

Toetstabel Spoedzorg 2024

Operationalisatie	Aard van de wijziging	Criteria Toetsingskader	Advies werkgroep	PFN	FMS	V&VN	ZN	NVZ	NFU	ZKN	WSCie
<i>Indicator 1, 4</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>							
1,4	ongewijzigd	1 t/m 6	Verplicht	akkoord	akkoord	niet aanwezi	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	nvt
Overweging ZIN	Er is consensus in de werkgroep over het ongewijzigd laten van indicatoren nr. 1 en 4 . Het proces van de samenwerkingsafspraken MSZ is normaal 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										
<i>Indicator 2</i>	<i>Toelichting</i>	<i>Criterium 1 t/m 6</i>	<i>Verplicht, vrijwillig/niet transparant/verwijderen/geen</i>	<i>akkoord/geen akkoord</i>							
2	Ongewijzigd	1 t/m 6	Verplicht voor traumacentra/level 1- ziekenhuizen	akkoord	akkoord	niet aanwezi	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	nvt
Overweging ZIN	Er is consensus in de werkgroep over het ongewijzigd laten van indicator nr. 2. Dit betreft een verplichte indicator voor traumacentra/level-1 ziekenhuizen. 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 voor traumacentra/level 1- ziekenhuizen										
<i>Indicator 3</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>							
3	Verwijderen	1 t/m 6	Verplicht	akkoord	akkoord	niet aanwezi g	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	nvt
Overweging ZIN	Er is consensus in de werkgroep over het schrappen van indicator 3 (voorheen 5). 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										
<i>Indicator 5</i>	<i>Toelichting</i>	<i>Criterium 1 t/m 6</i>	<i>Verplicht, vrijwillig/niet transparant/verwijderen/geen</i>	<i>akkoord/geen akkoord</i>							

5	nieuw	1 t/m 6	verplicht	akkoord	akkoord	niet aanwezig	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	nvt
---	-------	---------	-----------	---------	---------	---------------	---------	---------	---------	---------	-----

Overweging ZIN Er is consensus in de werkgroep over het toevoegen van een nieuwe indicator, respectievelijk nr. 5 en als JA indicatoren 6 t/m 11. Wel is gesteld dat dubbele registratie ongewenst is, zie punt hieronder over indicatoren 6 t/m 11. Het proces van de samenwerkingsafspraken MSZ is normaal 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

<i>Indicator 6,7,8,9,10,11</i>	<i>Toelichting</i>	<i>Criterium 1 t/m 6</i>	<i>Verplicht, vrijwillig/niet transparant/verwijderen/geen</i>	<i>akkoord/geen akkoord</i>							
--------------------------------	--------------------	--------------------------	--	-----------------------------	--	--	--	--	--	--	--

6,7,8,9,10 en 11	Nieuw	1 t/m 6	Alleen invullen als JA op vraag 7 (SEH aanwezig in ziekenhuis)	akkoord	akkoord	niet aanwezig	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	nvt
------------------	-------	---------	--	---------	---------	---------------	---------	---------	---------	---------	-----

Overweging ZIN Er is consensus in de werkgroep over het toevoegen van deze indicatoren. Er zal een clausule worden toegevoegd aan de gids waarin staat dat wanneer er sprake is van overlappende indicatoren bij zowel het RIVM als op de transparantiekalender dan, worden de indicatoren van de transparantiekalender geschrapt zonder tripartite akkoord. Middels deze clausule is er dus geen tripartite toestemming meer nodig om deze indicatoren te schrappen van de transparantiekalender. Alle partijen betrokken bij het bureauoverleg gaan hiermee akkoord. 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 wanneer JA op indicator 5 (; SEH aanwezig in ziekenhuis)

Indicatorenset spoedzorg

Uitvraag ziekenhuizen/ZBC's over verslagjaar 2024

Versie, 19 september 2023

Meer informatie op:

OmniQ (portaal van DHD) voor aanlevering kwaliteitsgegevens (beschikbaar voor leden van de NVZ en NFU): <https://extranet.dhd.nl/producten/OmniQ>

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen: www.nvz-ziekenhuizen.nl

Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra: www.nfu.nl

Zelfstandige Klinieken Nederland: www.zkn.nl

Zorginstituut Nederland: <http://www.zorginzicht.nl>

Samengesteld door:

Federatie Medisch Specialisten

Landelijk Netwerk Acute Zorg

Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra

Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen

Patiëntenfederatie Nederland

Zelfstandige Klinieken Nederland

Zorgverzekeraars Nederland

Contactinformatie:

Landelijk Netwerk Acute Zorg

secretariaatlnaz@lnaz.nl

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

Inhoud	
1 Overzicht indicatoren	3
2 Algemene informatie	4
2.1 Uitgangspunten	4
2.2 Populatiebepaling	4
2.3 Aanlevering van de gegevens	4
2.4 Indicatorenwerkgroep	4
3 Vast te leggen gegevens	5
4 Indicatoren	6
5 Wijzigingstabel	24
Bijlage: toelichting op informatie per indicator	247

