Indicatorset Oncologie - SONCOS

Uitvraag Medisch specialistische Oncologie over verslagjaar 2026

Versie 5, augustus 2026

Meer informatie op:
- OmniQ (portaal van DHD) voor aanlevering kwaliteitsgegevens: https://extranet.dhd.nl/producten/OmniQ
- Www.demedischspecialist.nl/soncos
- Zorginzicht.nl

Samengesteld door:
Platform Oncologie – SONCOS van de Federatie Medisch Specialisten

Aanspreekpunt:
Platform Oncologie – SONCOS van de Federatie Medisch Specialisten

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
Alle indicatoren 3
Toelichting kolomkoppen 3
2 Algemene informatie 4
2.1 Uitgangspunten 4
2.2 Populatiebepaling 4
2.3 Aanlevering van de gegevens 4
2.4 Indicatorenwerkgroep 4
2.5 IZA-volumenormen 'concentratie en spreiding van zorg' 4
3 Indicatoren 5
Indicator 1 indicatorvelden, rekenregels en definities 5
Indicator 2 indicatorvelden, rekenregels en definities 7
Indicator 3 indicatorvelden, rekenregels en definities 8
Indicator 4 indicatorvelden, rekenregels en definities 9
Indicator 5 indicatorvelden, rekenregels en definities 10
Indicator 6 indicatorvelden, rekenregels en definities 11
Indicator 7 indicatorvelden, rekenregels en definities 12
Indicator 8 indicatorvelden, rekenregels en definities 14
Indicator 9 indicatorvelden, rekenregels en definities 15
Indicator 10 indicatorvelden, rekenregels en definities 16
Indicator 11 indicatorvelden, rekenregels en definities 19
Indicator 12 indicatorvelden, rekenregels en definities 20
Indicator 13 indicatorvelden, rekenregels en definities 21
Indicator 14 indicatorvelden, rekenregels en definities **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
Indicator 15 indicatorvelden, rekenregels en definities 22
Indicator 16 indicatorvelden, rekenregels en definities 29
Indicator 17 indicatorvelden, rekenregels en definities 30
Indicator 18 indicatorvelden, rekenregels en definities 31
Indicator 19 indicatorvelden, rekenregels en definities 34
4 Wijzigingstabel 37
Nieuw of gewijzigd in indicatorenset 37
Verwijderd uit indicatorenset 45
Bijlage: toelichting op informatie per indicator 46
Toelichting indicatorvelden, rekenregels en definities 46

1 Overzicht indicatoren

Alle indicatoren

Indicator-nummer	Indicatornaam	Bron	Transparantie?
1	Algemene Oncologie	EPD	Verplicht
2	Oogtumoren	EPD	Verplicht
3	Colorectale resecties	EPD	Verplicht
4	Lever- en proximale galwegtumoren	EPD	Verplicht
5	Peritoneaal metastasen	EPD	Verplicht
6	Neuro- endocriene tumoren	EPD	Verplicht
7	Schildkliercarcinoom	EPD	Verplicht
8	Melanoom	EPD	Verplicht
9	Weke delen tumoren	EPD	Verplicht
10	Niercelcarinoom	EPD	Verplicht
11	Peniscarcinoom	EPD	Verplicht
12	Testiscarcinoom	EPD	Verplicht
13	Gynaecologische oncologie	EPD	Verplicht
14	Longcarcinoom	EPD	Verplicht
15	Hoofd-hals oncologie	EPD	Verplicht
16	Neuro-oncologie: gliomen	EPD	Verplicht
17	Bijnier chirurgie	EPD	Verplicht
18	Pancreascarcinoom	EPD	Verplicht
19	Oesophagus- en maagcarcinoom	EPD	Verplicht

Toelichting kolomkoppen

- **Bron**: Vul hier de bron van de indicator in (bijvoorbeeld kwaliteitsregistratie X, EPD, ZIS, etc).
- **Transparantie**: Vrijwillige indicatoren worden niet opgenomen op de Transparantiekalender en dus niet aangeleverd aan en gepubliceerd door Zorginstituut Nederland. Vrijwillige indicatoren worden gedeeld met de Zorgverzekeraars, Patiëntenorganisaties en Zorgaanbieders.

