>	Mediane begin-tot-deur tijd van het totaal aantal patiënten met een herseninfarct.
<b>Informatie voor cliënten</b>	Inzicht in de tijd tot aankomst van de patiënten in het ziekenhuis; dit geeft een indicatie van de behandelmogelijkheden.
<b>Relevantie en toepasbaarheid</b>	De tijd tot aankomst in het ziekenhuis zegt iets over de behandelmogelijkheden van de patiënten die in dat ziekenhuis komen, aangezien het/wel of niet kunnen behandelen van patiënten grotendeels tijdsafhankelijk is.
<b>Type indicator</b>	Proces
<b>Achtergrond van de indicator</b>	Document: richtlijn Herseninfarct en hersenbloeding Initiator: NVN
<b>Doel van het meten en publiceren</b>	Met het meten en publiceren van deze indicator wordt inzicht gegeven in de tijd tot aankomst van patiënten in het ziekenhuis, en geeft zo ook een indicatie van de behandelmogelijkheden. Deze indicator is relevant voor alle zorginstellingen.
<b>Transparantie</b>	Verplicht
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Datatype</b>	Aantal minuten
<b>Teller</b>	Mediane begin-tot-deur tijd*
<b>Noemer</b>	Totaal aantal patiënten met een herseninfarct.
<b>Vraag</b>	n.v.t.
<b>Antwoordopties</b>	Aantal minuten; één antwoord mogelijk
<b>Definitie</b>	*Begin: tijdstip van ontstaan klachten en/of symptomen van het herseninfarct; deur: tijdstip van presentatie op de spoedeisende hulp. Indien patiënt reeds opgenomen is, geldt het tijdstip waarop de neuroloog de patiënt ziet.
<b>Aggregatieniveau</b>	Locatieniveau
<b>In-/exclusiecriteria populatie</b>	Herseninfarct: hierbij hoort diagnosecode herseninfarct (I111). Niet bedoeld wordt: transient ischemic attack (TIA) of (infarct ten gevolge van) sinustrombose.
<b>Rekenregels en casemixcorrecties</b>	Rekenregel: Mediane begin-tot-deur tijd van het totaal aantal patiënten met een herseninfarct
<b>Databron (registratie)</b>	DASA
<b>Meetperiode</b>	01-01-2024 t/m 31-12-2024
<b>Aanleverfrequentie</b>	Eén keer per jaar
<b>Eerste aanleverdatum</b>	2018

<b>Indicatornaam</b>	Intraveneuze trombolysse
<b>Indicatornummer</b>	5A
<b>Operationalisatie</b>	Percentage patiënten dat intraveneuze trombolysse heeft ondergaan als fractie van het totaal aantal patiënten met een herseninfarct.
<b>Informatie voor cliënten</b>	Inzicht in de verschillen tussen ziekenhuizen wat betreft het aantal patiënten dat intraveneuze trombolysse krijgt.
<b>Relevantie en toepasbaarheid</b>	Het trombolyssepercentage is een belangrijke indicator te evalueren hoeveel procent van de patiënten intraveneuze trombolysse krijgt en of dit verschillend is tussen de verschillende ziekenhuizen.
<b>Type indicator</b>	Proces
<b>Achtergrond van de indicator</b>	Document: Richtlijn Herseninfarct en hersenbloeding NVN Initiator: NVN De indicator is tevens terug te vinden in de Sentinal Stroke National Audit (SSNAP, Engeland/Wales/Noord-Ierland)
<b>Doel van het meten en publiceren</b>	Het doel van het meten en publiceren van deze indicator is om inzicht te krijgen in de proportie patiënten met een herseninfarct die wordt behandeld met intraveneuze trombolysse. Deze indicator is relevant voor zorginstellingen die intraveneuze trombolysse aanbieden.
<b>Transparantie</b>	Verplicht
<b>Datatype</b>	Percentage
<b>Teller</b>	Aantal patiënten dat intraveneuze trombolysse heeft ondergaan.
<b>Noemer</b>	Aantal niet-verwezen patiënten met een herseninfarct
<b>Antwoordopties</b>	Percentage; één antwoord mogelijk
<b>Vraag</b>	n.v.t.
<b>Definitie</b>	*Niet-verwezen patiënt: patiënt presenteerde zich primair op de spoedeisende hulp van een centrum of was hier reeds klinisch opgenomen.
<b>Aggregatieniveau</b>	Locatieniveau
<b>In-/exclusiecriteria populatie</b>	Herseninfarct: hierbij hoort diagnosecode herseninfarct (I111). Niet bedoeld wordt: transient ischemic attack (TIA) of (infarct ten gevolge van) sinustrombose.
<b>Rekenregels en casemixcorrecties</b>	Rekenregel: Aantal patiënten dat intraveneuze trombolysse heeft ondergaan van het totaal aantal niet-verwezen patiënten met een herseninfarct
<b>Databron (registratie)</b>	DASA
<b>Meetperiode</b>	01-01-2024 t/m 31-12-2024
<b>Aanleverfrequentie</b>	Eén keer per jaar
<b>Eerste aanleverdatum</b>	2014

