

Toetstabel Mammacarcinoom vj2024

Operationalisatie	Aard van de wijziging	Criteria Toetsingskader	Advies werkgroep	PFN	FMS	V&VN	ZN	NVZ	NFU	ZKN	WSCie
<i>Indicator 1</i>	<i>Toelichting</i>	<i>Criterion 1 t/m 6</i>	<i>Verplicht, vrijwillig/niet transparant/verwijderen/geen</i>								<i>akkoord/geen akkoord + argument geef per partij dit aan</i>
Indicator [1] Borstkanker team	Deze indicator wordt sinds 2015 uitgevraagd en is voor verslagjaar 2024 gewijzigd. Patiënten met borstkanker worden multidisciplinair behandeld door een 'dedicated' borstkankerteam. Middels structuurindicatoren is het mogelijk kenmerken van het behandelteam en van de organisatie te monitoren. Uiteindelijk hebben deze gegevens invloed op proces- en uitkomstindicatoren en de kwaliteit van leven van een patiënt. Er zijn twee vragen aan de set toegevoegd m.b.t. klinische genetica. Dit is wel van belang om te monitoren voor kwaliteit van zorg. Daarnaast is de databron (registratie) veranderd van NBCA naar transparantieportaal. Ook is de bron van de norm veranderd naar de juiste website.	Criterion 1 t/m 6	Verplicht	Akkoord	Akkoord	Niet aanwezig	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord
Overweging ZIN	Er is consensus in de werkgroep over de structuurindicator 'borstkanker team'. Aan de indicator zijn voor verslagjaar 2024 twee vragen toegevoegd (vraag F en G) en is de bron veranderd van NBCA naar transparantieportaal en de juiste website in de norm geplaatst. 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, advies van werkgroep wordt gevolgd.										
<i>Indicator 2 (oud)</i>	<i>Toelichting</i>	<i>Criterion 1 t/m 6</i>	<i>Verplicht, vrijwillig/niet transparant/verwijderen/geen</i>								<i>akkoord/geen akkoord + argument geef per partij dit aan</i>
Indicatornummer [2 - oud] MRI voorafgaand aan operatie bij lobulair borstkanker	Geschrapt uit de set wegens te weinig variatie in uitkomsten in de afgelopen jaren.	Criterion 1 t/m 6	Verwijderen	Akkoord	Akkoord	Niet aanwezig	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord
Overweging ZIN	Er is consensus in de werkgroep over het schrappen van de indicator 'MRI voorafgaand aan operatie bij lobulair borstkanker' wegens te weinig variatie in resultaten. De indicator zal worden vervangen door een nieuwe uitkomstindicator. 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	Niet transparant, advies van werkgroep wordt gevolgd.										
<i>Indicator 3 (oud)</i>	<i>Toelichting</i>	<i>Criterion 1 t/m 6</i>	<i>Verplicht, vrijwillig/niet transparant/verwijderen/geen</i>								<i>akkoord/geen akkoord + argument geef per partij dit aan</i>
Indicator [3 - oud] Borstcontoursparende chirurgie	Geschrapt uit de set vanwege onduidelijk gebruik van terminologie, wordt intern herschreven. Het behouden van de borstcontour na operatieve behandeling is geassocieerd met een verhoogde kwaliteit van leven na de operatie.	Criterion 1 t/m 6	Verwijderen	Akkoord	Akkoord	Niet aanwezig	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord
Overweging ZIN	Er is consensus in de werkgroep over het schrappen van de indicator borstcontoursparende chirurgie wegens onduidelijke terminologie. Er is voor deze indicator een nieuwe in de plaats gekomen. 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	Niet transparant, advies van werkgroep wordt gevolgd.										
<i>Indicator 3 (nieuw)</i>	<i>Toelichting</i>	<i>Criterion 1 t/m 6</i>	<i>Verplicht, vrijwillig/niet transparant/verwijderen/geen</i>								<i>akkoord/geen akkoord + argument geef per partij dit aan</i>
Indicator [3 - nieuw] Borstsparende operatie door chirurg en plastisch chirurg voor invasief borstkanker en DCIS	Een nieuw geïntroduceerde procesindicator gebaseerd op de richtlijn. De indicator geeft een indruk van de mate van samenwerking tussen chirurg en plastisch chirurg bij borstsparende behandeling. Ook houdt de indicator verband met de mate van toepassing van oncoplastische chirurgie bij lumpectomie, wat gecorreleerd kan worden aan irradicaliteit van tumorexcisie, conversie naar mastectomie en in de toekomst aan patiënttevredenheid met PROMs. Er is variatie zichtbaar.	Criterion 1 t/m 6	Verplicht	Akkoord	Akkoord	Niet aanwezig	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord
Overweging ZIN	Er is consensus in de werkgroep over het toevoegen van de indicator 'borstsparende operatie door chirurg en plastisch chirurg voor invasief borstkanker en DCIS' aan de indicatordis. 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, advies van werkgroep wordt gevolgd.										
<i>Indicator 4</i>	<i>Toelichting</i>	<i>Criterion 1 t/m 6</i>	<i>Verplicht, vrijwillig/niet transparant/verwijderen/geen</i>								<i>akkoord/geen akkoord + argument geef per partij dit aan</i>