2 Algemene informatie

2.1 Uitgangspunten

Het doel van deze indicatorset is het monitoren van de oncologische beroepsnormen voor interne sturing (waaronder leren & verbeteren) en het verkrijgen van transparantie over verleende zorg (waaronder samen beslissen). De resultaten worden ook gebruikt als inkoopinformatie voor de zorgverzekeraars.

De gepubliceerde gegevens zijn bedoeld voor cliënten, zorgaanbieders, zorgverleners en zorgverzekeraars.

De indicatoren in deze set zijn gebaseerd op het SONCOS-normeringsrapport, waarin de oncologische normen vanuit de normendocumenten van de verschillende wetenschappelijke verenigingen in zijn opgenomen.

Als u niet aan de gecontroleerde normen voldoet dient u in het toelichtingenveld antwoord te geven op onderstaande vragen.

a) geef een toelichting waarom dit zo is
b) geef aan of u wel of niet doorgaat moet de betreffende behandeling, en als u wel doorgaat
c) geef aan welke acties u onderneemt om in de toekomst wel aan de gecontroleerde normen te voldoen.

2.2 Populatiebepaling

Voor alle indicatoren in deze indicatorset bestaat de populatie uit:
Patiënten met (verdenking op) een maligniteit.
Omdat de specifieke populatie per indicator/tumorsoort verschilt wordt bij elke indicator de specifieke in- en exclusiecriteria beschreven.

2.3 Aanlevering van de gegevens

De procesbeschrijving voor de aanlevering van de gegevens is te raadplegen www.zorginzicht.nl.

2.4 Indicatorenwerkgroep

De indicatorenset wordt onderhouden door het platform Oncologie – SONCOS.

2.5 IZA-volumenormen ‘concentratie en spreiding van zorg’

Om de beweging naar concentratie van zorg te versnellen en netwerkzorg te versterken, hebben partijen in het Integraal Zorgakkoord (IZA) afgesproken om volumenormen vast te stellen voor specifieke kanker behandelingen. De vastgestelde volumenormen gelden voor de behandeling van hoofd-halskanker, alvleesklierkanker, longkanker, maag- en slokdarmkanker en nierkanker. Dit proces is doorlopen waarbij er een Ronde Tafel is ingericht waaraan alle betrokken partijen deelnamen. Meer informatie is te vinden in de documenten ‘naar passende oncologische- en vaatchirurgische zorg’ en ‘shared care in de oncologie: met uitwerking voor systeemtherapie’. In het laatstgenoemde document wordt ingegaan op de prevalentie- en incidentienormen voor systeemtherapie en de daarbij behorende echelons.

De IZA-normen vindt u terug bij de desbetreffende indicatoren (nummer 10, 14, 15, 18 en 19) en deze zijn in **groen** weergegeven. Tevens vindt u de norm m.b.t. anatomische longparenchymresecties terug in de DLCA-S en de norm m.b.t. oncologische maag/slokdarmresecties terug in de DUCA.

3 Indicatoren

In de bijlage staan alle velden in onderstaande indicatortabel toegelicht.

Indicator 1 indicatorvelden, rekenregels en definities

Veldnaam	**Inhoud**
Indicatornaam	*Algemene Oncologie*
Indicatornummer	1
Operationalisatie	Algemene organisatie van de oncologische zorg
Informatie voor cliënten	Geeft patiënten inzicht in de oncologische zorg
Relevantie en toepasbaarheid	Inzicht in de organisatie van zorg
Type indicator	Structuur en proces
Achtergrond van de indicator	Document: SONCOS-normeringsrapport 13 (2025) Initiator: Platform Oncologie – SONCOS
Transparantie	verplicht
Datatype	invul
Vraag A	Is er in uw ziekenhuis voor iedere patiënt tenminste een vast aanspreekpunt c.q. casemanager* in de keten?
Antwoord A	(één antwoord mogelijk) Ja/Nee
Definitie A	** Definitie 'casemanager'* *Naast de hoofdbehandelaar heeft de patiënt toegang tot tenminste één vast aanspreekpunt c.q. casemanager in de keten, zoals een verpleegkundig specialist, een oncologieverpleegkundige of een andere zorgverlener die de hierna te noemen rol kan vervullen:* • *Deze zorgverlener maakt onderdeel uit van een team waarin men elkaar onderling kan vervangen en dat onderdeel uitmaakt van het multidisciplinaire team voor diagnostiek en behandeling.* • *Deze zorgverlener overziet het hele multidisciplinaire en transmurale traject van diagnostiek, behandeling en nazorg.* • *Deze zorgverlener is inhoudelijk gespecialiseerd (middels officiële specialisatie of als aandachtsgebied) op de betreffende aandoening.* • *Deze zorgverlener kent de patiënt in zijn hele context.* • *Deze zorgverlener functioneert als vast aanspreekpunt voor de patiënt. Dit betekent dat:* ○ *deze zorgverlener een vast anker is voor de patiënt gedurende het hele traject van diagnostiek en behandeling; deze zorgverlener toegang heeft tot het dossier van de patiënt en telefonisch of per email laagdrempelig en snel bereikbaar is voor vragen en begeleiding van de patiënt en/of naasten.* • Deze zorgverlener functioneert als vast aanspreekpunt voor andere zorgverleners werkzaam op niet oncologie gespecialiseerde verpleegafdelingen of poliklinieken zonder oncologieverpleegkundige waar de patiënt behandelt wordt.
Norm A	Ja
Vraag B	Welk percentage van de verpleegkundigen op de *dagbehandeling** waar oncologische systeemtherapie worden toegediend, heeft de aantekening oncologie of volgt hiervoor de

