

**Toetstabel acute beroertezorg (CVA)
verslagjaar 2022**

Operationalisatie	Aard van de wijziging	Criteria Toetsingskader	Advies werkgroep	PFN	FMS	V&VN	ZN	NVZ	NFU	ZKN	WSCie
Indicator 1,2,4a,5a,6	geen wijzigingen	Criterium 1 t/m 6	verplicht	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord
Overweging ZIN	Er is consensus in de werkgroep over het verplicht behouden van de 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.										
Advies ZIN	Verplicht transparant										
Indicator 3,4b,5b	Onderscheid gemaakt tussen teller en noemer; inhoudelijk geen wijziging	Criterium 1 t/m 6	verplicht	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord
Overweging ZIN	Er is consensus in de werkgroep over de wijziging in indicator 3, 4b en 5b (onderscheid tussen teller en noemer). 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.										
Advies ZIN	verplicht										

Indicatorset DASA

Uitvraag ziekenhuizen/ZBC's over verslagjaar 2022

Versie 1, 4.2021

Meer informatie op:

www.transparantieportaal.nl

www.dica.nl

www.zorginzicht.nl

Samengesteld door:

-NVN

-ZN

-PFN

Aanspreekpunt:

DICA

indicatoren@dica.nl

Deze indicatorset is na toetsing opgenomen in het Register van Zorginstituut Nederland. Verplichte en eventuele vrijwillige indicatoren worden aangeleverd via het door de partijen gekozen aanleverportaal (gegevensmakelaar). Dit 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	17
Bijlage: toelichting op informatie per indicator	18

1 Overzicht indicatoren

Indicator-nummer¹	Indicatornaam	Bron²	Transparantie?³
1	Aantal CVA patiënten	DASA	Verplicht
2	Vullingsgraad NIHSS bij opname	DASA	Verplicht
3	Begin-tot-deur tijd	DASA	Verplicht
4A	Intraveneuze trombolysie	DASA	Verplicht
4B	Deur-tot-naald tijd	DASA	Verplicht
5A	Intra-arteriële trombectomie	DASA	Verplicht
5B	Deur-tot-lies tijd	DASA	Verplicht
6	Vullingsgraad mRs na 3 maanden	DASA	Verplicht

¹ Kies in de gids voor een heldere nummering: 1, 2, 3 en voor subindicatoren 1a, 1b, 1c. Gelaagdheid, gebruik van punten of romeinse cijfers zorgt voor onduidelijkheid. Het indicatornummer is handig voor gebruik in deze gids, maar zorgt bij het raadplegen van gegevens van verschillende jaren vaak voor verwarring, omdat indicatornummers vaak wijzigen, terwijl de indicator zelf gelijk blijft. Om die reden geeft Zorginstituut Nederland een uniek indicator-ID (INID) af voor iedere verplichte indicator.

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

³ Vrijwillige indicatoren worden niet opgenomen op de Transparantiekalender en dus niet aangeleverd aan en gepubliceerd door Zorginstituut Nederland. Vrijwillige indicatoren worden gedeeld met 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/acute_opvang_herseninfarct_-_bloeding.html)
- ✓ Kwaliteitsstandaard, namelijk: kwaliteitstandaard beroerte
- (Internationale) Indicatorenset, namelijk:
- Afspraken over gegevensuitwisseling, namelijk:

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 (1111). Niet bedoeld wordt: transient ischemic attack (TIA) of (infarct ten gevolge van) sinustrombose.

DASA registratiejaar 2022: 01-01-2022 t/m 31-12-2022. 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 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 2022 uit de volgende personen:

Dhr. dr. P.J. Nederkoorn (voorzitter)

3 Vast te leggen gegevens

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

Hoofdstuk bij DASA niet van toepassing: alle zorgaanbieders gebruiken de DASA

T.b.v. verplichte indicatoren

Variabele ⁵	Naam	Waardebereik / format	Bron	Extra? ⁶	Afspraken gegevens-uitwisseling ⁷

T.b.v. vrijwillige indicatoren extra vast te leggen

Variabele	Naam	Waardebereik / format	Bron	Extra?	Afspraken gegevens-uitwisseling

T.b.v. dynamische aggregatie extra vast te leggen

Met dynamisch aggregeren van gegevens bedoelen we de mogelijkheid om vastgelegde gegevens over de zorgverlening aan, of de gezondheid van, een cliënt samen te voegen om zo informatie te geven over alle cliënten binnen één groep. Om die groepen (aggregaties) te maken, is het essentieel overal dezelfde cliëntkenmerken vast te leggen, zodat gegevens voor verschillende aggregaties te gebruiken zijn. Bij het gebruik van bijvoorbeeld een keuzehulp kunnen cliënten en zorgverleners verschillende selecties maken. Daarmee kunnen zij de zorg kiezen die het beste bij de cliënt past.