1 Overzicht indicatoren

Indicator-nummer	Indicatornaam	Bron	Transparantie
1	Aantal multitrauma	Landelijke Traumaregistratie	Verplicht
2	Percentage van alle multitraumapatiënten direct opgenomen in traumacentrum	Landelijke Traumaregistratie	Verplicht alleen voor de 11 traumacentra
3	Mogelijkheid RAAA-procedure	Ziekenhuisinformatiesysteem	Verplicht
4	Poortvraag SEH	Ziekenhuis	Verplicht
5	Ervaren arts op SEH poortspecialisme of IC	Ziekenhuis	Verplicht als antwoord poortvraag is ja
6	Ervaren arts op SEH Zekeren luchtweg of reanimatie	Ziekenhuis	Verplicht als antwoord poortvraag is ja
7	Aanwezigheid poortspecialist	Ziekenhuis	Verplicht als antwoord poortvraag is ja
8	SEH gediplomeerde verpleegkundige	Ziekenhuis	Verplicht als antwoord poortvraag is ja
9	Aanwezigheid expertise geriatrie	Ziekenhuis	Verplicht als antwoord poortvraag is ja
10	Aanwezigheid faciliteiten	Ziekenhuis	Verplicht als antwoord poortvraag is ja

Clausule

Indien het RIVM in het kader van haar jaarlijkse bereikbaarheidsanalyse (of vergelijkbare uitvraag van normen van het Kwaliteitskader Spoedzorgketen) indicatoren over verslagjaar 2024 uitvraagt, die ook in de Indicatorenset Spoedzorg 2024 van de Transparantiekalender staan opgenomen, dan worden de betreffende indicatoren geschrapt van de Transparantiekalender 2024.

2 Algemene informatie

2.1 Uitgangspunten

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

Gepubliceerde transparante gegevens uit de openbare database zijn bedoeld voor: zorgaanbieders en zorgverleners, zorgverzekeraars, toezichthouders, waaronder de IGJ en Nza.

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

2.2 Populatiebepaling

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

2.3 Aanlevering van de gegevens

Via de website [zorginzicht](#) is het processchema te raadplegen voor de aanlevering van de gegevens behorende bij de indicatoren.

2.4 Indicatorenwerkgroep

De werkgroep voor het onderhoud van de indicatorset spoedzorg bestond in 2023 uit de volgende organisaties: Nederlandse Vereniging voor Vaatchirurgie (NVVV), Nederlandse Internisten Vereniging (NIV), Nederlandse Vereniging voor Radiologie (NVvR), Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG), Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG), Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVVH), Patiëntenfederatie Nederland (PFN), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA), Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN), Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVvA) en Landelijk Beraad Traumachirurgen (LBTC).

3 Vast te leggen gegevens

Om als zorgaanbieder deze indicatorset te kunnen aanleveren, moeten per cliënt de volgende gegevens (variabelen) worden vastgelegd:¹

T.b.v. verplichte indicatoren

Variabele ²	Naam	Waarde- bereik / format	Bron	Extra? ³	Afspraken gegevens- uitwisseling ⁴
V02	Aantal multitrauma patiënten	Aantal (een geheel getal)	LTR	Nee	
V03	Percentage van alle multitraumapatiënten direct opgenomen in traumacentrum	Percentage	LTR	Nee	
V04	Beschikbaarheid IC-bed	Ja/Nee	LCPS of NICE	Nee	
V05	Mogelijkheid RAAA-procedure	Ja/Nee	ZIS	Nee	

¹ 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.

² Geef de variabele een code zodat je ernaar kunt verwijzen bij de indicatoren. Bijvoorbeeld V01, V02.

³ Geef hier 'ja' aan als de variabele alléén voor deze indicatorset moet worden vastgelegd, en dus verder niet in het primaire proces wordt gebruikt.

⁴ Als er afspraken zijn gemaakt over gegevensvastlegging en/of -uitwisseling, vermeld deze dan hier, zodat iedereen dezelfde codering hanteert.

4 Indicatoren

Indicatornaam	<i>Aantal multitrauma patiënten</i>
Indicatornummer	1
Operationalisatie	Aantal multitraumapatiënten (Injury Severity Score ≥ 16) opgevangen op de afdeling spoedeisende hulp (SEH) van de ziekenhuislocatie in het verslagjaar.
Informatie voor cliënten	Multitraumapatiënten zijn ernstig gewonde patiënten. Het is van (levens)belang dat deze patiënten behandeld worden in de ziekenhuizen met 24-uurs beschikbaarheid van een groot aantal specialismen en voorzieningen. Dit is omschreven in de NVT levelcriteria. Daarbij is een volumenorm gesteld. Deze indicator geeft inzicht of de SEH van de ziekenhuislocatie deze minimum norm per jaar haalt.
Relevantie en toepasbaarheid	NVT-norm benoemt volumenorm en geeft aan dat om hoogwaardige traumazorg te leveren een minimum aantal multitraumapatiënten in een level 1 ziekenhuis moeten worden behandeld.
Type indicator	Structuur
Achtergrond van de indicator	<ul style="list-style-type: none"> • Kjellstrom, T., B. Norrving, and A. Shatchkute, Helsingborg Declaration 2006 on European stroke strategies. <i>Cerebrovasc Dis</i>, 2007. 23(2-3): p. 231-41. • Kosar, S., et al., Cost-effectiveness of an integrated 'fast track' rehabilitation service for multitrauma patients involving dedicated early rehabilitation intervention programs: design of a • prospective, multicentre, non-randomised clinical trial. <i>J Trauma Manag Outcomes</i>, 2009. 3: p. • Nederlandse Vereniging voor Traumachirurgie. Levelcriteria Traumatologie van de Vereniging voor Traumachirurgie. Periode 2014-2018. Stelfox, H.T., et al., Quality indicators for evaluating • trauma care: a scoping review. <i>Arch Surg</i>, 2010. 145(3): p. 286-95. • VWS, Beleidsvisie Traumazorg 2006-2010. 2006. • ZN. Kwaliteitsvisie spoedeisende zorg. 2013
Doel van het meten en publiceren	De twee multitrauma indicatoren die zijn opgenomen in deze set gaan over 'de juiste patiënt, op de juiste plek'. Dit is van groot belang voor de uitkomst van de patiënt (mate van restinvaliditeit en zelfs overlijden).
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Aantal (een geheel getal)
Teller(s)⁵	N.v.t.
Noemer	N.v.t.
Vraag	Hoeveel multitraumapatiënten (Injury Severity Score > 15) zijn opgevangen op de afdeling spoedeisende hulp (SEH) van de ziekenhuislocatie in het verslagjaar?
Antwoordopties	Aantal
Definitie	Conform Landelijke Traumaregistratie
Aggregatieniveau	Ziekenhuis concernniveau