Veldnaam	Inhoud
	opleiding?
Antwoord B	Percentage
Definitie B	* Indien er sprake is van een dagbehandeling waar ook niet-oncologische behandelingen plaatsvinden, graag het percentage invullen voor de verpleegkundigen die zorg verlenen aan de oncologie-patiënten. De afdeling neuro-oncologie kunt u hier buiten beschouwing laten.
Norm B	100%
Vraag C	Welk percentage van de verpleegkundigen op de *klinische afdeling** interne geneeskunde waar oncologiepatiënten worden verpleegd, heeft de aantekening oncologie of volgt hiervoor de opleiding?
Antwoord C	Percentage
Definitie C	* Indien er sprake is van een dagbehandeling waar ook niet-oncologische behandelingen plaatsvinden, graag het percentage invullen voor de verpleegkundigen die zorg verlenen aan de oncologie-patiënten. De afdeling neuro-oncologie kunt u hier buiten beschouwing laten.
Norm C	50%
Vraag D	Heeft uw ziekenhuis een multidisciplinair team palliatieve zorg (conform SONCOS normen) en hoe vaak komt het multidisciplinaire palliatieve team bijeen?
Antwoord D	(één antwoord mogelijk) Ja, op indicatie/Ja, 1 keer per week/Ja, minder dan 1 keer per week/Nee
Norm D	Ja, 1 keer per week
Vraag E	Krijgen alle patiënten met een oncologische aandoening in uw ziekenhuis standaard psychosociale zorg aangeboden?
Antwoord E	(één antwoord mogelijk) Ja/Nee
Norm E	Ja
Vraag F	Hoeveel patiënten* heeft uw instelling met immunotherapie met immuun-checkpoint inhibitors behandeld in het verslagjaar ?
Antwoord F	Aantal
Definitie F	* Dit kunnen patiënten zijn met verschillende soorten kanker (bijvoorbeeld melanoom, longkanker, nierkanker, oesophaguskanker, colonkanker, mammacarcinoom of blaaskanker). Daarnaast moet voldaan worden aan de minimale normen voor systemische behandeling van het specifieke tumortype.
Norm F	20 of meer
Vraag G	Heeft uw ziekenhuis met de behandeling van patiënten met kanker toegang tot een rookstoppoli?
Antwoord G	(één antwoord mogelijk) Ja/Nee
Norm G	Ja
Aggregatieniveau	locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	Zie algemene populatiebepaling
Databron (registratie)	EPD
Meetperiode	Jaarlijks van 01-01 t/m 31-12
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2021