Variabele	Naam	Waardebereik / format	Bron	Extra?	Afspraken gegevensuitwisseling

⁴ Als alle zorgaanbieders dezelfde (kwaliteits)registratie gebruiken kun je dit hoofdstuk leeg laten. Als er echter verschillen zijn in registratie of verwerker van gegevens is dit overzicht noodzakelijk om kwaliteit van de gegevens te borgen.

⁵ Geef de variabele een code zodat je ernaar kunt verwijzen bij de indicatoren. Bijvoorbeeld V01, V02.

⁶ Geef hier 'ja' aan als de variabele alléén voor deze indicatorset moet worden vastgelegd, en dus verder niet in het primaire proces wordt gebruikt.

⁷ Als er afspraken zijn gemaakt over gegevensvastlegging en/of -uitwisseling, vermeld deze dan hier, zodat iedereen dezelfde codering hanteert.

4 Indicatoren

Indicatornaam	Aantal CVA patiënten
Indicatornummer	1
Operationalisatie	Aantal CVA-patiënten, uitgesplitst voor herseninfarct en hersenbloeding.
Informatie voor cliënten	Inzicht in het aantal behandelde CVA-patiënten per ziekenhuis.
Relevantie en toepasbaarheid	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.
Type indicator	Structuur
Achtergrond van de indicator	Document: Kwaliteitscriteria acute beroertezorg NVN Initiator: NVN
Doel van het meten en publiceren	Waarborgen van de kwaliteit van zorg door monitoren van de volumennorm die gesteld is en behandelpercentages in context plaatsen.
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Aantal
Teller A	Aantal patiënten met een CVA.
Teller B	Aantal patiënten met een herseninfarct.
Teller C	Aantal patiënten met een hersenbloeding.
Antwoordopties	Aantal; één antwoord mogelijk
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	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"> • (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 (1111). Niet bedoeld wordt: transient ischemic attack (TIA) of (infarct ten gevolge van) sinustrombose.
Rekenregels en casemixcorrecties	A) Aantal patiënten met diagnose CVA; B) aantal patiënten met diagnose herseninfarct; C) aantal patiënten met diagnose hersenbloeding
Databron (registratie)	DASA
Meetperiode	01-01-2022 t/m 31-12-2022
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2018

Indicator naam	Vullingsgraad NIHSS bij opname
Indicator nummer	2
Operationalisatie	Vullingsgraad van de NIHSS totaalscore bij opname, uitgesplitst voor patiënten met een herseninfarct en hersenbloeding.
Informatie voor cliënten	Inzicht in de mate waarin ziekenhuizen werken met de NIHSS.
Relevantie en toepasbaarheid	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.
Type indicator	Proces
Achtergrond van de indicator	Document: richtlijn Herseninfarct en hersenbloeding Initiator: NVN
Doel van het meten en publiceren	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).
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Percentage
Teller	Aantal patiënten waarbij de NIHSS totaalscore* bekend is bij opname.
Noemer A	Aantal patiënten met een herseninfarct.
Noemer B	Aantal patiënten met een hersenbloeding.
Antwoordopties	Percentage; één antwoord mogelijk
Definitie	*NIHSS: National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS): maat voor de ernst en uitgebreidheid van de neurologische uitval bij opname.
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	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"> (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 (1111). Niet bedoeld wordt: transient ischemic attack (TIA) of (infarct ten gevolge van) sinustrombose.
Rekenregels en casemixcorrecties	Aantal patiënten waarbij de NIHSS totaalscore bekend is, van het A) aantal patiënten met een herseninfarct, en B) aantal patiënten met een hersenbloeding
Databron (registratie)	DASA
Meetperiode	01-01-2022 t/m 31-12-2022

Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2020

Indicatornaam	Begin-tot-deur tijd
Indicatornummer	3
Operationalisatie	Mediane begin-tot-deur tijd van het totaal aantal patiënten met een herseninfarct.
Informatie voor cliënten	Inzicht in de tijd tot aankomst van de patiënten in het ziekenhuis; dit geeft een indicatie van de behandelmogelijkheden.
Relevantie en toepasbaarheid	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.
Type indicator	Proces
Achtergrond van de indicator	Document: richtlijn Herseninfarct en hersenbloeding Initiator: NVN
Doel van het meten en publiceren	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.
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Aantal minuten
Teller	Mediane begin-tot-deur tijd*
Noemer	Totaal aantal patiënten met een herseninfarct.
Antwoorδοpties	Aantal minuten; één antwoord mogelijk
Definitie	*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.
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	Herseninfarct: hierbij hoort diagnosecode herseninfarct (I111). Niet bedoeld wordt: transient ischemic attack (TIA) of (infarct ten gevolge van) sinustrombose.
Rekenregels en casemixcorrecties	Mediane begin-tot-deur tijd van het totaal aantal patiënten met een herseninfarct
Databron (registratie)	DASA
Meetperiode	01-01-2022 t/m 31-12-2022
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2018

