

**Toetstabel longcarcinoom verslagjaar 2022**

| Operationalisatie        | Aard van de wijziging  | Criteria Toetsingskader | Advies werkgroep  | PFN       | FMS       | V&VN      | ZN        | NVZ  | NFU | ZKN       | WSCie     |
|--------------------------|--|-------------------------|---|-----------|-----------|-----------|-----------|--|-----|-----------|-----------|
| <b>Indicator 1</b>       |  |                         |   |           |           |           |           |  |     |           |           |
|                          | geen wijzigingen   | Criterion 1 t/m 6       | Vrijwillig  | Akkoord   | Akkoord   | Akkoord   | Akkoord   | Akkoord  |     | Akkoord   | Akkoord   |
| <b>Overweging ZIN</b>    | Er is consensus in de werkgroep over het vrijwillig transparant behouden van deze 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 registratie-toets, autoriseringsronde). Conform dit proces neemt het Zorginstituut het advies van de werkgroep over.   |                         |   |           |           |           |           |  |     |           |           |
| <b>Advies ZIN</b>        | Vrijwillig transparant   |                         |   |           |           |           |           |  |     |           |           |
| <b>Indicator 2 t/m 4</b> |  |                         |   |           |           |           |           |  |     |           |           |
|                          | geen wijzigingen   | Criterion 1 t/m 6       | Verplicht   | Akkoord   | Akkoord   | Akkoord   | Akkoord   | Akkoord  |     | Akkoord   | Akkoord   |
| <b>Overweging ZIN</b>    | Er is consensus in de werkgroep over het verplicht transparant behouden van deze 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 registratie-toets, autoriseringsronde). Conform dit proces neemt het Zorginstituut het advies van de werkgroep over.  |                         |   |           |           |           |           |  |     |           |           |
| <b>Advies ZIN</b>        | Verplicht transparant  |                         |   |           |           |           |           |  |     |           |           |
| <b>Indicator 5 t/m 8</b> |  |                         |   |           |           |           |           |  |     |           |           |
|                          | geen wijzigingen   | Criterion 1 t/m 6       | Consensus op inhoud, geen consensus over de meetperiode | Verplicht | Verplicht | Verplicht | Verplicht | Akkoord met de inhoud, niet akkoord met de meetperiode |     | Verplicht | Verplicht |
| <b>Overweging ZIN</b>    | <p>In deze systematiek van de Transparantiekalender zijn de (vertegenwoordigers van) zorgaanbieders belast met toetsing op mogelijkheden tot voeren van goede registratie, terwijl het primair inzicht de inhoud bij de zorgprofessionals ligt. Het verzoek van de NVZ is geweest om de rapportageperiodes aan te passen ten gunste van het voeren van een adequate registratie. Helaas is dit geweigerd door de wetenschappelijk commissie, zonder dat daar inhoudelijke argumenten aan ten grondslag liggen. Dit belemmert instellingen in een goede registratie van de gevraagde indicatoren. Alleen de periode van indicator 9 is aangepast voor het jaar 2022. Het verzoek is om voor de indicatoren 5, 6, 7 en 8 de meetperiodes alsnog aan te passen. Zonder deze aanpassing kan de volledigheid van de gegevens niet worden gegarandeerd door een toenemend aantal instellingen die de registratie door het IKNL laten uitvoeren. Voorbeeld indicator 5: diagnose december, start chemoradiotherapie eind feb, scan met daarvoor en indicator 6: diagnose december, moleculaire diagnostiek in jan/feb. De databatches dienen half februari al te worden aangeleverd. Daardoor staat registratiedeadline voor veel instellingen op half januari waarna de data nog door de zorgverleners gevalideerd wordt. Half januari is de informatie van deze betreffende indicatoren nog niet volledig beschikbaar. Voor het verslagjaar 2022 zijn voor verschillende oncologische sets de tijdslijnen aangepast om deze problematiek te ondervangen. Het verzoek is om deze lijn bij de DLCA door te trekken.</p> <p>In de werkgroep is consensus over de inhoud van de indicatoren. NVZ heeft aangegeven dat de meetperiode van indicator 5, 6, 7 en 8 aangepast dient te worden ten behoeve van de volledigheid en betrouwbaarheid van de registratie. De problemen om de registratie volledig te krijgen hebben betrekking op het laatste kwartaal. Steeds meer ziekenhuizen maken gebruik van IKNL voor de registratie, deze krijgt de resultaten niet tijdig geregistreerd voor indicatoren 5, 6, 7, 8. De WSCie was van mening dat wel tijdig volledig kon worden geregistreerd. De afgelopen jaren zien we vaker problemen met het volledig krijgen van de registratie. Voor andere registraties is om deze reden wel de keuze gemaakt om de meetperiode te wijzigen. ZIN adviseert partijen om ook voor deze registratie de meetperiode te wijzigen conform de wijziging bij andere registraties. Inhoudelijk neemt ZIN het advies van de werkgroep over om de indicatoren verplicht transparant te behouden.</p> |                         |   |           |           |           |           |  |     |           |           |
| <b>Advies ZIN</b>        | Verplicht transparant  |                         |   |           |           |           |           |  |     |           |           |
| <b>Indicator 9</b>       |  |                         |   |           |           |           |           |  |     |           |           |
|                          | Meetperiode indicatoren aangepast  | Criterion 1 t/m 6       | Verplicht   | Akkoord   | Akkoord   | Akkoord   | Akkoord   | Akkoord  |     | Akkoord   | Akkoord   |
| <b>Overweging ZIN</b>    | Er is consensus in de werkgroep over aanpassing van de meetperiode 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 registratie-toets, autoriseringsronde). Conform dit proces neemt het Zorginstituut het advies van de werkgroep over.   |                         |   |           |           |           |           |  |     |           |           |
| <b>Advies ZIN</b>        | Verplicht transparant  |                         |   |           |           |           |           |  |     |           |           |