Indicator 2 indicatorvelden, rekenregels en definities

Veldnaam	Inhoud
Indicatornaam	*Oogtumoren*
Indicatornummer	2
Operationalisatie	Organisatie van de oncologische zorg bij oogtumoren
Informatie voor cliënten	Geeft patiënten inzicht in de oncologische zorg
Relevantie en toepasbaarheid	Inzicht in de organisatie van zorg
Type indicator	Structuur
Achtergrond van de indicator	Document: SONCOS-normeringsrapport 13 (2025) Initiator: Platform Oncologie - SONCOS
Transparantie	verplicht
Datatype	invul
Vraag A	Is er in uw ziekenhuis een multidisciplinair overleg voor het bespreken van het diagnostisch en behandelbeleid bij patiënten met een uveamelanoom en hoe vaak vindt dit multidisciplinaire overleg plaats?
Antwoord A	(één antwoord mogelijk) Ja, minder dan 1x per 2 weken/Ja, 1x per 2 weken/Ja, 1x per week/Nee
Norm A	Ja, 1x per 2 weken
Vraag B	Zijn er tenminste 2 oogartsen en een radiotherapeut oncoloog met aantoonbare ervaring in oogoncologie aanwezig bij het MDO?
Antwoord B	(één antwoord mogelijk) Ja/Nee
Norm B	Ja
Aggregatieniveau	locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	Patiënten met uveamelanoom
Databron (registratie)	EPD
Meetperiode	Jaarlijks van 01-01 t/m 31-12
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2021

Indicator 3 indicatorvelden, rekenregels en definities

Indicatornaam	*Colorectale resecties*
Indicatornummer	3
Operationalisatie	Aantallen colorectale resecties
Informatie voor cliënten	Geeft patiënten inzicht in de oncologische zorg
Relevantie en toepasbaarheid	Inzicht in volumes van colorectale resecties
Type indicator	Structuur
Achtergrond van de indicator	Document: SONCOS-normeringsrapport 13 (2025) Initiator: Platform Oncologie - SONCOS
Transparantie	verplicht
Datatype	invul
Vraag A	Hoeveel colonresecties werden op uw ziekenhuislocatie verricht in het verslagjaar?
Antwoord A	Aantal
Vraag B	Vul vraag B in indien uw zorginstelling rectumresecties uitvoert. Hoeveel rectumresecties werden op uw ziekenhuislocatie verricht in het verslagjaar?
Antwoord B	Aantal
Norm B	20 of meer
Definitie A en B	Het gaat hier niet alleen om de colon en rectumresecties voor primair colorectaal carcinoom die in de DCRA worden geregistreerd, maar om alle colon en rectum resecties, voor maligne of benigne pathologie, uitgevoerd in uw ziekenhuis (conform de normen van de NVvH). Onder rectumresecties verstaan wij de volgende ingrepen: TME, PME, APR en Proctocolectomie.
Norm A en B	Totaal aantal colorectale resecties is 50 of meer
Aggregatieniveau	locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	Patiënten met colorectaal carcinoom
Databron (registratie)	DICA en EPD
Meetperiode	Jaarlijks van 01-01 t/m 31-12
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2021

Indicator 4 indicatorvelden, rekenregels en definities

Veldnaam	Inhoud
Indicatornaam	*Lever- en proximale galwegtumoren*
Indicatornummer	4
Operationalisatie	Aantallen en organisatie van zorg bij lever- en proximale galwegtumoren
Informatie voor cliënten	Geeft patiënten inzicht in de oncologische zorg
Relevantie en toepasbaarheid	Inzicht in de zorg bij lever- en proximale galwegtumoren
Type indicator	Structuur
Achtergrond van de indicator	Document: SONCOS-normeringsrapport 13 (2025) Initiator: Platform Oncologie - SONCOS
Transparantie	Verplicht
Datatype	Invul
Vraag A	Hoeveel resecties van secundaire levertumoren werden er op uw ziekenhuislocatie verricht in het verslagjaar?
Antwoord A	Aantal
Definitie A	Secundaire levertumoren zijn levertumoren die niet primair in de lever zijn ontstaan maar vanuit elders in het lichaam naar de lever uitzaaien.
Norm A	20 of meer
Vraag B	Is er 24 uur per etmaal, 7 dagen per week beschikking over interventieradiologie, bekwaam in het uitvoeren van interventies bij patiënten met complicaties van grote gastro-intestinale en oncologische ingrepen?
Antwoord B	(één antwoord mogelijk) Ja/Nee
Norm B	Ja
Vraag C	Hoeveel percutane ablaties bij patiënten met gevorderde leverfibrose/levercirrose werden er op uw ziekenhuislocatie verricht in het verslagjaar?
Antwoord C	Aantal
Norm C	10 of meer
Vraag D	Hoeveel percutane transarteriële therapieën bij patiënten met gevorderde leverfibrose/levercirrose werden er op uw ziekenhuislocatie verricht in het verslagjaar?
Antwoord D	Aantal
Norm D	10 of meer
Aggregatieniveau	locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	Vraag A: patiënten met secundaire levertumoren Vraag C en D: patiënten met primaire levertumoren
Databron (registratie)	EPD
Meetperiode	Jaarlijks van 01-01 t/m 31-12
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2021