Indicator [4a en 4b] Directe reconstructie na ablatie voor a. invasief borstkanker, b. DCIS	Een directe reconstructie na ablatieve operatie draagt bij aan de kwaliteit van leven van de patiënt en voorkomt dat de patiënt een tweede operatie hoeft te ondergaan voor een reconstructie. DCIS leent zich goed voor een directe reconstructie als een ablatie nodig is. Het totale percentage directe reconstructies na ablatie in NL neemt in de loop van de jaren toe, maar er blijft nog veel spreiding tussen ziekenhuizen.	Criterium 1 t/m 6	Verplicht	Akkoord	Akkoord	Niet aanwezig	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	
Overweging ZIN	Er is consensus in de werkgroep over het behouden van de procesindicator 'Directe reconstructie na ablatie voor a. invasief borstkanker en b. DCIS.' "Teller E" is toegevoegd aan vraag 4A en 4B. Tevens is aan "Teller A" toegevoegd dat teller E ook wordt meegenomen in teller A. 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, advies van werkgroep wordt gevolgd.											
<i>Indicator 6</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>								
Indicator [6] Neoadjuvante systemische therapie bij TN en HER2 positieve borstkanker	De borstkanker richtlijn schrijft voor dat patiënten met een lokaal uitgebreid borstkanker behandeld worden met radiotherapie. Toch wordt er nog veel spreiding gezien bij deze indicator. Om deze reden behouden in de indicatorgids. In het kopje 'operationalisatie' is het woord 'triple' toegevoegd voorafgaand aan het woord 'mammacarcinoom'.	Criterium 1 t/m 6	Verplicht	Akkoord	Akkoord	Niet aanwezig	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	
Overweging ZIN	Er is consensus in de werkgroep over het behouden van de procesindicator 'Neoadjuvante systemische therapie bij TN en HER2 positieve borstkanker.' In het kopje 'operationalisatie' is het woord 'triple' toegevoegd voorafgaand aan het woord 'mammacarcinoom'. 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, advies van werkgroep wordt gevolgd.											

Indicatorset NBCA

Uitvraag ziekenhuizen/ZBC's over verslagjaar 2024

Versie 2024.1, juni 2023

Meer informatie op:

www.transparantieportaal.nl

www.dica.nl

www.zorginzicht.nl

Samengesteld door:

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

Organisaties van cliënten:

- BVN

Organisaties van zorgaanbieders of zorgverleners:

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

Organisaties van zorgverzekeraars of Wlz-uitvoerders:

- ZN

Overig:

- IKNL

Aanspreekpunt:

DICA indicatoren@dica.nl

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

Inhoud	
1 Overzicht indicatoren	3
2 Algemene informatie	4
2.1 Uitgangspunten	4
2.2 Populatiebepaling	4
2.3 Aanlevering van de gegevens	4
2.4 Indicatorenwerkgroep	5
3 Vast te leggen gegevens	5
4 Indicatoren	7
5 Wijzigingstabel	25
Bijlage: toelichting op informatie per indicator	26