<b>Indicator naam</b>	Deur-tot-naald tijd
<b>Indicator nummer</b>	5B
<b>Operationalisatie</b>	Mediane deur-tot-naald tijd van het totaal aantal patiënten met een herseninfarct dat intraveneuze trombolysie heeft ondergaan.
<b>Informatie voor cliënten</b>	Inzicht in de tijd van presentatie in het ziekenhuis tot intraveneuze trombolysie.
<b>Relevantie en toepasbaarheid</b>	De tijd van presentatie in het ziekenhuis tot intraveneuze trombolysie is een belangrijke kwaliteitsindicator, aangezien het effect van de behandeling grotendeels tijdsafhankelijk is.
<b>Type indicator</b>	Proces
<b>Achtergrond van de indicator</b>	Document: kwaliteitscriteria acute beroertezorg NVN en richtlijn 'Herseninfarct en hersenbloeding'. Initiator: NVN Deze indicator is tevens opgenomen in de indicatorenset van de Sentinel Stroke National Audit (SSNAP, Engeland/Wales/Noord-Ierland).
<b>Doel van het meten en publiceren</b>	Met het meten en publiceren wordt de snelheid van het proces rondom intraveneuze trombolysie inzichtelijk gemaakt per ziekenhuis. Verlengde tijden t.o.v. de benchmark kunnen een stimulans vormen om het proces rondom intraveneuze trombolysie te verbeteren. Deze indicator is relevant voor zorginstellingen die intraveneuze trombolysie aanbieden.
<b>Transparantie</b>	Verplicht
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Datatype</b>	Aantal minuten
<b>Teller</b>	Mediane deur-tot-naald tijd*
<b>Noemer</b>	Totaal aantal patiënten met een herseninfarct dat intraveneuze trombolysie heeft ondergaan
<b>Vraag</b>	n.v.t.
<b>Antwoordopties</b>	Aantal minuten; één antwoord mogelijk
<b>Definitie</b>	*Deur: tijdstip van presentatie op de spoedeisende hulp. Indien patiënt reeds opgenomen is, geldt het tijdstip waarop de neuroloog de patiënt ziet; naald: tijdstip van start toediening van intraveneuze trombolysie.
<b>Aggregatieniveau</b>	Locatieniveau
<b>In-/exclusiecriteria populatie</b>	Alle patiënten met een herseninfarct die intraveneuze trombolysie hebben ondergaan. Herseninfarct: hierbij hoort diagnosecode herseninfarct (I111). Niet bedoeld wordt: transient ischemic attack (TIA) of (infarct ten gevolge van) sinustrombose.
<b>Rekenregels en casemixcorrecties</b>	Rekenregel: Mediane deur-tot-naald-tijd van het totaal aantal patiënten met een herseninfarct dat intraveneuze trombolysie heeft ondergaan.
<b>Databron (registratie)</b>	DASA
<b>Meetperiode</b>	01-01-2024 t/m 31-12-2024
<b>Aanleverfrequentie</b>	Eén keer per jaar
<b>Eerste aanleverdatum</b>	2014