Indicator 5 indicatorvelden, rekenregels en definities

Veldnaam	Inhoud
Indicatornaam	*Peritoneaal metastasen*
Indicatornummer	5
Operationalisatie	Aantal Hypertherme Intraperitoneale Chemotherapie (HIPEC) behandelingen voor colorectale tumoren
Informatie voor cliënten	Geeft patiënten inzicht in de oncologische zorg
Relevantie en toepasbaarheid	Inzicht in de zorg
Type indicator	Structuur
Achtergrond van de indicator	Document: SONCOS-normeringsrapport 13 (2025) Initiator: Platform Oncologie - SONCOS
Transparantie	verplicht
Datatype	invul
Vraag A	Hoeveel HIPEC behandelingen werden er voor colorectale tumoren in het verslagjaar verricht op uw ziekenhuislocatie?
Antwoord A	Aantal
Norm A	20 of meer
Aggregatieniveau	locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	Patiënten met peritoneel metastasen voor colorectale tumoren
Databron (registratie)	EPD
Meetperiode	Jaarlijks van 01-01 t/m 31-12
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2021

Indicator 6 indicatorvelden, rekenregels en definities

Veldnaam	Inhoud
Indicatornaam	*Neuro-endocriene tumoren*
Indicatornummer	6
Operationalisatie	Aantal nieuwe patiënten met een neuro-endocriene tumor
Informatie voor cliënten	Geeft patiënten inzicht in de oncologische zorg
Relevantie en toepasbaarheid	Inzicht in de zorg bij neuro-endocriene tumoren
Type indicator	Structuur
Achtergrond van de indicator	Document: SONCOS-normeringsrapport 13 (2025) Initiator: Platform Oncologie – SONCOS
Transparantie	verplicht
Datatype	invul
Vraag A	Is uw instelling een referentiecentrum voor neuro- endocriene tumoren? Zo ja, vul vraag B ook in, zo nee, dan is vraag B niet van toepassing.
Antwoord A	(één antwoord mogelijk) Ja/Nee
Vraag B	Indien ja, hoeveel *nieuwe* patiënten met een neuro-endocriene tumor* werden er in het verslagjaar in uw referentiecentrum gezien?
Antwoord B	Aantal
Definitie B	**Neuro-endocriene tumoren van de long vallen hier volgens de SONCOS normering NIET onder.*
Norm B	50 of meer, deze norm geldt alleen voor referentiecentra
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	Patiënten met neuro-endocriene tumoren, uitgezonderd de neuro-endocriene tumoren van de long en kleincellige longcarcinoom.
Databron (registratie)	EPD
Meetperiode	Jaarlijks van 01-01 t/m 31-12
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2021

Indicator 7 indicatorvelden, rekenregels en definities

Veldnaam	Inhoud
Indicatornaam	*Schildkliercarcinoom*
Indicatornummer	7
Operationalisatie	Aantallen en organisatie van zorg bij schildkliercarcinoom
Informatie voor cliënten	Geeft patiënten inzicht in de oncologische zorg
Relevantie en toepasbaarheid	Inzicht in de zorg bij schildkliercarcinoom
Type indicator	Structuur
Achtergrond van de indicator	Document: SONCOS-normeringsrapport 13 (2025) Initiator: Platform Oncologie - SONCOS
Transparantie	verplicht
Datatype	invul
Vraag A	Vinden er in uw ziekenhuis behandelingen plaats vanwege schildkliercarcinoom?
Antwoord A	(één antwoord mogelijk) Ja, als level 1 zorginstelling* / Ja, als level 2 zorginstelling** /Nee
Definitie A	** In een level 1 zorginstelling bestaat het schildkliercarcinoomteam uit tenminste twee chirurgen met aantoonbare expertise op het gebied van schildklierchirurgie, twee internist-endocrinologen met aantoonbaar specifieke expertise op het gebied van de behandeling van schildkliercarcinoom, twee nucleair geneeskundigen, een patholoog met aantoonbaar specifieke expertise in schildkliercarcinoom, een radioloog, een radiotherapeut oncoloog, een internist-oncoloog. Een level 1 zorginstelling verricht per locatie tenminste 20 operaties voor (bij)schildklierafwijkingen per jaar en "state-of-the-art" halsklierdissecties of operaties wegens een locoregionaal recidief.* *** Een level 2 zorginstelling voldoet aan bijna alle voorwaarden van een level 1 zorginstelling. Het behandelteam hoeft echter maar over 1 chirurg met aantoonbare expertise op het gebied van schildklierchirurgie te beschikken. Een level 2 zorginstelling verricht per locatie tenminste 20 operaties voor (bij)schildklierafwijkingen per jaar.*
Vraag B	Vul vraag B in indien u level 1 of level 2 zorginstelling betreft. Hoeveel operaties voor (bij)schildklierafwijkingen vonden er op uw ziekenhuislocatie plaats in het verslagjaar?
Antwoord B	Aantal
Norm B	20 of meer
Vraag C	Bij hoeveel patiënten vond er een schildklieroperatie plaats voor primair schildkliercarcinoom in het verslagjaar?
Antwoord C	Aantal
Vraag D	Hoeveel I-131 behandelingen werden er gegeven in het verslagjaar?
Antwoord D	Aantal
Definitie D	Ablatie en therapie bij schildkliercarcinoom en therapie bij benigne aandoeningen.
Norm D	10 of meer
Aggregatieniveau	locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	Patiënten met (bij)schildklierafwijkingen