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

In-/exclusiecriteria populatie	Conform Landelijke Traumaregistratie
Rekenregels en casemixcorrecties	
Databron (registratie)	Landelijke Traumaregistratie
Norm	NVT levelcriteria norm
Meetperiode	01-01-2024 t/m 31-12-2024
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	

Indicatornaam	<i>Percentage van alle multitraumapatiënten direct opgenomen in het regionaal traumacentrum.</i>
Indicatornummer	2
Operationalisatie	Percentage van alle multitraumapatiënten (Injury Severity Score >15) die worden opgenomen in de regio dat direct in het regionale traumacentrum gepresenteerd wordt.
Informatie voor cliënten	Traumacentra hebben een specifieke zorgtaak voor ernstige ongevalsslachtoffers. Deze zorgtaak vraagt onder meer een 24-uurs beschikbaarheid van een groot aantal specialismen en voorzieningen. Zowel expertise als beschikbaarheid van personeel in het ziekenhuis dragen bij aan tijdige en adequate behandeling van multitraumapatiënten.
Relevantie en toepasbaarheid	Richtlijnen geven aan dat om hoogwaardige traumazorg te leveren, multitraumapatiënten in een traumacentrum moeten worden behandeld.
Type indicator	Proces
Achtergrond van de indicator	<ul style="list-style-type: none"> • Kjellstrom, T., B. Norrving, and A. Shatchkute, Helsingborg Declaration 2006 on European stroke strategies. <i>Cerebrovasc Dis</i>, 2007. 23(2-3): p. 231-41. • Kosar, S., et al., Cost-effectiveness of an integrated 'fast track' rehabilitation service for multitrauma patients involving dedicated early rehabilitation intervention programs: design of a prospective, multicentre, non-randomised clinical trial. <i>J Trauma Manag Outcomes</i>, 2009. 3: p. • Nederlandse Vereniging voor Traumachirurgie. Levelcriteria Traumatologie van de Vereniging voor Traumachirurgie. Periode 2014-2018. Stelfox, H.T., et al., Quality indicators for evaluating trauma care: a scoping review. <i>Arch Surg</i>, 2010. 145(3): p. 286-95. • VWS, Beleidsvisie Traumazorg 2006-2010. 2006. • ZN. Kwaliteitsvisie spoedeisende zorg. 2013
Doel van het meten en publiceren	De twee multitrauma indicatoren die zijn opgenomen in deze set gaan over 'de juiste patiënt, op de juiste plek'. Dit is van groot belang voor de uitkomst van de patiënt (mate van restinvaliditeit en zelfs overlijden).
Transparantie	Verplicht; deze data worden alleen ingevuld door het regionale traumacentrum!
Rekenregels en definities	
Datatype	Percentage
Teller(s)⁶	De multitraumapatiënten (Injury Severity Score >15) die direct zijn gepresenteerd in het regionale traumacentrum.
Noemer	De multitraumapatiënten (Injury Severity Score >15) die direct zijn gepresenteerd in alle ziekenhuizen in de traumaregio.
Vraag	Welk percentage van alle multitraumapatiënten (Injury Severity Score >15) die worden opgenomen in de regio wordt direct in het regionale traumacentrum gepresenteerd?
Antwoordopties	Percentage
Definitie	Conform Landelijke Traumaregistratie
Aggregatieniveau	Ziekenhuisconcern niveau

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

In-/exclusiecriteria populatie	Conform Landelijke Traumaregistratie
Rekenregels en casemixcorrecties	
Databron (registratie)	Landelijke Traumaregistratie
Norm	Norm; minimaal 90% van de multitraumapatiënten wordt direct in het regionaal traumacentrum gepresenteerd.
Meetperiode	01-01-2024 t/m 31-12-2024
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	