# Indicatorenset DLCA

Uitvraag ziekenhuizen/ZBC's over verslagjaar 2022

Versie 2022.1, juni 2021

**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:**

Organisaties van cliënten:

- NFK

Organisaties van zorgaanbieders of zorgverleners:

- NVvH, NVvH, NVT, NVRO, NVALT

Organisaties van zorgverzekeraars of Wlz-uitvoerders:

- ZN

Overig:

- 

**Aanspreekpunt:**

DICA

indicatoren@dica.nl

**Deze indicatorset is na toetsing opgenomen in het Register van Zorginstituut Nederland. Verplichte en eventuele vrijwillige indicatoren worden aangeleverd via het door de partijen gekozen aanleverportaal (gegevensmakelaar). Die faciliteert de route (aanlevering en publicatie) voor verplichte transparantie. De verplicht aangeleverde gegevens worden door Zorginstituut Nederland gepubliceerd.**

## Inhoud

|     |  |    |
|-----|--|----|
| 1   | Overzicht indicatoren                            | 4  |
| 2   | Algemene informatie                              | 5  |
| 2.1 | Uitgangspunten                                   | 5  |
| 2.2 | Populatiebepaling                                | 5  |
| 2.3 | Aanlevering van de gegevens                      | 6  |
| 2.4 | Indicatorenwerkgroep                             | 6  |
| 3   | Vast te leggen gegevens                          | 7  |
| 4   | Indicatoren                                      | 8  |
| 5   | Wijzigingstabel                                  | 21 |
| 6   | Bijlage: toelichting op informatie per indicator | 22 |



## 1 Overzicht indicatoren

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

## 2 Algemene informatie

### 2.1 Uitgangspunten

De indicatoren zijn gebaseerd op de DLCA kwaliteitsregistratie.  
Aanlevering op ziekenhuisniveau/ZBC.