Indicatornaam	Intraveneuze trombolysse
Indicatornummer	4A
Operationalisatie	Percentage patiënten dat intraveneuze trombolysse heeft ondergaan als fractie van het totaal aantal patiënten met een herseninfarct.
Informatie voor cliënten	Inzicht in de verschillen tussen ziekenhuizen wat betreft het aantal patiënten dat intraveneuze trombolysse krijgt.
Relevantie en toepasbaarheid	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.
Type indicator	Proces
Achtergrond van de indicator	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)
Doel van het meten en publiceren	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.
Transparantie	Verplicht
Datatype	Percentage
Teller	Aantal patiënten dat intraveneuze trombolysse heeft ondergaan.
Noemer	Aantal patiënten met een herseninfarct.
Antwoordopties	Percentage; één antwoord mogelijk
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	Herseninfarct: hierbij hoort diagnosecode herseninfarct (1111). Niet bedoeld wordt: transient ischemic attack (TIA) of (infarct ten gevolge van) sinustrombose.
Rekenregels en casemixcorrecties	Aantal patiënten dat intraveneuze trombolysse heeft ondergaan van het totaal aantal patiënten met een herseninfarct
Databron (registratie)	DASA
Meetperiode	01-01-2022 t/m 31-12-2022
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2014

Indicatornaam	Deur-tot-naald tijd
Indicatornummer	4B
Operationalisatie	Mediane deur-tot-naald tijd van het totaal aantal patiënten met een herseninfarct dat intraveneuze trombolysie heeft ondergaan.
Informatie voor cliënten	Inzicht in de tijd van presentatie in het ziekenhuis tot intraveneuze trombolysie.
Relevantie en toepasbaarheid	De tijd van presentatie in het ziekenhuis tot intraveneuze trombolysie is een belangrijke kwaliteitsindicator, aangezien het effect van de behandeling grotendeels tijdsafhankelijk is.
Type indicator	Proces
Achtergrond van de indicator	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).
Doel van het meten en publiceren	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.
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Aantal minuten
Teller	Mediane deur-tot-naald tijd*
Noemer	Totaal aantal patiënten met een herseninfarct dat intraveneuze trombolysie heeft ondergaan
Antwoordopties	Aantal minuten; één antwoord mogelijk
Definitie	*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.
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	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.
Rekenregels en casemixcorrecties	Mediane deur-tot-naald-tijd van het totaal aantal patiënten met een herseninfarct dat intraveneuze trombolysie heeft ondergaan.
Databron (registratie)	DASA
Meetperiode	01-01-2022 t/m 31-12-2022
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2014

Indicatornaam	Intra-arteriële trombectomie
Indicatornummer	5A
Operationalisatie	Aantal patiënten met een herseninfarct dat een intra-arteriële trombectomie heeft ondergaan, uitgesplitst voor verwezen en niet-verwezen patiënten.
Informatie voor cliënten	Inzicht in het aantal patiënten dat intra-arteriële trombectomie krijgt.
Relevantie en toepasbaarheid	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 behandelzeiten, 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.
Type indicator	Proces
Achtergrond van de indicator	Document: Richtlijn herseninfarct en hersenbloeding Initiator: NVN
Doel van het meten en publiceren	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 intra-arteriële trombectomie. Deze indicator is relevant voor zorginstellingen die intra-arteriële trombectomie aanbieden.
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Aantal
Teller A	Aantal patiënten met een herseninfarct dat een intra-arteriële trombectomie heeft ondergaan.
Teller B	Aantal verwezen patiënten* met een herseninfarct dat intra-arteriële trombectomie heeft ondergaan.
Teller C	Aantal niet-verwezen patiënten** met een herseninfarct dat intra-arteriële trombectomie heeft ondergaan.
Antwoordopties	Aantal; één antwoord mogelijk per teller
Definitie	*Verwezen patiënt: patiënt is door een ander centrum verwezen naar een centrum voor intra-arteriële trombectomie. **Niet-verwezen patiënt: patiënt presenteerde zich primair op de spoedeisende hulp van een centrum voor intra-arteriële trombectomie of was hier reeds klinisch opgenomen.
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	Alle patiënten met een herseninfarct die intra-arteriële trombectomie hebben ondergaan. Herseninfarct: hierbij hoort diagnosecode herseninfarct (I111). Niet bedoeld wordt: transient ischemic attack (TIA) of (infarct ten gevolge van) sinustrombose.
Rekenregels en casemixcorrecties	Aantal patiënten met een herseninfarct dat een intra-arteriële trombectomie heeft ondergaan Aantal verwezen patiënten* met een herseninfarct dat intra-arteriële trombectomie heeft ondergaan. Aantal niet-verwezen patiënten** met een herseninfarct dat intra-arteriële trombectomie heeft ondergaan.
Databron (registratie)	DASA
Meetperiode	01-01-2022 t/m 31-12-2022
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2017