Indicator naam	<i>Mogelijkheid RAAA behandeling</i>
Indicator nummer	3
Operationalisatie	Wordt in de instelling acute aortachirurgie bedreven in geval van een ruptuur of symptomatisch aneurysma?
Informatie voor cliënten	De behandeling van RAAA patiënten door een ervaren team in een ziekenhuislocatie met adequate ketenzorg verlaagt de perioperatieve mortaliteit. Hoger volumina dragen bij aan ervaring en organisatie.
Relevantie en toepasbaarheid	<p>In de richtlijn van de NVvH staat dat bij geschikte anatomie en voldoende expertise een RAAA bij voorkeur met EVAR wordt behandeld (bewijskracht gradatie B). EVAR gaat gepaard met een lagere perioperatieve mortaliteit dan de open procedure (bewijskracht gradatie B). NVvH stelt als norm dat er in een ziekenhuis de mogelijkheid is tot het verrichten van EVAR of dat er een samenwerkingsverband, c.q. verwijsmogelijkheid is.</p> <p>De reden voor de lagere perioperatieve mortaliteit is het geringere operatietrauma. Bovendien herstellen patiënten sneller.</p> <p>Ook internationaal zijn deskundigen het er over eens dat áls EVAR mogelijk is dat EVAR dan ook toegepast moet worden. Echter niet tot elke prijs: team ervaring met EVAR is belangrijk want een mislukte EVAR geeft een hoge kans of sterfte.</p> <p>Het NVvV Aortadocument d.d.05-11-2021 onderstreept het belang van routine en ervaring voor de behandeling van o.a. RAAA. Hogere volumina biedt exposure van het team aan deze pathologie, ten aanzien van correctie d.m.v. EVAR èn open chirurgie. Daarnaast wordt bij hogere volumina de ketenzorg binnen de ziekenhuislocatie gewaarborgd (radiologie, anesthesie, intensive care, afdeling en belendende specialismen).</p>
Type indicator	Structuur
Achtergrond van de indicator	<ul style="list-style-type: none"> • IMPROVE trial investigators. Endovasculair or open repair strategy for ruptured abdominal aortic aneurysm: 30 days outcomes from IMPROVE randomised trial BMJ. 2014;348:f7661. • Karthikesalingam A, Holt PJ, Vidal-Diez A, Ozdemir BA, Poloniecki JD, Hinchliffe RJ, et al. Mortality from ruptured abdominal aortic aneurysms: clinical lessons from a comparison of outcomes in England and the USA. Lancet. 2014;383(9921):963-9. • NVvH. Normering Chirurgische Behandelingen 8.1. • Reimerink JJ, Hoornweg LL, Vahl AC, Wisselink W, van den Broek TA, Legemate DA, et al. Endovascular repair versus open repair of ruptured abdominal aortic aneurysms: a multicenter randomized controlled trial. Annals of surgery. 2013;258(2):248-56. • van Beek SC, Reimerink JJ, Vahl AC, Wisselink W, Reekers JA, van Geloven N, et al. Effect of regional cooperation on outcomes from ruptured abdominal aortic

	aneurysm. The British journal of surgery. 2014;101(7):794-801.
Doel van het meten en publiceren	Zorg dragen voor de kwaliteit en beschikbaarheid van de meest passende behandeling in het ziekenhuis waar een RAAA wordt behandeld.
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	ja/nee
Teller(s)⁷	N.v.t.
Noemer	N.v.t.
Vraag	Voldoet uw instelling aan de volgende eisen voor behandeling van RAAA: - 24/7 endovasculair gecertificeerd vaatchirurg beschikbaar? - wordt het minimale aantal aorta aneurysma behandelingen van 40 per jaar behaald?
Antwoordopties	Ja/nee
Definitie	Direct uitvoeren betekent dat de hiervoor geschikte patiënt aansluitend aan de CTA de EVAR of open aorta chirurgie behandeling kan ondergaan.
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	
Rekenregels en casemixcorrecties	
Databron (registratie)	Ziekenhuisinformatiesysteem
Norm	n.v.t.
Meetperiode	Peildatum 31-12-2024
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	

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

Indicatornaam	<i>Indicator - Poortvraag SEH</i>
Indicatornummer	4
Operationalisatie	Heeft de instelling een SEH?
Informatie voor cliënten	Dit is een poortvraag. Als de instelling wel een SEH heeft, dan wordt gevraagd de volgende 5 vragen wel in te vullen. Als de instelling niet een SEH heeft, dan wordt gevraagd de volgende 5 vragen niet in te vullen
Relevantie en toepasbaarheid	Dit is een vraag, bedoeld om de invuller de juiste vragen in te laten vullen.
Type indicator	n.v.t.
Achtergrond van de indicator	n.v.t.
Doel van het meten en publiceren	Dit is een vraag, bedoeld om de invuller de juiste vragen in te laten vullen.
Transparantie	verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	ja/nee
Teller(s)⁸	n.v.t.
Noemer	n.v.t.
Vraag	Heeft uw instelling een SEH?
Antwoordopties	<p>één antwoord mogelijk</p> <ul style="list-style-type: none"> •Nee •Ja <p>Toelichting: de instelling heeft de mogelijkheid om een toelichting te geven op het antwoord.</p>
Definitie	
Aggregatieniveau	locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	n.v.t.
Rekenregels en casemixcorrecties	n.v.t.
Databron (registratie)	n.v.t.
Norm	Ja
Meetperiode	Peildatum 31-12-2024
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	01-05-2025

⁸ Wanneer er meerdere tellers zijn, dan is dit duidelijk in de nummering aangegeven. Bijvoorbeeld 1a, 1b enz.