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

De indicatoren zijn gebaseerd op:

- o Professionele standaard, namelijk: longkanker richtlijn
- o Kwaliteitsstandaard, namelijk: SONCOS normen
- o (Internationale) Indicatorset, namelijk: ERS: european respiratory society.

### 2.2 Populatiebepaling

Voor alle indicatoren in deze indicatorset bestaat de populatie uit:

DLCA-S inclusie:

Alle chirurgische thoracale (thoraxwand, pleurale, long en mediastinale) ingrepen:

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

DLCA-S exclusie:

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

DLCA-R inclusie:

- Niet-kleincellig longcarcinoom (NSCLC)
- Kleincellige longcarcinomen (SCLC)

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

DLCA-R exclusie:

- In opzet palliatieve behandeling van stadium I-IIIc
- Stadium IV longtumoren
- Longmetastasen van een primaire tumor elders
- De huidige thoraxbestraling is voor andere primaire tumoren dan SCLC en NSCLC
- Patiënten die adjuvante postoperatieve bestraling ondergaan (behalve patiënten die wel geopereerd werden maar waarbij geen resectie werd verricht)

DLCA-L inclusie:

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

DLCA-L exclusie:

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

### **2.3 Aanlevering van de gegevens**

Via [www.zorginzicht.nl](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 DLCA bestond in 2021 uit de volgende personen:

Dhr. dr. J.M. Smit (voorzitter)

### 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 DLCA op <https://support.mrdm.nl/registraties/dlca/>

---

<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>                    | Volledigheid DLCA-R   |
| <b>Indicatornummer</b>                  | 1   |
| <b>Operationalisatie</b>                | Percentage patiënten dat een radicale bestraling ondergaat in verband met een primair niet-kleincellig longcarcinoom en geregistreerd is in de DLCA-R, waarbij de informatie in de registratie volledig is.   |
| <b>Informatie voor cliënten</b>         | Inzicht in de volledigheid van de data.   |
| <b>Relevantie en toepasbaarheid</b>     | Deze indicator geeft aan hoe volledig de data is waarmee externe indicatoren worden berekend.   |
| <b>Type indicator</b>                   | Structuur   |
| <b>Achtergrond van de indicator</b>     | Document<br>Initiator: tripartiet   |
| <b>Doel van het meten en publiceren</b> | Stimuleren volledigheid van registratie in kwaliteitsregistratie DLCA-R   |
| <b>Transparantie</b>                    | Vrijwillig  |
| <b>Rekenregels en definities</b>        |   |
| <b>Datatype</b>                         | Percentage  |
| <b>Teller</b>                           | Aantal patiënten van wie de informatie in de registratie volledig* is.  |
| <b>Noemer</b>                           | Aantal patiënten dat een bestraling ondergaat vanwege een primair niet-kleincellig longcarcinoom**.   |
| <b>Antwoordopties</b>                   | Percentage; één antwoord mogelijk   |
| <b>Definitie</b>                        | *Volledig: alle items die nodig zijn voor het berekenen van de externe indicatoren.<br>**Niet-kleincellig longcarcinoom: klinisch en/of pathologisch bewezen.   |
| <b>Aggregatieniveau</b>                 | Locatieniveau   |
| <b>In-/exclusiecriteria</b>             | DLCA-R inclusie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Niet-kleincellig longcarcinoom (NSCLC)</li> <li>• Kleincellige longcarcinomen (SCLC)</li> <li>• Stadium I-IIIc</li> <li>• Locoregionaal recidief (indien in opzet radicale bestraling)</li> </ul> DLCA-R exclusie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• In opzet palliatieve behandeling van stadium I-IIIc</li> <li>• Stadium IV longtumoren</li> <li>• Longmetastasen van een primaire tumor elders</li> <li>• De huidige thoraxbestraling is voor andere primaire tumoren dan SCLC en NSCLC</li> <li>• Patiënten die adjuvante postoperatieve bestraling ondergaan (behalve patiënten die wel geopereerd werden maar waarbij geen resectie werd verricht)</li> </ul> |
| <b>Rekenregels en casemixcorrecties</b> | Nvt   |
| <b>Databron (registratie)</b>           | DLCA-R  |
| <b>Meetperiode</b>                      | 01-01-2022 t/m 31-12-2022   |
| <b>Aanleverfrequentie</b>               | Eén keer per jaar   |
| <b>Eerste aanleverdatum</b>             | 2016  |