1 Overzicht indicatoren

Indicator-nummer ¹	Indicatornaam	Bron ²	Transparantie ? ³
1	Borstkanker team	Transparantie portaal	Verplicht
2	Gecomplieerd beloop - chemotherapie	NBCA	Verplicht
3	Borstsparende operatie door chirurg en plastisch chirurg voor a. Invasief borstkanker, b. DCIS	NBCA	Verplicht
4	Directe reconstructie na ablatio voor a. invasief borstkanker, b. DCIS	NBCA	Verplicht
5	Consult radiotherapeut bij neoadjuvante systemische therapie	NBCA	Verplicht
6	Neoadjuvante systemische therapie bij TN en HER2 pos borstkanker	NBCA	Verplicht
7	Doorlooptijd tussen diagnose invasief borstkanker en primaire behandeling	NBCA	Verplicht
8	PROMs respons	NBCA	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
 - ✓ Toezichthouders, waaronder de IGJ en NZa
 - ✓ Onderzoekers

De indicatoren zijn gebaseerd op:

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

2.2 Populatiebepaling

Voor alle indicatoren in deze indicatorset bestaat de populatie uit:

Primaire borstkanker waarbij de volgende tumorsoorten geïnccludeerd worden:

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

Exclusie:

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

Over periode (NBCA – of kalenderjaar)

Per indicator beschreven:

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

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

2.3 Aanlevering van de gegevens

Via www.zorginzicht.nl is het processchema te raadplegen voor de aanlevering van de gegevens behorende bij de indicatoren.

2.4 Indicatorenwerkgroep

De werkgroep voor het onderhoud van de indicatorset NBCA bestond in 2023 uit de volgende personen:

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

2.5 Externe partijen

Tevens waren de volgende personen aanwezig bij de ontwikkeldagen:

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

De volgende personen waren aanwezig bij de indicatoredagen:

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

3 Vast te leggen gegevens

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

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

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.

4 Indicatoren

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

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

Indicator naam	Gecompliceerd beloop - chemotherapie
Indicator nummer	2
Operationalisatie	Percentage patiënten dat met chemotherapie is behandeld vanwege een invasief mamma carcinoom*, dat een gecompliceerd beloop** heeft (t/m 30 dagen na laatste chemokuur).
Informatie voor cliënten	Aan iedere chemokuur zijn risico's verbonden, welke in ernstige gevallen kunnen kunnen lijden tot het vroegtijdig staken van de therapie OF tot een klinische opname ten gevolge van ongewenst effecten. Deze indicator geeft inzicht in het percentage patiënten waarbij zo'n gecompliceerd beloop t/m 30 dagen na de laatste kuur chemotherapie optreedt.
Relevantie en toepasbaarheid	De indicator geeft inzicht in het percentage patiënten met een gecompliceerd beloop t/m 30 dagen na de laatste kuur chemotherapie.
Type indicator	Uitkomstindicator
Achtergrond van de indicator	Document: Richtlijn Initiator: NBCA
Doel van het meten en publiceren	Monitoren van gecompliceerd beloop ten behoeve van kwaliteit van behandeling. Gedurende de gehele behandeling, is deze indicator relevant.
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Percentage
Teller A	Aantal patiënten dat met chemotherapie is behandeld vanwege een invasief mamma carcinoom*, dat een gecompliceerd beloop** heeft (B+C).
Teller B	Aantal patiënten dat met neo-adjuvante chemotherapie is behandeld vanwege een invasief mamma carcinoom*, dat een gecompliceerd beloop** heeft.
Teller C	Aantal patiënten dat met adjuvante chemotherapie is behandeld vanwege een invasief mamma carcinoom*, dat een gecompliceerd beloop** heeft.
Noemer	Aantal patiënten met een invasief mamma carcinoom* zonder metastasen op afstand dat met chemotherapie is behandeld en een operatie heeft ondergaan
Vraag	Hoeveel procent van de patiënten met chemotherapie vanwege een invasief mamma carcinoom heeft een gecompliceerd beloop (t/m 30 dagen na laatste chemokuur)?
Antwoordopties	Percentage; één antwoord mogelijk
Definitie	*Invasief mamma carcinoom is met of zonder DCIS. ** Gecompliceerd beloop: vroegtijdige staken van de chemotherapie of een klinische opname ten gevolge van ongewenst effecten van de therapie.
Aggregatieniveau	Locatieniveau (ziekenhuis van eerste operatie)
In-/exclusiecriteria populatie	NBCA in-/exclusiecriteria Primaire borstkanker waarbij de volgende tumorsoorten geïnccludeerd worden: <ul style="list-style-type: none"> • DCIS • Invasief carcinoom • Ziekte van Paget