Indicatornaam	Aanwezigheid ervaren arts op de SEH in poortspecialisme of op de intensive care
Indicatornummer	5
Operationalisatie	Op elke SEH is gedurende openingstijden een SEH-arts KNMG ¹ of een medisch specialist aanwezig die minimaal de cursus Advanced Life Support en de cursus Advanced Pediatric Life Support afgerond heeft ² . Als dat niet het geval is, dan is op elke SEH gedurende openingstijden tenminste een arts ³ aanwezig met minimaal 1 jaar klinische ervaring, waarvan minimaal een 1/2 jaar ervaring in een poortspecialisme of bij anesthesiologie of op de intensive care.
Informatie voor cliënten	Deze indicator levert geen keuze informatie, omdat het om spoedzorg gaat. Deze indicator levert wel informatie over de kwaliteit van de zorg conform het kwaliteitskader
Relevantie en toepasbaarheid	Deze indicator komt uit het Kwaliteitskader Spoedzorgketen Landelijke afspraken over de organisatie van en eisen aan de Spoedzorgketen. Er is afgesproken dat aan deze norm voldaan moet worden.
Type indicator	structuur
Achtergrond van de indicator	Kwaliteitskader: Kwaliteitskader Spoedzorgketen Landelijke afspraken over de organisatie van en eisen aan de Spoedzorgketen, 17 januari 2020 Initiator: [ZN]
Doel van het meten en publiceren	Deze indicator brengt in zicht in welke mate er aan de reeds afgesproken norm wordt voldaan.
Transparantie	verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	ja/nee
Teller(s)⁹	n.v.t.
Noemer	n.v.t.
Vraag a	Voldoet u aan de norm: Op elke SEH is gedurende openingstijden een SEH-arts KNMG ¹ of een medisch specialist aanwezig die minimaal de cursus Advanced Life Support en de cursus Advanced Pediatric Life Support afgerond heeft ² ?
Antwoordopties	één antwoord mogelijk <ul style="list-style-type: none"> •Ja •Nee <p>Toelichting: de instelling heeft de mogelijkheid om een toelichting te geven op het antwoord.</p>
Vraag b	Als dat niet het geval is, dan Op elke SEH is gedurende openingstijden tenminste een arts ³ aanwezig met minimaal 1 jaar klinische ervaring, waarvan minimaal een 1/2 jaar ervaring in een poortspecialisme of bij anesthesiologie of op de intensive care.
Antwoordopties	één antwoord mogelijk: <ul style="list-style-type: none"> •Ja •Nee

⁹ Wanneer er meerdere tellers zijn, dan is dit duidelijk in de nummering aangegeven. Bijvoorbeeld 1a, 1b enz.

	Toelichting: de instelling heeft de mogelijkheid om een toelichting te geven op het antwoord.
Definitie	<p>1. Toelichting op de voetnoten: Arts die de KNMG-opleiding spoedeisende geneeskunde met succes hebben voltooid en de titel "spoedeisendehulparts KNMG/SEH-arts KNMG" mogen voeren.</p> <p>2. De cursus Advanced Life Support richt zich op het herkennen van ernstig zieke volwassenen, het voorkomen van verslechtering van het klinisch beeld en de behandeling van cardiopulmonaal arrest. De cursus Advanced Pediatric Life Support is gericht op het herkennen van ernstig zieke kinderen, het voorkomen van verslechtering en behandeling van het cardiopulmonaal arrest bij kinderen. Indien andere cursussen worden gehanteerd, dienen deze aantoonbaar van gelijke kwalitatieve waarde te zijn.</p> <p>3. Met het woord arts wordt bedoeld tenminste een basisarts (arts-assistent al dan niet in opleiding), dan wel een hoger gekwalificeerde geneeskundige.</p>
Aggregatieniveau	locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	n.v.t.
Rekenregels en casemixcorrecties	n.v.t.
Databron (registratie)	n.v.t.
Norm	Ja
Meetperiode	31-12-2024
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	01-05-2025