|   |  |
|---|--|
| <b>Indicator naam</b>                   | Volume parenchymresecties  |
| <b>Indicator nummer</b>                 | 2  |
| <b>Operationalisatie</b>                | Het aantal anatomische parenchymresecties in de vorm van een segmentresectie, lobectomie of pneumonectomie, dat is verricht vanwege benigne of maligne pathologie.   |
| <b>Informatie voor cliënten</b>         | Inzicht in het aantal parenchymresecties.  |
| <b>Relevantie en toepasbaarheid</b>     | Monitoren Soncos norm en transparantie over aantal anatomische parenchymresecties per ziekenhuis.  |
| <b>Type indicator</b>                   | Structuur  |
| <b>Achtergrond van de indicator</b>     | Document: SONCOS volumenorm<br>Initiator: tripartiet   |
| <b>Doel van het meten en publiceren</b> | Waarborgen van de kwaliteit van zorg door volume van behandelingen inzichtelijk te maken.  |
| <b>Transparantie</b>                    | Verplicht  |
| <b>Rekenregels en definities</b>        |  |
| <b>Datatype</b>                         | Aantal   |
| <b>Teller</b>                           | Aantal anatomische parenchymresecties*, vanwege benigne of maligne pathologie.   |
| <b>Antwoordopties</b>                   | Aantal; één antwoord mogelijk  |
| <b>Definitie</b>                        | *Anatomische parenchymresectie = resectie van longparenchym in de vorm van een segmentresectie, lobectomie of pneumonectomie.  |
| <b>Aggregatieniveau</b>                 | Locatieniveau  |
| <b>In-/exclusiecriteria</b>             | DLCA-S inclusie:<br>Alle chirurgische thoracale (thoraxwand, pleurale, long en mediastinale) ingrepen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resecties bij (verdenking) carcinoom of sarcoom primair uitgaande van de long (evt. zijde een locoregionaal recidief van een eerder behandelde tumor)</li> <li>• Mediastinum chirurgie (diagnostisch en therapeutisch)</li> <li>• Metastasectomieën van de long</li> <li>• Overige thoracale ingrepen</li> </ul> DLCA-S exclusie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radio Frequente Ablaties (RFA) van long-, pleura- of thoraxwandtumoren</li> <li>• Weke delen resecties van de thoraxwand (niet benigne resecties) en wervelkolomchirurgie als zelfstandige ingreep</li> <li>• Diafragma chirurgie, niet via de thorax benaderd</li> <li>• Transthoracale slokdarmresecties</li> <li>• Cardiovasculaire ingrepen in de thorax</li> <li>• Thoracoscopische sympathectomieën</li> <li>• Longtransplantaties</li> <li>• Verrichtingen die door de longchirurg worden verricht voor complicaties na ingrepen die niet binnen de inclusiecriteria van de DLCA-S vallen</li> </ul> |
| <b>Rekenregels en casemixcorrecties</b> | nvt  |
| <b>Databron (registratie)</b>           | DLCA-S   |
| <b>Norm</b>                             | Conform SONCOS norm tenminste 20 anatomische   |