	<ul style="list-style-type: none"> • Inflammatoir carcinoom • Alle tumorstadia inclusief metastasen op afstand <p>Exclusie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • LCIS • Recidief borstkanker • Phyllodes tumoren • Niet chirurgisch behandelde patiënt
Rekenregels en casemixcorrecties	Niet toegepast
Databron (registratie)	NBCA
Norm	n.v.t.
Meetperiode	Kalenderjaar: patiënten met een datum eerste positieve biopt van 01-01-2024 tot en met 31-12-2024.
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2024

Indicatornaam	Borstsparende operatie door chirurg en plastisch chirurg voor invasief borstkanker* en DCIS
Indicatornummer	3
Operationalisatie	Percentage patiënten die een primaire borstsparende operatie ondergaan vanwege borstkanker waarbij een chirurg en plastisch chirurg samen opereren.
Informatie voor cliënten	De indicator geeft een indruk van de mate van samenwerking tussen chirurg en plastisch chirurg bij borstsparende behandeling.
Relevantie en toepasbaarheid	De indicator geeft een indruk van de mate van samenwerking tussen chirurg en plastisch chirurg bij borstsparende behandeling.
Type indicator	Proces
Achtergrond van de indicator	Document: Richtlijn Initiator: NBCA
Doel van het meten en publiceren	De indicator houdt verband met de mate van toepassing van oncoplastische chirurgie bij lumpectomie, wat gecorreleerd kan worden aan irradicaliteit van tumorexcisie, conversie naar mastectomie en aan patiënttevredenheid met PROMs.
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Percentage
Teller A	Patiënten die geopereerd worden door een chirurg en plastisch chirurg.
Noemer A	Patiënten gediagnosticeerd met invasief borstkanker* zonder metastasen op afstand die een primaire borstsparende operatie ondergaan.
Teller B	Patiënten die geopereerd worden door een chirurg en plastisch chirurg.
Noemer B	Patiënten gediagnosticeerd met DCIS die een primaire borstsparende operatie ondergaan.
Vraag	Bij hoeveel procent van de patiënten die een primaire borstsparende operatie ondergaat vanwege borstkanker opereren een chirurg en plastisch chirurg samen?
Antwoordopties	Percentage; één antwoord mogelijk
Definitie	*Invasief borstkanker is met of zonder DCIS.
Aggregatieniveau	Locatieniveau (ziekenhuis van eerste operatie)
In-/exclusiecriteria populatie	NBCA in-/exclusiecriteria Primaire borstkanker waarbij de volgende tumorsoorten geïnccludeerd worden: <ul style="list-style-type: none"> • DCIS • Invasief carcinoom • Ziekte van Paget • Inflammatoir carcinoom • Alle tumorstadia inclusief metastasen op afstand Exclusie: <ul style="list-style-type: none"> • LCIS • Recidief borstkanker • Phyllodes tumoren • Niet chirurgisch behandelde patiënt
Rekenregels en	Rekenregel: zie teller/noemer