Indicatornaam	Aanwezigheid ervaren arts op de SEH voor het zekeren van de luchtweg en reanimatie.
Indicatornummer	6
Operationalisatie	In het ziekenhuis is (gedurende openingstijden van de SEH) een arts ¹ aanwezig die binnen maximaal 5 minuten na oproep op de SEH kan zijn (of daar al is) om de luchtweg te zekeren en te reanimeren.
Informatie voor cliënten	Deze indicator levert geen keuze informatie, omdat het om spoedzorg gaat. Deze indicator levert wel informatie over de kwaliteit van de zorg conform het kwaliteitskader
Relevantie en toepasbaarheid	Deze indicator komt uit het Kwaliteitskader Spoedzorgketen Landelijke afspraken over de organisatie van en eisen aan de Spoedzorgketen. Er is afgesproken dat aan deze norm voldaan moet worden.
Type indicator	structuur
Achtergrond van de indicator	Kwaliteitskader: Kwaliteitskader Spoedzorgketen Landelijke afspraken over de organisatie van en eisen aan de Spoedzorgketen, 17 januari 2020 Initiator: [ZN]
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 welk type zorginstelling. Geef ook aan – waar van toepassing - in welke situatie de indicator niet langer relevant is.] Deze indicator brengt in zicht in welke mate er aan de reeds afgesproken norm wordt voldaan.
Transparantie	verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	ja/nee
Teller(s)¹⁰	n.v.t.
Noemer	n.v.t.
Vraag	Voldoet u aan de norm: In het ziekenhuis is (gedurende openingstijden van de SEH) een arts ¹ aanwezig die binnen maximaal 5 minuten na oproep op de SEH kan zijn (of daar al is) om de luchtweg te zekeren en te reanimeren?
Antwoordopties	één antwoord mogelijk <ul style="list-style-type: none"> •Ja •Nee <p>Toelichting: de instelling heeft de mogelijkheid om een toelichting te geven op het antwoord.</p>
Definitie	Toelichting op de voetnoot: 1 Met het woord arts wordt bedoeld tenminste een basisarts (arts-assistent al dan niet in opleiding), dan wel een hoger gekwalificeerde geneeskundige.
Aggregatieniveau	locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	n.v.t.
Rekenregels en casemixcorrecties	n.v.t.

¹⁰ Wanneer er meerdere tellers zijn, dan is dit duidelijk in de nummering aangegeven. Bijvoorbeeld 1a, 1b enz.

Databron (registratie)	nvt
Norm	Ja
Meetperiode	31-12-2024
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	01-05-2025

Indicatornaam	Aanwezigheid poortspecialist
Indicatornummer	7
Operationalisatie	Voor de arts ¹ op de SEH is van ieder poortspecialisme ² bij diagnostiek en behandeling altijd een poortspecialist bereikbaar voor overleg.
Informatie voor cliënten	Deze indicator levert geen keuze informatie, omdat het om spoedzorg gaat. Deze indicator levert wel informatie over de kwaliteit van de zorg conform het kwaliteitskader
Relevantie en toepasbaarheid	Deze indicator komt uit het Kwaliteitskader Spoedzorgketen Landelijke afspraken over de organisatie van en eisen aan de Spoedzorgketen. Er is afgesproken dat aan deze norm voldaan moet worden.
Type indicator	structuur
Achtergrond van de indicator	Kwaliteitskader: Kwaliteitskader Spoedzorgketen Landelijke afspraken over de organisatie van en eisen aan de Spoedzorgketen, 17 januari 2020 Initiator: [ZN]
Doel van het meten en publiceren	Deze indicator brengt in zicht in welke mate er aan de reeds afgesproken norm wordt voldaan.
Transparantie	verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	ja/nee
Teller(s)¹¹	n.v.t.
Noemer	n.v.t.
Vraag	Voldoet u aan de norm: Voor de arts op de SEH is van ieder poortspecialisme bij diagnostiek en behandeling altijd een poortspecialist bereikbaar voor overleg.
Antwoordopties	één antwoord mogelijk / meerdere antwoorden mogelijk + [de opties] <ul style="list-style-type: none"> •Ja •Nee <p>Toelichting: de instelling heeft de mogelijkheid om een toelichting te geven op het antwoord.</p>
Definitie	Toelichting op de voetnoot: 1 Met het woord arts wordt bedoeld tenminste een basisarts (arts-assistent al dan niet in opleiding), dan wel een hoger gekwalificeerde geneeskundige. 2. Het Kwaliteitskader verwijst naar de definitie van de NZa van Poortspecialist: "De medisch specialist van het poortspecialisme waarnaar een patiënt wordt verwezen voor medisch-specialistische zorg. Als poortspecialismen worden de volgende specialismen onderscheiden: oogheelkunde (0301), KNO (0302), heelkunde/chirurgie (0303), plastische chirurgie (0304), orthopedie (0305), urologie (0306), gynaecologie (0307), neurochirurgie (0308), dermatologie (0310), inwendige geneeskunde (0313), kindergeneeskunde/neonatologie (0316), gastro-enterologie/mdl (0318), cardiologie (0320), longgeneeskunde (0322), reumatologie (0324), allergologie (0326), revalidatie (0327), cardio-pulmonale chirurgie (0328), consultatieve psychiatrie (0329), neurologie (0330), klinische

¹¹ Wanneer er meerdere tellers zijn, dan is dit duidelijk in de nummering aangegeven. Bijvoorbeeld 1a, 1b enz.

	geriatrie (0335), radiotherapie (0361) en sportgeneeskunde.” (NZa beleidsregel https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_21815_22/3/)
Aggregatieniveau	locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	n.v.t.
Rekenregels en casemixcorrecties	n.v.t.
Databron (registratie)	n.v.t.
Norm	Ja
Meetperiode	31-12-2024
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	01-05-2025