<b>Indicator naam</b>	Endovasculaire trombectomie
<b>Indicator nummer</b>	6A
<b>Operationalisatie</b>	Aantal patiënten met een herseninfarct dat een endovasculaire trombectomie heeft ondergaan, uitgesplitst voor verwezen en niet-verwezen patiënten.
<b>Informatie voor cliënten</b>	Inzicht in het aantal patiënten dat endovasculaire trombectomie krijgt.
<b>Relevantie en toepasbaarheid</b>	Het aantal patiënten dat een trombectomie krijgt is belangrijk om transparant te maken om te toetsen aan de norm. Het onderscheid tussen verwezen en niet-verwezen patiënten hangt samen met de behandel tijden, aangezien bij een verwezen patiënt de deur-tot-lies tijd korter is omdat in het primaire centrum de diagnostiek al is afgerond en de indicatie is gesteld.
<b>Type indicator</b>	Proces
<b>Achtergrond van de indicator</b>	Document: Richtlijn herseninfarct en hersenbloeding Initiator: NVN
<b>Doel van het meten en publiceren</b>	Het doel van het meten en publiceren van deze indicator is om inzicht te krijgen in de proportie patiënten met een herseninfarct die wordt behandeld met endovasculaire trombectomie. Deze indicator is relevant voor zorginstellingen die endovasculaire trombectomie aanbieden.
<b>Transparantie</b>	Verplicht
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Datatype</b>	Aantal
<b>Teller A</b>	Aantal patiënten met een herseninfarct dat een endovasculaire trombectomie heeft ondergaan.
<b>Teller B</b>	Aantal verwezen patiënten* met een herseninfarct dat endovasculaire trombectomie heeft ondergaan.
<b>Teller C</b>	Aantal niet-verwezen patiënten** met een herseninfarct endovasculaire trombectomie heeft ondergaan.
<b>Vraag</b>	n.v.t.
<b>Antwoordopties</b>	Aantal; één antwoord mogelijk per teller
<b>Definitie</b>	*Verwezen patiënt: patiënt is door een ander centrum verwezen naar een centrum voor endovasculaire trombectomie. **Niet-verwezen patiënt: patiënt presenteerde zich primair op de spoedeisende hulp van een centrum voor endovasculaire trombectomie of was hier reeds klinisch opgenomen.
<b>Aggregatieniveau</b>	Locatieniveau
<b>In-/exclusiecriteria populatie</b>	Alle patiënten met een herseninfarct die endovasculaire trombectomie hebben ondergaan. Herseninfarct: hierbij hoort diagnosecode herseninfarct (I111). Niet bedoeld wordt: transient ischemic attack (TIA) of (infarct ten gevolge van) sinustrombose.
<b>Rekenregels en casemixcorrecties</b>	Rekenregels: A) Aantal patiënten met een herseninfarct dat een endovasculaire trombectomie heeft ondergaan B) Aantal verwezen patiënten* met een herseninfarct dat endovasculaire trombectomie heeft ondergaan. C) Aantal niet-verwezen patiënten** met een herseninfarct dat endovasculaire trombectomie heeft ondergaan.
<b>Databron (registratie)</b>	DASA
<b>Meetperiode</b>	01-01-2024 t/m 31-12-2024