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

Indicatornaam	Directe reconstructie na ablatie voor invasief borstkanker
Indicatornummer	4a
Operationalisatie	Percentage patiënten dat een directe reconstructie heeft ondergaan na een ablatie voor invasief borstkanker zonder metastasen op afstand.
Informatie voor cliënten	Een directe reconstructie na ablatieve operatie draagt bij aan de kwaliteit van leven van de patiënt en voorkomt dat de patiënt een tweede operatie hoeft te ondergaan voor een reconstructie.
Relevantie en toepasbaarheid	Een directe reconstructie na ablatieve operatie draagt bij aan de kwaliteit van leven van de patiënt en voorkomt dat de patiënt een tweede operatie hoeft te ondergaan voor een reconstructie.
Type indicator	Proces
Achtergrond van de indicator	Document: Richtlijn Initiator: NBCA
Doel van het meten en publiceren	Een directe reconstructie na ablatieve operatie draagt bij aan de kwaliteit van leven van de patiënt en voorkomt dat de patiënt een tweede operatie hoeft te ondergaan voor een reconstructie. Gedurende de gehele behandeling, is deze indicator relevant.
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Percentage
Teller A	Totaal aantal patiënten met een directe reconstructie na een ablatie voor invasief borstkanker* zonder metastasen op afstand, waarbij de reconstructie is uitgevoerd door een plastisch chirurg (b+c+d+e).
Teller B	Aantal patiënten met een directe reconstructie met prothese na een ablatie voor invasief borstkanker* zonder metastasen op afstand, waarbij de reconstructie is uitgevoerd door een plastisch chirurg.
Teller C	Aantal patiënten met een directe reconstructie met autoloog weefsel na een ablatie voor invasief borstkanker*, zonder metastasen op afstand, waarbij de reconstructie is uitgevoerd door een plastisch chirurg.
Teller D	Aantal patiënten met een directe reconstructie met een combinatie van prothese en autoloog weefsel na een ablatie voor invasief borstkanker* zonder metastasen op afstand, waarbij de reconstructie is uitgevoerd door een plastisch chirurg.
Teller E	Aantal patiënten met een directe reconstructie na een ablatie voor invasief borstkanker* zonder metastasen op afstand, waarbij het type reconstructie onbekend is.
Noemer	Aantal patiënten met een ablatieve ingreep voor invasief borstkanker zonder metastasen op afstand.
Vraag	Hoeveel procent van de patiënten heeft een directe reconstructie ondergaan na een ablatie voor invasief borstkanker zonder metastasen op afstand?
Antwoordopties	Percentage; één antwoord mogelijk
Definitie	*Invasief borstkanker is met of zonder DCIS.
Aggregatieniveau	Locatieniveau (ziekenhuis van eerste operatie)
In-/exclusiecriteria populatie	NBCA in-/exclusiecriteria Primaire borstkanker waarbij de volgende tumorsoorten geïnccludeerd worden: • DCIS

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

Indicatornaam	Directe reconstructie na ablatie voor DCIS
Indicatornummer	4b
Operationalisatie	Percentage patiënten dat een directe reconstructie heeft ondergaan na een ablatie voor DCIS.
Informatie voor cliënten	Een directe reconstructie na ablatieve operatie draagt bij aan de kwaliteit van leven van de patiënt en voorkomt dat de patiënt een tweede operatie hoeft te ondergaan voor een reconstructie.
Relevantie en toepasbaarheid	Een directe reconstructie na ablatieve operatie draagt bij aan de kwaliteit van leven van de patiënt en voorkomt dat de patiënt een tweede operatie hoeft te ondergaan voor een reconstructie.
Type indicator	Proces
Achtergrond van de indicator	Document: Richtlijn Initiator: NBCA
Doel van het meten en publiceren	Een directe reconstructie na ablatieve operatie draagt bij aan de kwaliteit van leven van de patiënt en voorkomt dat de patiënt een tweede operatie hoeft te ondergaan voor een reconstructie. DCIS leent zich goed voor een directe reconstructie als een ablatie nodig is. Gedurende de gehele behandeling, is deze indicator relevant.
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Percentage
Teller A	Totaal aantal patiënten met een directe reconstructie na aan ablatie voor DCIS, waarbij de reconstructie is uitgevoerd door een plastisch chirurg (b+c+d+e).
Teller B	Aantal patiënten met een directe reconstructie met prothese na een ablatie voor DCIS, waarbij de reconstructie is uitgevoerd door een plastisch chirurg.
Teller C	Aantal patiënten met een directe reconstructie met autoloog weefsel na een ablatie voor DCIS, waarbij de reconstructie is uitgevoerd door een plastisch chirurg.
Teller D	Aantal patiënten met een directe reconstructie met een combinatie van prothese en autoloog weefsel na een ablatie voor DCIS, waarbij de reconstructie is uitgevoerd door een plastisch chirurg.
Teller E	Aantal patiënten met een directe reconstructie na een ablatie voor DCIS, zonder metastasen op afstand, waarbij het type reconstructie onbekend is.
Noemer	Aantal patiënten met een ablatieve operatie voor DCIS.
Vraag	Hoeveel procent van de patiënten heeft een directe reconstructie ondergaan na een ablatie voor DCIS?
Antwoordopties	Percentage; één antwoord mogelijk
Definitie	n.v.t.
Aggregatieniveau	Locatieniveau (ziekenhuis van eerste operatie)
In-/exclusiecriteria populatie	NBCA in-/exclusiecriteria Primaire borstkanker waarbij de volgende tumorsoorten geïnccludeerd worden: <ul style="list-style-type: none"> • DCIS • Invasief carcinoom • Ziekte van Paget • Inflammatoir carcinoom • Alle tumorstadia inclusief metastasen op afstand