Veldnaam	Inhoud
Databron (registratie)	EPD
Meetperiode	Jaarlijks van 01-01 t/m 31-12
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2021

Indicator 8 indicatorvelden, rekenregels en definities

Veldnaam	Inhoud
Indicatornaam	*Melanoom*
Indicatornummer	8
Operationalisatie	Volume van behandeling van maligne melanoom
Informatie voor cliënten	Geeft patiënten inzicht in de oncologische zorg
Relevantie en toepasbaarheid	Inzicht in de zorg bij maligne melanoom
Type indicator	Structuur
Achtergrond van de indicator	Document: SONCOS-normeringsrapport 13 (2025) Initiator: Platform Oncologie - SONCOS
Transparantie	verplicht
Datatype	Invul
Vraag A	Hoeveel unieke patiënten met een melanoom worden systemisch behandeld, zowel palliatief als adjuvant?
Antwoord A	Aantal
Norm A	20 of meer
Vraag B	Worden alle patiënten met melanomen met een gynaecologische origine besproken in het gynaecologisch oncologisch MDO en het melanoom MDO?
Antwoord B	(één antwoord mogelijk) Ja/Nee
Norm B	Ja
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	patiënten met een maligne melanoom
Databron (registratie)	EPD
Meetperiode	Jaarlijks van 01-01 t/m 31-12
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2021

Indicator 9 indicatorvelden, rekenregels en definities

Veldnaam	Inhoud
Indicatornaam	*Weke delen tumoren*
Indicatornummer	9
Operationalisatie	Volumes bij weke delen tumoren
Informatie voor cliënten	Geeft patiënten inzicht in de oncologische zorg
Relevantie en toepasbaarheid	Inzicht in de zorg bij weke delen tumoren
Type indicator	Structuur
Achtergrond van de indicator	Document: SONCOS-normeringsrapport 13 (2025) Initiator: Platform Oncologie - SONCOS
Transparantie	verplicht
Datatype	invul
Vraag A	Hoeveel nieuwe patiënten werden primair chirurgisch behandeld voor weke delen tumoren op uw ziekenhuislocatie in het verslagjaar?
Antwoord A	Aantal
Norm A	20 of meer
Vraag B	Worden alle patiënten met sarcomen met een gynaecologische origine vanuit uw ziekenhuislocatie verwezen naar het gynaecologisch oncologisch centrum?
Antwoord B	(één antwoord mogelijk) Ja/Nee
Norm B	Ja
Vraag C	Worden alle patiënten met sarcomen met een gynaecologische origine besproken in het gynaecologisch oncologisch MDO en het sarcomen MDO?
Antwoord C	(één antwoord mogelijk) Ja/Nee
Norm C	Ja
Vraag D	Is uw instelling een referentiecentrum voor weke delen tumoren (=intermediaire tumoren en sarcomen)? Zo ja, vul vraag E ook in, zo nee, dan is vraag E niet van toepassing.
Antwoord D	(één antwoord mogelijk) Ja/Nee
Vraag E	Indien ja, hoeveel patiënten met PA bewezen GIST en/of weke delen tumoren (= intermediaire tumoren en sarcomen) werden besproken in het sarcomen MDO van uw sarcomenreferentiecentrum in het verslagjaar?
Antwoord E	Aantal
Norm E	Norm van 100 of meer voor sarcomenreferentiecentra
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	Patiënten met intermediaire en maligne weke delen tumoren
Databron (registratie)	EPD
Meetperiode	Jaarlijks van 01-01 t/m 31-12
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2021