Indicatornaam	Aanwezigheid van minimaal één gediplomeerde SEH-verpleegkundige met werkervaring en specifiek gevolgde opleiding
Indicatornummer	8
Operationalisatie	Op elke SEH is tijdens openingstijden minimaal één gediplomeerde SEH-verpleegkundige aanwezig die naast aantoonbare werkervaring op de SEH minimaal het volgende onderwijs heeft gevolgd: een basisopleiding tot verpleegkundig beroepsbeoefenaar, een verpleegkundige vervolgopleiding op het gebied van SEH, en specifieke trainingen op het gebied van triage, een training in een systematische opvang van een trauma patiënt en een training in de systematische opvang van een vitaal bedreigd kind.
Informatie voor cliënten	Deze indicator levert geen keuze informatie, omdat het om spoedzorg gaat. Deze indicator levert wel informatie over de kwaliteit van de zorg conform het kwaliteitskader
Relevantie en toepasbaarheid	Deze indicator komt uit het Kwaliteitskader Spoedzorgketen Landelijke afspraken over de organisatie van en eisen aan de Spoedzorgketen. Er is afgesproken dat aan deze norm voldaan moet worden.
Type indicator	structuur
Achtergrond van de indicator	Kwaliteitskader: Kwaliteitskader Spoedzorgketen Landelijke afspraken over de organisatie van en eisen aan de Spoedzorgketen, 17 januari 2020 Initiator: [ZN]
Doel van het meten en publiceren	Deze indicator brengt in zicht in welke mate er aan de reeds afgesproken norm wordt voldaan.
Transparantie	verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	ja/nee
Teller(s)¹²	n.v.t.
Noemer	n.v.t.
Vraag	Voldoet u aan de norm: Op elke SEH is tijdens openingstijden minimaal één gediplomeerde SEH-verpleegkundige aanwezig die naast aantoonbare werkervaring op de SEH minimaal het volgende onderwijs heeft gevolgd: een basisopleiding tot verpleegkundig beroepsbeoefenaar, een verpleegkundige vervolgopleiding op het gebied van SEH, en specifieke trainingen op het gebied van triage, een training in een systematische opvang van een trauma patiënt en een training in de systematische opvang van een vitaal bedreigd kind.
Antwoordopties	één antwoord mogelijk <ul style="list-style-type: none"> •Ja •Nee <p>Toelichting: de instelling heeft de mogelijkheid om een toelichting te geven op het antwoord.</p>
Definitie	n.v.t.
Aggregatieniveau	locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	n.v.t.

¹² Wanneer er meerdere tellers zijn, dan is dit duidelijk in de nummering aangegeven. Bijvoorbeeld 1a, 1b enz.

Rekenregels en casemixcorrecties	nvt
Databron (registratie)	nvt
Norm	Ja
Meetperiode	31-12-2024
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	01-05-2025

Indicator naam	<i>Beschikbaarheid geriatrische expertise</i>
Indicator nummer	9
Operationalisatie	Zijn op uw ziekenhuislocatie 24/7 een klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde beschikbaar.
Informatie voor cliënten	De kwaliteit van spoedzorg voor kwetsbare ouderen is ingebed in de keten van spoedeisende zorgverlening, waarbij voor deze patiënten de beschikbaarheid van een klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde belangrijk is voor het garanderen van goede kwaliteit van zorg.
Relevantie en toepasbaarheid	Richtlijnen geven aan dat het tijdig inschakelen van geriatrische expertise leidt tot beter uitkomsten voor kwetsbare ouderen. Het beschikbaar zijn op een spoedeisende hulp van een klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde om de patiënt zelf te zien is belangrijk om het nemen van belangrijke beslissing in de diagnostiek en/of behandeling. Hiermee is het doel passende zorg voor kwetsbare ouderen te garanderen waarbij zowel overdiagnostiek/-behandeling als onderdiagnostiek/-behandeling wordt voorkomen.
Type indicator	structuur
Achtergrond van de indicator	<ul style="list-style-type: none"> • Graf, C.E., D. Zekry, S. Giannelli, J. Michel and T. Chevalley (2011). Efficiency and applicability of comprehensive geriatric assessment in the Emergency Department: a systematic review, <i>Aging Clinical and Experimental Research</i>, Vol. 23, No. 4: 244-254 • Kwaliteitskader spoedzorgketen: Kwaliteitsaspecten en normering keurmerk Seniorvriendelijk Ziekenhuis (2017); Patiënt journeys (2016); Expertgroep (2017); Kwaliteitsraad, mede op basis van de input van de elf betrokken partijen • Berben SAA, Bloemhoff A, Habets KCF, Liefers J, Hensens CJM, van Grunsven PM, Schoon Y, van den Berg HAM. Monitor Acute Zorgketen: ouderen hebben intensief en lang ketencontact, een retrospectieve cohort studie. <i>Ned Tijdschr Geneeskd.</i> 2019 Jul 29;163. • Sir Ö, Hesselink G, Van Den Bogaert M, Akkermans RP, Schoon Y. Risk factors for prolonged length of stay of older patients in an academic emergency department: a retrospective cohort study. <i>Emerg Med Int.</i>2019:4937827. • Carpenter CR, Bromley M, Caterino JM, et al. Optimal older adult emergency care: introducing multidisciplinary geriatric emergency department guidelines from the American College of Emergency Physicians, American Geriatrics Society, Emergency Nurses Association, and Society for Academic Emergency Medicine. <i>J Am Geriatr Soc.</i> 2014;62:1360 - 3.
Doel van het meten en publiceren	Continue beschikbaarheid van een klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde op de spoedeisende hulp garandeert goede kwaliteit van zorg voor kwetsbare ouderen
Transparantie	verplicht
Datatype	Ja/nee
Teller(s)¹³	n.v.t.
Noemer	n.v.t.
Vraag	Is op uw spoedeisende hulpafdeling 24/7 een klinisch geriater of