<b>Aanleverfrequentie</b>	Eén keer per jaar
<b>Eerste aanleverdatum</b>	2017

<b>Indicatornaam</b>	Deur-tot-lies tijd
<b>Indicatornummer</b>	6B
<b>Operationalisatie</b>	Mediane deur-tot-lies tijd van het totaal aantal patiënten met een herseninfarct dat een endovasculaire trombectomie heeft ondergaan, uitgesplitst voor verwezen en niet-verwezen patiënten.
<b>Informatie voor cliënten</b>	Inzicht in de tijd van presentatie in het ziekenhuis tot endovasculaire trombectomie
<b>Relevantie en toepasbaarheid</b>	De tijd van presentatie in het ziekenhuis tot endovasculaire trombectomie is een belangrijke kwaliteitsindicator, aangezien het effect van de behandeling grotendeels tijdsafhankelijk is. Het onderscheid hierbij tussen verwezen en niet-verwezen patiënten is belangrijk omdat bij verwezen patiënten de deur-tot-lies tijd korter is omdat in het primaire centrum de diagnostiek al is afgerond en de indicatie is gesteld.
<b>Type indicator</b>	Proces
<b>Achtergrond van de indicator</b>	Document: richtlijn Herseninfarct en hersenbloeding Initiator: NVN
<b>Doel van het meten en publiceren</b>	Met het meten en publiceren wordt de snelheid van het proces rondom endovasculaire trombectomie inzichtelijke gemaakt per ziekenhuis. Verlengde tijden t.o.v. de benchmark kunnen een stimulans vormen om het proces rondom endovasculaire trombectomie te verbeteren. Deze indicator is relevant voor zorginstellingen die endovasculaire trombectomie aanbieden.
<b>Transparantie</b>	Verplicht
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Datatype</b>	Aantal minuten
<b>Teller</b>	Mediane deur-tot-lies tijd*
<b>Noemer A</b>	Totaal aantal patiënten met een herseninfarct dat een endovasculaire trombectomie heeft ondergaan.
<b>Noemer B</b>	Totaal aantal verwezen patiënten** met een herseninfarct dat een endovasculaire trombectomie heeft ondergaan.
<b>Noemer C</b>	Totaal aantal niet-verwezen patiënten*** met een herseninfarct dat een endovasculaire trombectomie heeft ondergaan.
<b>Vraag</b>	n.v.t.
<b>Antwoordopties</b>	Aantal minuten; één antwoord mogelijk
<b>Definitie</b>	*Deur: tijdstip van presentatie op de spoedeisende hulp. Indien patiënt reeds opgenomen is, geldt het tijdstip dat de neuroloog de patiënt ziet; lies: tijdstip van aanprikken van de lies voor start endovasculaire trombectomie. **Verwezen patiënt: patiënt is door een ander centrum verwezen naar een centrum voor endovasculaire trombectomie. ***Niet-verwezen patiënt: patiënt presenteerde zich primair op de spoedeisende hulp van een centrum voor endovasculaire trombectomie of was hier reeds klinisch opgenomen.
<b>Aggregatieniveau</b>	Locatieniveau
<b>In-/exclusiecriteria populatie</b>	Alle patiënten met een herseninfarct die endovasculaire trombectomie hebben ondergaan. Herseninfarct: hierbij hoort diagnosecode herseninfarct (I111). Niet bedoeld wordt: transient ischemic attack (TIA) of (infarct ten gevolge van) sinustrombose.

<b>Rekenregels en casemixcorrecties</b>	Rekenregels: Mediane deur-tot-lies tijd van het A) totaal aantal patiënten met een herseninfarct dat een endovasculaire trombectomie heeft ondergaan. B) Totaal aantal verwezen patiënten** met een herseninfarct dat een endovasculaire trombectomie heeft ondergaan. C) Totaal aantal niet-verwezen patiënten*** met een herseninfarct dat een endovasculaire trombectomie heeft ondergaan.
<b>Databron (registratie)</b>	DASA
<b>Meetperiode</b>	01-01-2024 t/m 31-12-2024
<b>Aanleverfrequentie</b>	Eén keer per jaar
<b>Eerste aanleverdatum</b>	2017