Indicator 10 indicatorvelden, rekenregels en definities

Veldnaam	Inhoud
Indicatornaam	*Niercelcarcinoom*
Indicatornummer	10
Operationalisatie	Volumes bij niercelcarcinoom
Informatie voor cliënten	Geeft patiënten inzicht in de oncologische zorg
Relevantie en toepasbaarheid	Inzicht in de zorg bij niercelcarcinoom
Type indicator	Structuur
Achtergrond van de indicator	Document: SONCOS-normeringsrapport 13 (2025) Naar passende oncologische- en vaatchirurgische zorg Shared care in de oncologie: met uitwerking voor systeemtherapie Initiator: Platform Oncologie – SONCOS
Transparantie	Verplicht
Datatype	Invul
Vraag A	Hoeveel nieuwe patiënten met niercelcarcinoom werden er in totaal op uw ziekenhuislocatie gediagnosticeerd of behandeld in het verslagjaar?
Antwoord A	Aantal
Norm A	20 of meer
Vraag B	Vul vraag B in indien uw zorginstelling partiële nefrectomieen uitvoert. Hoeveel partiële nefrectomieen werden er op uw ziekenhuislocatie verricht in het verslagjaar (Teller B)?
Antwoord B	Aantal
Norm B	20 per locatie per jaar
Teller B	Aantal partiële nefrectomieen bij verdenking op niercelcarcinoom
Definitie B	Partiële nefrectomie = diagnosetypering (zie inclusie) in combinatie met zorgactiviteiten partiële nefrectomieen (lap, robot of open): 36032, 36033, 36034, 36044, 36049
Vraag C	Vul vraag C in indien uw zorginstelling operatieve behandelingen van niercelcarcinoom uitvoert. Hoeveel operatieve oncologische ingrepen aan de nier werden er op uw ziekenhuislocatie verricht in het verslagjaar?
Antwoord C	Aantal
Norm C	20 per locatie per jaar
Teller C	Teller B + Aantal radicale nefrectomieen en radicale nefro-ureterectomieen bij verdenking op niercelcarcinoom
Definitie C	Radicale nefrectomie = diagnosetypering (zie inclusie) in combinatie met zorgactiviteiten radicale nefrectomieen (lap, robot of open): 36036, 36037, 36038, 36039, 36040, 36046 Radicale nefro-ureterectomieen = diagnosetypering (zie inclusie) in combinatie met zorgactiviteiten nefro-ureterectomieen (lap, robot of open): 36050, 36051
In-/exclusiecriteria C	Inclusie C: - 0306_010 (bij)Niertumor - 0306_020 Uretertumor - 0306_016 Lymfnodi niertumor - 0306_025 Lymfnodi uretertumor
Vraag D	Hoeveel lokale behandelingen bij verdenking op nierkanker werden er op uw ziekenhuislocatie uitgevoerd in het verslagjaar (som van teller D1+D2)?