Indicator naam	Deur-tot-lies tijd
Indicator nummer	5B
Operationalisatie	Mediane deur-tot-lies tijd van het totaal aantal patiënten met een herseninfarct dat een intra-arteriële trombectomie heeft ondergaan, uitgesplitst voor verwezen en niet-verwezen patiënten.
Informatie voor cliënten	Inzicht in de tijd van presentatie in het ziekenhuis tot intra-arteriële trombectomie
Relevantie en toepasbaarheid	De tijd van presentatie in het ziekenhuis tot intra-arteriële 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.
Type indicator	Proces
Achtergrond van de indicator	Document: richtlijn Herseninfarct en hersenbloeding Initiator: NVN
Doel van het meten en publiceren	Met het meten en publiceren wordt de snelheid van het proces rondom intra-arteriële trombectomie inzichtelijk gemaakt per ziekenhuis. Verlengde tijden t.o.v. de benchmark kunnen een stimulans vormen om het proces rondom intra-arteriële trombectomie te verbeteren. Deze indicator is relevant voor zorginstellingen die intra-arteriële trombectomie aanbieden.
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Aantal minuten
Teller	Mediane deur-tot-lies tijd*
Noemer A	Totaal aantal patiënten met een herseninfarct dat een intra-arteriële trombectomie heeft ondergaan.
Noemer B	Totaal aantal verwezen patiënten** met een herseninfarct dat een intra-arteriële trombectomie heeft ondergaan.
Noemer C	Totaal aantal niet-verwezen patiënten*** met een herseninfarct dat een intra-arteriële trombectomie heeft ondergaan.
Antwoordopties	Aantal minuten; één antwoord mogelijk
Definitie	*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 intra-arteriële trombectomie. **Verwezen patiënt: patiënt is door een ander centrum verwezen naar een centrum voor intra-arteriële trombectomie. ***Niet-verwezen patiënt: patiënt presenteerde zich primair op de spoedeisende hulp van een centrum voor intra-arteriële trombectomie of was hier reeds klinisch opgenomen.
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	Alle patiënten met een herseninfarct die intra-arteriële trombectomie hebben ondergaan. Herseninfarct: hierbij hoort diagnosecode herseninfarct (I111). Niet bedoeld wordt: transient ischemic attack (TIA) of (infarct ten gevolge van) sinustrombose.
Rekenregels en casemixcorrecties	Mediane deur-tot-lies tijd van het A) totaal aantal patiënten met een herseninfarct dat een intra-arteriële trombectomie heeft ondergaan. B) Totaal aantal verwezen patiënten** met een

	herseneninfarct dat een intra-arteriële trombectomie heeft ondergaan. C) Totaal aantal niet-verwezen patiënten*** met een herseneninfarct dat een intra-arteriële trombectomie heeft ondergaan.
Databron (registratie)	DASA
Meetperiode	01-01-2022 t/m 31-12-2022
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2017

Indicatornaam	Vullingsgraad mRs na 3 maanden
Indicatornummer	6
Operationalisatie	Vullingsgraad van modified Rankin scale (mRs) score (maat voor functionele gezondheidstoestand) 3 maanden na presentatie, uitgesplitst voor patiënten met een herseninfarct en hersenbloeding.
Informatie voor cliënten	Inzicht in de mate waarin ziekenhuizen werken met de modified Ranking Scale.
Relevantie en toepasbaarheid	De modified Rankin Scale score is een globaal veel gebruikte uitkomstmaat.
Type indicator	Proces
Achtergrond van de indicator	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.
Doel van het meten en publiceren	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.
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Percentage
Teller	Aantal patiënten waarbij de mRs score* bekend is.
Noemer A	Aantal patiënten met een herseninfarct.
Noemer B	Aantal patiënten met een hersenbloeding.
Antwoordopties	Percentage; één antwoord mogelijk
Definitie	*De mRs score dient te worden uitgevraagd 3 maanden na presentatie van de patiënt met klachten en/of symptomen van een CVA.
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	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"> • (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 (1111). Niet bedoeld wordt: transient ischemic attack (TIA) of (infarct ten gevolge van) sinustrombose.
Rekenregels en casemixcorrecties	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
Databron (registratie)	DASA
Meetperiode	01-10-2021 t/m 30-09-2022
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2020

5 Wijzigingstabel

Beknopt overzicht met wijzigingen ten opzichte van de gids van verslagjaar [jaar eerder].