<b>Indicatornaam</b>	Deur-tot-deur-tot-lies tijd
<b>Indicatornummer</b>	7
<b>Operationalisatie</b>	Mediane deur-tot-deur-tot-lies tijd van patiënten met een herseninfarct die behandeld zijn met endovasculaire trombectomie en hiervoor zijn verwezen vanuit een ander centrum
<b>Informatie voor cliënten</b>	Inzicht in de tijd van presentatie in het eerste ziekenhuis tot aan start van de behandeling in het tweede ziekenhuis
<b>Relevantie en toepasbaarheid</b>	De tijd van presentatie in het verwijzend centrum tot aan start van endovasculaire trombectomie is een belangrijke kwaliteitsindicator, aangezien het effect van de behandeling grotendeels tijdsafhankelijk is.
<b>Type indicator</b>	Proces
<b>Achtergrond van de indicator</b>	Basisset Medisch Specialistische Zorg Initiator: t/m 2022 IGJ, sinds 2023: NVN
<b>Doel van het meten en publiceren</b>	Doel van het meten van deze indicator is om regio's inzicht te geven in hun eigen deur-tot-deur-tot-lies tijden, deze te kunnen vergelijken met de benchmark en eventueel het startpunt te zijn van verbeterplannen.
<b>Transparantie</b>	T/m 2022 verplicht transparant via IGJ, hierna vrijwillige transparant* via de DASA  *Hoewel de indicator gezien wordt als een belangrijke kwaliteitsindicator van (regionale) acute CVA zorg, zal de publicatie van de data op vrijwillige basis berusten in 2024. Dit, omdat de vullingsgraad van de indicator nog niet optimaal is. Voor het berekenen van de indicator is het nodig om data te koppelen tussen het verwijzende centrum en het interventie centrum, deze koppeling berust op basis van BSN nummer. Vanwege de huidige AVG-wetgeving leveren niet alle centra BSN uit aan kwaliteitsregistraties en is het voorsnog onduidelijk hoe dit zich in de toekomst gaat ontwikkelen. Hierdoor is niet in alle centra een deur-tot-deur-tot-lies tijd te berekenen. Binnen DICA /DASA zijn we aan het onderzoeken of we de koppeling op een andere manier kunnen laten verlopen.
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Datatype</b>	Aantal minuten
<b>Teller</b>	Mediane deur-tot-deur-tot-lies tijd*
<b>Noemer</b>	Totaal aantal patiënten met een herseninfarct die zijn behandeld met endovasculaire trombectomie en hiervoor zijn verwezen** vanuit een ander centrum
<b>Antwoordopties</b>	Eén antwoord mogelijk; aantal minuten
<b>Definitie</b>	*Deur(1): tijdstip van presentatie op de spoedeisende hulp van het verwijzende centrum. Indien patiënt reeds opgenomen is in het verwijzende centrum, geldt het tijdstip waarop de neuroloog de patiënt ziet; deur(2): Tijdstip van presentatie op de spoedeisende hulp van het interventie-centrum waarnaar verwezen is.; lies: tijdstip van aanprikken van de lies voor start endovasculaire trombectomie. **Verwezen: patiënt is door een ander centrum verwezen naar een centrum voor endovasculaire trombectomie.
<b>Aggregatieniveau</b>	Locatieniveau

<b>In-/exclusiecriteria populatie</b>	Alle patiënten met een herseninfarct die behandeld zijn met endovasculaire trombectomie en hiervoor zijn verwezen vanuit een ander centrum. Herseninfarct: hierbij hoort diagnosecode herseninfarct (I111). Niet bedoeld wordt: transient ischemic attack (TIA) of (infarct ten gevolge van) sinustrombose.
<b>Rekenregels en casemixcorrectie</b>	Teller: Mediane tijd in minuten tussen presentatietijd (samengesteld uit presseh EN presseuur EN pressehminuut) in het primaire ziekenhuis en behandeltijd (samengesteld uit datum-behandeling EN uur-behandeling EN minuut-behandeling) in het ziekenhuis waar de endovasculaire trombectomie heeft plaatsgevonden Noemer: Patiënt met een herseninfarct (diagnosetype = 2) die voor dezelfde episode in twee ziekenhuizen is gezien waarbij in het tweede ziekenhuis een endovasculaire trombectomie (type_behandeling=2) heeft plaatsgevonden Casemixcorrectie: geen
<b>Databron (registratie)</b>	DASA
<b>Meetperiode</b>	01-01-2024 t/m 31-12-2024
<b>Aanleverfrequentie</b>	Eén keer per jaar
<b>Eerste aanleverdatum</b>	2024