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

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

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

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

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

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

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

Indicator naam	Doorlooptijd diagnose invasief borstkanker en primaire behandeling
Indicator nummer	7
Operationalisatie	Mediane doorlooptijd in kalenderdagen tussen datum biopt waarop diagnose is gesteld en start primaire behandeling.
Informatie voor cliënten	Een korte doorlooptijd tussen diagnose en start behandeling is geassocieerd met minder stress voor de patiënt en mogelijk geeft een verlengde doorlooptijd een verhoogde kans op recidief.
Relevantie en toepasbaarheid	Een korte doorlooptijd tussen diagnose en start behandeling is geassocieerd met minder stress voor de patiënt en mogelijk geeft een verlengde doorlooptijd een verhoogde kans op recidief.
Type indicator	Proces
Achtergrond van de indicator	Document: Richtlijn Initiator: NBCA
Doel van het meten en publiceren	Een korte doorlooptijd tussen diagnose en start behandeling is geassocieerd met minder stress/spanning voor de patiënt en mogelijk een betere oncologische uitkomst. Relevant vanaf het moment dat de patiënt te horen krijgt dat zij/hij gediagnostiseerd is met borstkanker tot het moment van eerste behandeling.
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Aantal dagen
Mediaan A	Mediane doorlooptijd van in kalenderdagen tussen datum biopt waarop diagnose is gesteld** en start primaire behandeling (neoadjuvante systemische therapie (chemotherapie/Her2 blokkade) of operatief) berekend over alle patiënten met invasief borstkanker* zonder metastasen op afstand in de NBCA (b+c+d)***.
Mediaan B	Mediane doorlooptijd in kalenderdagen tussen datum biopt waarop diagnose is gesteld** en start neoadjuvante systemische therapie (chemotherapie/Her2 blokkade) berekend over alle patiënten met invasief borstkanker* zonder metastasen op afstand die gestart zijn met neoadjuvante systemische therapie (chemotherapie/Her2 blokkade)***.
Mediaan C	Mediane doorlooptijd in kalenderdagen tussen datum biopt waarop diagnose is gesteld** en eerste operatie berekend over alle patiënten met invasief borstkanker* zonder metastasen op afstand die als eerste behandeling een operatie hebben ondergaan (excl. neoadjuvante systemische behandeling (chemotherapie/Her2 blokkade) en excl. directe reconstructie)***.
Mediaan D	Mediane doorlooptijd in kalenderdagen tussen datum biopt waarop diagnose is gesteld** en eerste operatie berekend over alle patiënten met invasief borstkanker* zonder metastasen op afstand die als eerste behandeling een operatie hebben ondergaan met een directe reconstructie (excl. neoadjuvante systemische therapie (chemotherapie/Her2 blokkade))***.
Vraag	n.v.t.
Antwoordoptyes	Aantal dagen; één antwoord mogelijk