¹³ Wanneer er meerdere tellers zijn, dan is dit duidelijk in de nummering aangegeven. Bijvoorbeeld 1a, 1b enz.

	internist ouderengeneeskunde beschikbaar?
Antwoordopties	Ja/nee
Definitie	24/7 beschikbaarheid betekent dat een klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde zelf de patiënt kan beoordelen indien door de dienstdoende arts op de spoedeisende hulp wordt vast gesteld bij een oudere patiënt dat sprake is van specialistische geriatrische problematiek. Conform het kwaliteitskader is de klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde is 24/7 <i>bereikbaar</i> voor telefonische consultatie en 24/7 <i>beschikbaar</i> om de patiënt te zien voor het nemen van belangrijke beslissingen in de diagnostiek of behandeling. De beschikbaarheid kan regionaal zijn georganiseerd.
Aggregatieniveau	locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	n.v.t.
Rekenregels en casemixcorrecties	n.v.t.
Databron (registratie)	Het resultaat is gebaseerd op (regionale) werkafspraken tussen de spoedeisende hulp en de (regionale) vakgroep klinische geriatrie/ interne ouderengeneeskunde.
Norm	Kwaliteitskader: Als bij beoordeling op de SEH blijkt dat er sprake is van specialistische geriatrische problematiek, kan de dienstdoende arts of bovengenoemde VS of PA indien nodig een beroep doen op een klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde. Deze klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde is 24/7 bereikbaar voor telefonische consultatie en 24/7 beschikbaar om de patiënt te zien voor het nemen van belangrijke beslissingen in de diagnostiek of behandeling. De beschikbaarheid kan ook regionaal worden georganiseerd
Meetperiode	Peildatum 31-12-2022
Aanleverfrequentie	eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	01-05-2025

Indicatornaam	<i>Beschikbaarheid laboratorium- en röntgenfaciliteiten</i>
Indicatornummer	10
Operationalisatie	Bij iedere geopende SEH zijn laboratorium- en röntgenfaciliteiten direct toegankelijk.
Informatie voor cliënten	Deze indicator levert geen keuze informatie, omdat het om spoedzorg gaat. Deze indicator levert wel informatie over de kwaliteit van de zorg conform het kwaliteitskader.
Relevantie en toepasbaarheid	Deze indicator komt uit het Kwaliteitskader Spoedzorgketen Landelijke afspraken over de organisatie van en eisen aan de Spoedzorgketen. Er is afgesproken dat aan deze norm voldaan moet worden.
Type indicator	structuur
Achtergrond van de indicator	Kwaliteitskader: Kwaliteitskader Spoedzorgketen Landelijke afspraken over de organisatie van en eisen aan de Spoedzorgketen, 17 januari 2020 Initiator: [ZN]
Doel van het meten en publiceren	Deze indicator brengt in zicht in welke mate er aan de reeds afgesproken norm wordt voldaan.
Transparantie	verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	ja/nee
Teller(s)¹⁴	n.v.t.
Noemer	n.v.t.
Vraag	Voldoet u aan de norm: Bij iedere geopende SEH zijn laboratorium- en röntgenfaciliteiten direct toegankelijk.
Antwoordopties	één antwoord mogelijk <ul style="list-style-type: none"> •Ja •Nee <p>Toelichting: de instelling heeft de mogelijkheid om een toelichting te geven op het antwoord.</p>
Definitie	n.v.t.
Aggregatieniveau	locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	n.v.t.
Rekenregels en casemixcorrecties	n.v.t.
Databron (registratie)	n.v.t.
Norm	Ja
Meetperiode	31-12-2024
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	01-05-2025

¹⁴ Wanneer er meerdere tellers zijn, dan is dit duidelijk in de nummering aangegeven. Bijvoorbeeld 1a, 1b enz.

5 Wijzigingstabel

Indicator	Wijziging
Aantal multitrauma patiënten	De norm is ongewijzigd gebleven
Percentage van alle multitraumapatiënten direct opgenomen in het regionaal traumacentrum	De norm is ongewijzigd gebleven
Beschikbaarheid 24/7 van IC-bed en per direct een intensivist	Deze indicator is geschrapt
Mogelijkheid RAAA behandeling	De norm is ongewijzigd gebleven
Poortvraag SEH	De poortvraag is toegevoegd
Aanwezigheid ervaren arts SEH (1)	De norm is toegevoegd
Aanwezigheid ervaren arts SEH (2)	De norm is toegevoegd
Aanwezigheid poortspecialist	De norm is toegevoegd
Aanwezigheid gediplomeerde SEH-verpleegkundige	De norm is toegevoegd
Aanwezigheid expertise geriatrie	De norm is toegevoegd
Beschikbaarheid faciliteiten	De norm is toegevoegd
Pag. 3	Clausule toegevoegd

Bijlage: toelichting op informatie per indicator

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

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