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
|                                 | parenchymresecties per jaar per ziekenhuislocatie. |
| <b>Meetperiode</b>              | 01-01-2022 t/m 31-12-2022                          |
| <b>Aanleverfrequentie</b>       | Eén keer per jaar                                  |
| <b>Eerste<br/>aanleverdatum</b> | 2016   |

|   |   |
|---|---|
| <b>Indicator naam</b>                   | Volume radiotherapie  |
| <b>Indicator nummer</b>                 | 3   |
| <b>Operationalisatie</b>                | Aantal patiënten met een niet-kleincellig longcarcinoom dat een radicale bestralingsbehandeling ondergaat.  |
| <b>Informatie voor cliënten</b>         | Inzicht in het aantal patiënten dat radiotherapie krijgt.   |
| <b>Relevantie en toepasbaarheid</b>     | Inzicht in het aantal niet-kleincellig longcarcinoom patiënten dat een radicale bestraling krijgt per instituut/afdeling.   |
| <b>Type indicator</b>                   | Structuur   |
| <b>Achtergrond van de indicator</b>     | Document:<br>Initiator: tripartiet  |
| <b>Doel van het meten en publiceren</b> | Waarborgen van de kwaliteit van zorg door volume van behandelingen inzichtelijk te maken.   |
| <b>Transparantie</b>                    | Verplicht   |
| <b>Rekenregels en definities</b>        |   |
| <b>Datatype</b>                         | Aantal  |
| <b>Teller</b>                           | Het aantal patiënten met een niet-kleincellig longcarcinoom* dat een radicale bestralingsbehandeling ondergaat**.   |
| <b>Antwoordopties</b>                   | Aantal; één antwoord mogelijk   |
| <b>Definitie</b>                        | *Niet-kleincellig longcarcinoom: klinisch en/of pathologisch bewezen.<br>**Bij de telling voor deze indicator dienen géén palliatief bestraalde patiënten meegenomen te worden.   |
| <b>Aggregatieniveau</b>                 | Locatieniveau   |
| <b>In-/exclusiecriteria</b>             | DLCA-R inclusie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Niet-kleincellig longcarcinoom (NSCLC)</li> <li>• Kleincellige longcarcinomen (SCLC)</li> <li>• Stadium I-IIIc</li> <li>• Locoregionaal recidief (indien in opzet radicale bestraling)</li> </ul> DLCA-R exclusie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• In opzet palliatieve behandeling van stadium I-IIIc</li> <li>• Stadium IV longtumoren</li> <li>• Longmetastasen van een primaire tumor elders</li> <li>• De huidige thoraxbestraling is voor andere primaire tumoren dan SCLC en NSCLC</li> <li>• Patiënten die adjuvante postoperatieve bestraling ondergaan (behalve patiënten die wel geopereerd werden maar waarbij geen resectie werd verricht)</li> </ul> |
| <b>Rekenregels en casemixcorrectie</b>  | nvt   |
| <b>Databron (registratie)</b>           | DLCA-R  |
| <b>Meetperiode</b>                      | 01-01-2022 t/m 31-12-2022   |
| <b>Aanleverfrequentie</b>               | Eén keer per jaar   |
| <b>Eerste aanleverdatum</b>             | 2016  |