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

Indicatornaam	PROMs respons
Indicatornummer	8
Operationalisatie	Percentage patiënten dat heeft deelgenomen aan de Patient Reported Outcome Measures (PROM) vragenlijst.
Informatie voor cliënten	De PROM respons geeft inzicht in hoeverre PROMS uitvraag geïmplementeerd is in het zorgproces. De ingevulde PROMS lijsten kunnen bijdragen bij het verkrijgen van inzicht in de QoL van de patiënt en het bespreken van mogelijke interventies ter verbetering van de QoL.
Relevantie en toepasbaarheid	De PROM respons geeft inzicht in hoeverre PROMS uitvraag geïmplementeerd is in het zorgproces. De ingevulde PROMS lijsten kunnen bijdragen bij het verkrijgen van inzicht in de QoL van de patiënt en het bespreken van mogelijke interventies ter verbetering van de QoL.
Type indicator	Proces
Achtergrond van de indicator	Document: Internationale indicatorset Initiator: NBCA
Doel van het meten en publiceren	De PROM respons geeft inzicht in hoeverre PROMS uitvraag geïmplementeerd is in het zorgproces. De ingevulde PROMS lijsten kunnen bijdragen bij het verkrijgen van inzicht in de QoL van de patiënt en het bespreken van mogelijke interventies ter verbetering van de QoL. Relevant gedurende het gehele zorgproces
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Percentage
Teller(s)⁷	Aantal patiënten in de NBCA dat heeft deelgenomen aan de PROM vragenlijst* op T0 én op T1.
Noemer	Aantal patiënten opgenomen in de NBCA.
Vraag	Hoeveel procent van de patiënten heeft deelgenomen aan de Patient Reported Outcome Measures (PROM) vragenlijst?
Antwoordopties	Percentage; één antwoord mogelijk
Definitie	*PROMs bestaande uit: EORTC-QLQ-C30, en/of EORTC-QLQ-BR23, en/of BREAST-Q, en/of Mini-Proms
Aggregatieniveau	Locatieniveau (ziekenhuis van eerste operatie)
In-/exclusiecriteria populatie	NBCA in-/exclusiecriteria Primaire borstkanker waarbij de volgende tumorsoorten geïnccludeerd worden: <ul style="list-style-type: none"> • DCIS • Invasief carcinoom • Ziekte van Paget • Inflammatoir carcinoom • Alle tumorstadia inclusief metastasen op afstand Exclusie: <ul style="list-style-type: none"> • LCIS • Recidief borstkanker • Phyllodes tumoren • Niet chirurgisch behandelde patiënt
Rekenregels en casemixcorrecties	Rekenregel: zie teller/noemer Casemixcorrectie n.v.t.

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

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

5 Wijzigingstabel

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

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

Bijlage: toelichting op informatie per indicator

Operationalisatie	De indicator in één korte zin omschreven. Let op: vermeld duidelijk de eenheid van de indicator in deze zin. Bijvoorbeeld: 'wachttijd in dagen'.
Informatie voor Cliënten	Het belang van en de betekenis van de indicator wordt hier kort zonder vaktermen verwoord. Een indicator is een meetbaar onderdeel van de zorg wat iets kan zeggen over de kwaliteit van zorg. In de informatie van cliënten wordt beknopt omschreven wat de indicator betekent en hoe deze geïnterpreteerd moet worden ('lager is beter', 'een instelling moet onder de norm van X scoren').
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

	<p>vraag aan de instelling hier geplaatst worden. De operationalisatie is dan hoe de indicator wordt gepubliceerd. Bijvoorbeeld: Vraag: "Op welke manier kunnen patiënten na de operatie contact opnemen bij vragen?" Operationalisatie: "Aangeboden manieren postoperatief contact"</p>
Antwoordopties	<p>Bij vragen is het belangrijk aan te geven of er slechts één antwoord mogelijk is of meerdere antwoorden mogelijk zijn. Daarnaast moeten de antwoordopties vermeld worden.</p>
Definitie	<p>Indien in de indicator termen worden gebruikt die enige toelichting nodig hebben, zodat betrouwbaar kan worden geregistreerd, dan wordt een definitie gegeven.</p>
Aggregatieniveau	<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>
In-/exclusiecriteria populatie	<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>
Rekenregels en casemixcorrecties	<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>
Databron (registratie)	<p>De te gebruiken bron voor het berekenen van de indicatorwaarde. Bijvoorbeeld: LROI, NKR, DLCA-R, EPD, Zorgkaart Nederland</p>
Norm	<p>Als de indicator een norm kent, wordt deze hier in de indicatorgids vermeld. Ook de bron van de norm wordt vermeld.</p>
Meetperiode	<p>De meetperiode is de periode waarin de metingen worden gedaan. Dit is standaard het hele kalenderjaar (01-01 t/m 31-12), maar hier kan van worden afgeweken. Bij follow-upmetingen moet een expliciete keuze worden gemaakt: een meting drie maanden postoperatief binnen het verslagjaar betekent dat de operatie ook in de laatste drie maanden van het voorgaande jaar kan zijn uitgevoerd. Soms wordt er een peildatum gebruikt in plaats van een meetperiode (vaak bij structuurindicatoren). De peildatum ligt dan vaak op 01-03 van het jaar ná het verslagjaar.</p>
Aanleverfrequentie	<p>De frequentie waarmee de indicatoren aangeleverd worden. Afspraken over de frequentie worden landelijk gemaakt. Dit is momenteel één keer per jaar.</p>

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.
---------------------------------	---