<b>Indicator naam</b>	Vullingsgraad mRs na 3 maanden
<b>Indicator nummer</b>	8
<b>Operationalisatie</b>	Vullingsgraad van modified Rankin scale (mRs) score (maat voor functionele gezondheidstoestand) 3 maanden na presentatie, uitgesplitst voor patiënten met een herseninfarct en hersenbloeding.
<b>Informatie voor cliënten</b>	Inzicht in de mate waarin ziekenhuizen werken met de modified Ranking Scale.
<b>Relevantie en toepasbaarheid</b>	De modified Rankin Scale score is een globaal veel gebruikte uitkomstmaat.
<b>Type indicator</b>	Proces
<b>Achtergrond van de indicator</b>	De mRS-score is globaal een veel gebruikte uitkomstmaat van stroke zorg, en geeft de functionele gezondheidstoestand van de patiënt weer op 3 maanden na het CVA.
<b>Doel van het meten en publiceren</b>	Met het meten en publiceren van deze indicator wordt beoogd inzicht te krijgen in de mate waarop ziekenhuizen werken met de mRS-score, maar ook om het invullen van de mRS te stimuleren. Verhoogde vullingsgraden van de mRS-score zouden de mogelijkheid geven om een uitkomstindicator hierop te baseren. De vullingsgraad van de mRS is van belang voor alle zorginstellingen.
<b>Transparantie</b>	Verplicht
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Datatype</b>	Percentage
<b>Teller</b>	Aantal patiënten waarbij de mRs score* bekend is.
<b>Noemer A</b>	Aantal patiënten met een herseninfarct.
<b>Noemer B</b>	Aantal patiënten met een hersenbloeding.
<b>Vraag</b>	n.v.t.
<b>Antwoordopties</b>	Percentage; één antwoord mogelijk
<b>Definitie</b>	*De mRs score dient te worden uitgevraagd 3 maanden na presentatie van de patiënt met klachten en/of symptomen van een CVA.
<b>Aggregatieniveau</b>	Locatieniveau
<b>In-/exclusiecriteria populatie</b>	Alle patiënten met een cerebrovasculair accident (CVA) die zich in de acute fase presenteren op de spoedeisende hulp en/of klinisch zijn opgenomen. Onder CVA valt: (primaire) intracerebrale bloeding of herseninfarct. <ul style="list-style-type: none"> <li>(primaire) Intracerebrale bloeding Hierbij hoort diagnosecode hersenbloeding (1102). Niet bedoeld worden: primaire subarachnoïdale bloeding, subduraal hematoom, epiduraal hematoom, bloeding ten gevolge van arterioveneuze malformatie of hemorragische transformatie van cerebraal ruimte-innemend proces.</li> <li>Herseninfarct Hierbij hoort diagnosecode herseninfarct (1111). Niet bedoeld wordt: transient ischemic attack (TIA) of (infarct ten gevolge van) sinustrombose.</li> </ul>
<b>Rekenregels en casemixcorrecties</b>	Rekenregels: Aantal patiënten waarbij de mRS-score bekend is van A) het totaal aantal patiënten met een herseninfarct, B) het totaal aantal patiënten met een hersenbloeding
<b>Databron (registratie)</b>	DASA
<b>Meetperiode</b>	01-10-2023 t/m 30-09-2024
<b>Aanleverfrequentie</b>	Eén keer per jaar

<b>Eerste aanleverdatum</b>	2020
-----------------------------	------



## 5 Wijzigingstabel

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

<b>Indicator</b>	<b>Wijziging</b>
2A, 2B, 7	Toegevoegd
3, 4, 5A, 5B, 6A, 6B, 8	Wijziging in de nummering van de indicatoren t.o.v. 2023
6A, 6B	Intra-arteriele trombectomie is overal gewijzigd naar de benaming endovasculaire trombectomie. Dit is nog steeds exact dezelfde interventie, het gaat alleen om een naams wijziging om in te spelen op de meest gangbare benaming voor deze interventie.

## Bijlage: toelichting op informatie per indicator

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

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

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