|   |   |
|---|---|
| <b>Indicator naam</b>                   | Aantal geregistreerde patiënten DLCA-L  |
| <b>Indicator nummer</b>                 | 4   |
| <b>Operationalisatie</b>                | Het aantal nieuwe patiënten met een primair longcarcinoom in de DLCA-L dat wordt geregistreerd.   |
| <b>Informatie voor cliënten</b>         | Deze indicator geeft inzicht in het aantal nieuwe patiënten met longkanker in het ziekenhuis.   |
| <b>Relevantie en toepasbaarheid</b>     | Deze indicator is belangrijk om de patiënten aantallen per ziekenhuis te bepalen.   |
| <b>Type indicator</b>                   | Structuur   |
| <b>Achtergrond van de indicator</b>     | Document: SONCOS normeringsrapport<br>Initiator: tripartiet   |
| <b>Doel van het meten en publiceren</b> | Waarborgen van de kwaliteit van zorg door volume van <b>patiënten</b> inzichtelijk te maken.  |
| <b>Transparantie</b>                    | Verplicht   |
| <b>Rekenregels en definities</b>        |   |
| <b>Datatype</b>                         | Aantal  |
| <b>Teller</b>                           | Het aantal patiënten met een primair longcarcinoom* dat per ziekenhuis per jaar in de DLCA-L geregistreerd is.  |
| <b>Antwoordopties</b>                   | Aantal; één antwoord mogelijk   |
| <b>Definitie</b>                        | *Longcarcinoom: klinisch en/of pathologisch bewezen (N)SCLC.  |
| <b>Aggregatieniveau</b>                 | Locatieniveau   |
| <b>In-/exclusiecriteria</b>             | DLCA-L inclusie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle patiënten met een primaire longmaligniteit, ongeacht het stadium van de ziekte, die in het registrerende centrum worden gediagnosticeerd en/of behandeld</li> <li>• Patiënten met een niet-kleincellig (NSCLC) dan wel kleincellig (SCLC) longcarcinoom (uitgebreide registratie)</li> <li>• Patiënten met een thymoom of mesothelioom (beperkte registratie)</li> </ul> DLCA-L exclusie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Overige longziekten</li> <li>• Longcarcinoom patiënten waarvan de behandeling wordt overgenomen in een tertiair centrum, bij wie alleen chirurgische of radiotherapeutische behandeling plaatsvindt. Deze patiënten worden door het verwijzend centrum in de DLCA-L geregistreerd en in het tertiaire centrum alleen in de DLCA-S en DLCA-R. Indien de patiënt in het tertiaire centrum (op enig moment) wordt behandeld met systemische therapie, dient de patiënt wel door het tertiaire centrum in de DLCA-L te worden geregistreerd.</li> </ul> |
| <b>Rekenregels en casemixcorrecties</b> | nvt   |
| <b>Databron (registratie)</b>           | DLCA-L  |
| <b>Meetperiode</b>                      | 01-01-2022 t/m 31-12-2022   |
| <b>Aanleverfrequentie</b>               | Eén keer per jaar   |
| <b>Eerste aanleverdatum</b>             | 2016  |

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

|   |  |
|---|--|
| <b>Meetperiode</b>                      | 01-01-2022 t/m 31-12-2022  |
| <b>Aanleverfrequentie</b>               | Eén keer per jaar  |
| <b>Eerste aanleverdatum</b>             | 2017   |
| <b>Indicatornaam</b>                    | Moleculaire diagnostiek  |
| <b>Indicatornummer</b>                  | 6  |
| <b>Operationalisatie</b>                | Percentage patiënten, met een stadium IV, pathologisch bewezen adenocarcinoom, niet in aanmerking komend voor curatieve behandeling, waarbij moleculaire diagnostiek is verricht.  |
| <b>Informatie voor cliënten</b>         | Moleculaire diagnostiek* is van belang om behandeling met medicijnen (systemische behandeling) goed in te zetten. Deze indicator geeft inzicht in het percentage (%) patiënten dat moleculaire diagnostiek heeft gekregen.<br>*diagnostiek via DNA-onderzoek   |
| <b>Relevantie en toepasbaarheid</b>     | Het uitvoeren moleculaire diagnostiek is van belang voor het doelmatig inzetten van systemische behandeling.   |
| <b>Type indicator</b>                   | Proces   |
| <b>Achtergrond van de indicator</b>     | Document: European Respiratory Society indicatorset<br>Initiator: tripartiet   |
| <b>Doel van het meten en publiceren</b> | Kwaliteit van diagnostiek in kaart brengen   |
| <b>Transparantie</b>                    | Verplicht  |
| <b>Rekenregels en definities</b>        |  |
| <b>Datatype</b>                         | Percentage   |
| <b>Teller</b>                           | Aantal patiënten waarbij moleculaire diagnostiek is verricht.  |
| <b>Noemer</b>                           | Aantal patiënten met een stadium* IV pathologisch bewezen adenocarcinoom**, die niet curatief worden behandeld.  |
| <b>Definitie</b>                        | *Stadium: bij stadium wordt uitgegaan van het klinische stadium volgens de TNM8.<br>**Overige diagnoses waarbij moleculaire diagnostiek van belang is worden bij deze indicator geëxcludeerd.  |
| <b>Aggregatieniveau</b>                 | Locatieniveau  |
| <b>In-/exclusiecriteria</b>             | DLCA-L inclusie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle patiënten met een primaire longmaligniteit, ongeacht het stadium van de ziekte, die in het registrerende centrum worden gediagnosticeerd en/of behandeld</li> <li>• Patiënten met een niet-kleincellig (NSCLC) dan wel kleincellig (SCLC) longcarcinoom (uitgebreide registratie)</li> <li>• Patiënten met een thymoom of mesothelioom (beperkte registratie)</li> </ul> DLCA-L exclusie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Overige longziekten</li> <li>• Longcarcinoom patiënten waarvan de behandeling wordt overgenomen in een tertiair centrum, bij wie alleen chirurgische of radiotherapeutische behandeling plaatsvindt. Deze patiënten worden door het verwijzend centrum in de DLCA-L geregistreerd en in het tertiaire centrum alleen in de DLCA-S en DLCA-R. Indien de patiënt in het tertiaire centrum (op enig moment) wordt behandeld met systemische therapie, dient de patiënt wel door het tertiaire centrum in</li> </ul> |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
|   | de DLCA-L te worden geregistreerd. |
| <b>Rekenregels en casemixcorrecties</b> | nvt                                |
| <b>Databron (registratie)</b>           | DLCA-L                             |
| <b>Meetperiode</b>                      | 01-01-2022 t/m 31-12-2022          |
| <b>Aanleverfrequentie</b>               | Eén keer per jaar                  |
| <b>Eerste aanleverdatum</b>             | 2018                               |