Indicator	Wijziging
3, 4B, 5B	Onderscheid gemaakt tussen teller en noemer; inhoudelijk geen wijziging
Alle indicatoren	Velden 'Achtergrond van de indicator', 'Doel van het meten en publiceren', en 'rekenregels en casemixcorrecties' zijn toegevoegd volgens het format van de indicatoringidsen door Zorginstituut Nederland.

Bijlage: toelichting op informatie per indicator

Operationalisatie	De indicator in één korte zin omschreven. Let op: vermeld duidelijk de eenheid van de indicator in deze zin. Bijvoorbeeld: 'wachtijd in dagen'.
Informatie voor cliënten	Het belang van en de betekenis van de indicator wordt hier kort zonder vaktermen verwoord. Een indicator is een meetbaar onderdeel van de zorg wat iets kan zeggen over de kwaliteit van zorg. In de informatie van cliënten wordt beknopt omschreven wat de indicator betekent en hoe deze geïnterpreteerd moet worden ('lager is beter', 'een instelling moet onder de norm van X scoren').
Relevantie en toepasbaarheid	Geef aan waarom de indicator relevant is en voor wie.
Type indicator	<ul style="list-style-type: none"> - Uitkomst - Proces - Structuur
Achtergrond van de indicator	Op basis waarvan is de indicator opgesteld? Verwijs naar een richtlijn/standaard, of een internationale indicatorset waarin de indicator ook is opgenomen. Dit vergroot de validiteit van de indicator: zegt deze indicator echt iets over kwaliteit van zorg?
Doel van het meten en publiceren	Beschrijf wat beoogd wordt met het meten en publiceren. Geef aan voor welke fase in het zorgproces de indicator relevant is; eventueel voor welke type zorginstelling. Geef ook aan – waar van toepassing - in welke situatie de indicator niet langer relevant is.
Transparantie	<ul style="list-style-type: none"> - verplicht (publicatie in Openbare Database van Zorginstituut Nederland) - vrijwillig (geen openbare publicatie. Doorlevering alleen naar patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en zorgaanbieders)
Rekenregels en definities	
Datatype	Het datatype dat moet worden aangeleverd: <ul style="list-style-type: none"> - tekst (vrije tekst of een keuze uit een lijst in de indicatorgids) - ja/nee - aantal (een geheel getal) - getal - percentage (een getal tussen 0 en 100. Teller/noemer *100)
Teller(s)	Het getal boven de streep van een breuk. De teller is altijd een deelverzameling van de noemer. Om lange formuleringen te vermijden, is de volledige omschrijving van de deelverzameling niet altijd herhaald in de teller.
Noemer	Het getal onder de streep van een breuk. Nauwkeurige beschrijving van de cliëntenpopulatie. Indien er sprake van een structuurindicator is, dan is noemer niet van toepassing.
Vraag	Wanneer er een vraag wordt gesteld over de organisatie van de zorg (vaak een klantpreferentievraag), dan kan de 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"
Antwoordopties	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.
Definitie	Indien in de indicator termen worden gebruikt die enige toelichting nodig hebben, zodat betrouwbaar kan worden geregistreerd, dan wordt een definitie gegeven.
Aggregatieniveau	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.
In- /exclusiecriteria populatie	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.
Rekenregels en casemixcorrecties	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.
Databron (registratie)	De te gebruiken bron voor het berekenen van de indicatorwaarde. Bijvoorbeeld: LROI, NKR, DLCA-R, EPD, Zorgkaart Nederland
Norm	Als de indicator een norm kent, wordt deze hier in de indicatorgids vermeld. Ook de bron van de norm wordt vermeld.
Meetperiode	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.
Aanleverfrequentie	De frequentie waarmee de indicatoren aangeleverd worden. Afspraken over de frequentie worden landelijk gemaakt. Dit is momenteel één keer per jaar.
Eerste aanleverdatum	Geef aan op welke datum deze versie van de indicator bij het Zorginstituut moet worden aangeleverd. Deze datum wordt opgenomen op de Transparantiekalender.