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

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <b>Meetperiode</b>              | 01-01-2021 t/m 31-12-2022 (berekend over 2 jaren) |
| <b>Aanleverfrequentie</b>       | Eén keer per jaar                                 |
| <b>Eerste<br/>aanleverdatum</b> | 2017  |

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

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| <b>Databron (registratie)</b> | DLCA-S  |
| <b>Meetperiode</b>            | 01-01-2021 t/m 31-12-2022 (berekend over 2 jaren) |
| <b>Aanleverfrequentie</b>     | Eén keer per jaar                                 |
| <b>Eerste aanleverdatum</b>   | 2016  |

|   |   |
|---|---|
| <b>Indicator naam</b>                   | 90-dagen mortaliteit longradiotherapie  |
| <b>Indicator nummer</b>                 | 9   |
| <b>Operationalisatie</b>                | Percentage patiënten, met primair niet-kleincellig longcarcinoom, behandeld met concurrent chemo-radiotherapie, dat tijdens de bestralingsbehandeling of binnen 90 dagen na de start van de bestraling is overleden.  |
| <b>Informatie voor cliënten</b>         | Inzicht in de kans op kans op overlijden na de start van chemotherapie of radiotherapie.  |
| <b>Relevantie en toepasbaarheid</b>     | Overlijden binnen 90 dagen na de start van een intensieve behandeling met chemotherapie en radiotherapie tegelijkertijd kan betekenen dat de patiënten selectie niet goed is, of dat er mogelijk sprake is van toxiciteit.  |
| <b>Type indicator</b>                   | Uitkomst  |
| <b>Achtergrond van de indicator</b>     | Document:<br>Initiator: tripartiet  |
| <b>Doel van het meten en publiceren</b> | Waarborgen van de kwaliteit van de radiotherapeutische behandeling  |
| <b>Transparantie</b>                    | Verplicht   |
| <b>Rekenregels en definities</b>        |   |
| <b>Datatype</b>                         | Percentage  |
| <b>Teller</b>                           | Aantal patiënten behandeld met concurrent chemo-radiotherapie dat tijdens of 90 dagen na de start van de radiotherapie is overleden.  |
| <b>Noemer</b>                           | Aantal patiënten, met primair niet-kleincellig longcarcinoom*, dat concurrent chemo-radiotherapie ondergaat.  |
| <b>Definitie</b>                        | *Longcarcinoom: klinisch en/of pathologisch bewezen.  |
| <b>Aggregatieniveau</b>                 | Locatieniveau   |
| <b>In-/exclusiecriteria</b>             | DLCA-R inclusie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Niet-kleincellig longcarcinoom (NSCLC)</li> <li>• Kleincellige longcarcinomen (SCLC)</li> <li>• Stadium I-IIIc</li> <li>• Locoregionaal recidief (indien in opzet radicale bestraling)</li> </ul> DLCA-R exclusie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• In opzet palliatieve behandeling van stadium I-IIIc</li> <li>• Stadium IV longtumoren</li> <li>• Longmetastasen van een primaire tumor elders</li> <li>• De huidige thoraxbestraling is voor andere primaire tumoren dan SCLC en NSCLC</li> <li>• Patiënten die adjuvante postoperatieve bestraling ondergaan (behalve patiënten die wel geopereerd werden maar waarbij geen resectie werd verricht)</li> </ul> |
| <b>Rekenregels en casemixcorrecties</b> | Nvt   |
| <b>Databron (registratie)</b>           | DLCA-R  |
| <b>Meetperiode</b>                      | 01-10-2020 t/m 30-09-2022 (berekend over 2 jaren)   |
| <b>Aanleverfrequentie</b>               | Eén keer per jaar   |
| <b>Eerste aanleverdatum</b>             | 2019  |

## 5 Wijzigingstabel

Wijzigingstabel ten opzichte van de gids van verslagjaar 2021

- Geen wijzigingen -

| <b>Indicator</b> | <b>Wijziging</b>   |
|------------------|--|
| 9 (INID014170)   | Meetperiode indicatoren aangepast naar 01-10-2020 t/m 30-09-2022 |
|                  |  |
|                  |  |
|                  |  |

## 6 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.<br>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   |

|   |   |
|---|---|
|   | vraag aan de instelling hier geplaatst worden. De operationalisatie is dan hoe de indicator wordt gepubliceerd. Bijvoorbeeld:<br>Vraag: "Op welke manier kunnen patiënten na de operatie contact opnemen bij vragen?"<br>Operationalisatie: "Aangeboden manieren post-operatief contact"  |
| <b>Antwoordopties</b>                   | Bij vragen is het belangrijk aan te geven of er slechts één antwoord mogelijk is of meerdere antwoorden mogelijk zijn.<br>Daarnaast moeten de antwoordopties vermeld worden.  |
| <b>Definitie</b>                        | Indien in de indicator termen worden gebruikt die enige toelichting nodig hebben, zodat betrouwbaar kan worden geregistreerd, dan wordt een definitie gegeven.  |
| <b>Aggregatieniveau</b>                 | 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.  |
| <b>In- /exclusiecriteria populatie</b>  | 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.   |
| <b>Rekenregels en casemixcorrecties</b> | 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.   |
| <b>Databron (registratie)</b>           | De te gebruiken bron voor het berekenen van de indicatorwaarde. Bijvoorbeeld: LROI, NKR, DLCA-R, EPD, Zorgkaart Nederland   |
| <b>Norm</b>                             | Als de indicator een norm kent, wordt deze hier in de indicatorgids vermeld. Ook de bron van de norm wordt vermeld.   |
| <b>Meetperiode</b>                      | 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.<br>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. |
| <b>Aanleverfrequentie</b>               | De frequentie waarmee de indicatoren aangeleverd worden. Afspraken over de frequentie worden landelijk gemaakt. Dit is momenteel één keer per jaar.   |
| <b>Eerste</b>                           | Geef aan op welke datum deze versie van de indicator bij  |



|                      |  |
|----------------------|--|
| <b>aanleverdatum</b> | het Zorginstituut moet worden aangeleverd. Deze datum wordt opgenomen op de Transparantiekalender. |
|----------------------|--|