Veldnaam	Inhoud
Antwoord D	Aantal
Norm D	50 per locatie per jaar
Teller D1	Teller C + Aantal focale therapieën bij verdenking op niercelcarcinoom
Definitie D1	Focale therapie = diagnosetypering (zie inclusie) in combinatie met zorgactiviteiten: 36009, 36089, 39690, 80058, 80059, 80060, 80061, 80062
In-/exclusiecriteria D1	Inclusie: - 0306_010 (bij)Niertumor - 0306_020 Uretertumor - 0306_016 Lymfnodi niertumor - 0306_025 Lymfnodi uretertumor Indien interventieradiologen de patiënt zelf behandelen, geldt de volgende diagnosetypering: - 0362_341 Nier
Teller D2	Aantal radiotherapeutische interventies bij verdenking op niercelcarcinoom
Definitie D2	Ablatieve radiotherapie = een radiotherapeutische behandeling waarbij een hoge dosis per fractie wordt toegediend, doorgaans ≥6–8 Gy per fractie, in een beperkt aantal fracties (1–8), met als doel volledige vernietiging van de tumor, ook wel SABR genoemd. Deze behandeling wordt gegeven als primaire behandeling, al of niet in combinatie met systeemtherapie, bij patiënten met een primaire tumor, tweede primaire tumor, metastase in de nier of recidief.
In-/exclusiecriteria D2	Inclusie: - 0306_010 (bij)Niertumor - 0313_834 Maligniteit nier/Grawitz - 0361 _107 Urologische tumoren, maar uitsluitend als het niercelcarcinoom betreft
Vraag E	Hoeveel unieke patiënt met een lopend (sub)traject maligniteit nier/grawitz waren er op uw ziekenhuislocatie in het verslagjaar?
Antwoord E	Aantal
Norm E	Prevalentienorm: 50 per locatie per jaar voor echelon 1. Alle instellingen dienen de indicator in te vullen.
Teller E	Aantal patiënten beoordeeld door internist en/of gestart met systemische therapie (prevalentie) bij nierkanker.
Definitie E	Systeemtherapie prevalentie = aantal unieke patiënten met lopend subtraject maligniteit nier/grawitz in een kalenderjaar. Dit houdt in dat alle patiënten die in het kader van deze tumoren beoordeeld of begeleid worden door een internist meetellen.
In-/exclusiecriteria E	Inclusie: - 0313_834 Maligniteit nier/Grawitz.
Vraag F	Hoeveel patiënten met nierkanker, die in de voorgaande kalenderjaren geen systeemtherapie voor nierkanker kregen, zijn gestart met systeemtherapie op uw ziekenhuislocatie in het verslagjaar?
Antwoord F	Aantal
Norm F	Incidentienorm – minimumvolume: 10 nieuwe met systeemtherapie behandelde patiënten per locatie per jaar voor echelon 1 en 2. Alle instellingen dienen de indicator in te vullen.
Teller F	Aantal nieuwe patiënten systemisch behandeld bij nierkanker.

Veldnaam	Inhoud
Definitie F	Nieuwe patiënten = patiënt die in de voorgaande jaren (n = -3, gedefinieerd als een periode van 36 maanden) geen overeenkomstige zorgactiviteit heeft gehad met desbetreffende diagnosetypering. Systemische behandeling = diagnosetypering (zie hieronder) i.c.m. zorgactiviteiten die een internist kan registreren aan de lopende DBC indien er systemische therapie gegeven wordt zoals 39141, 39142, 39145, 39146, 39147, 39148, 39891, 39892, 39895, 39896, 39922 en 39923.
In-/exclusiecriteria F	Inclusie: - 0313_834 Maligniteit nier/Grawitz.
Vraag G	Worden alle patiënten met een gemetastaseerd niercelcarcinoom van uw ziekenhuislocatie in het gestructureerd tumornetwerk MDO besproken*?
Antwoord G	(één antwoord mogelijk) Ja/Nee
Definitie G	*zowel voor een eerste lijn behandeling als ook bij een vervolgbehandeling na progressie en/of toxiciteit.
Norm G	Ja
Vraag H	Hoeveel patiënten met niertumoren werden er in een gestructureerd tumornetwerk MDO* besproken in het verslagjaar?
Antwoord H	Aantal
Definitie G en H	*gestructureerd tumornetwerk MDO van expertisecentrum of een regionaal MDO
Norm H	50 of meer
Vraag I	Maakt het ziekenhuis deel uit van een netwerktumorwerkgroep niercelcarcinoomen wat verbonden is met de landelijke tumorwerkgroep niercelcarcinoom?
Antwoord I	(één antwoord mogelijk) Ja/Nee
Norm I	Ja
Aggregatieniveau	locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	Patiënten met niercelcarcinoom
Databron (registratie)	EPD
Meetperiode	Jaarlijks van 01-01 t/m 31-12
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2021 B en I vanaf vj2023 D, F en G vanaf vj2026 (IZA-norm)

Indicator 11 indicatorvelden, rekenregels en definities

Veldnaam	Inhoud
Indicatornaam	*Peniscarcinoom*
Indicatornummer	11
Operationalisatie	Volume bij peniscarcinoom
Informatie voor cliënten	Geeft patiënten inzicht in de oncologische zorg
Relevantie en toepasbaarheid	Inzicht in de zorg bij peniscarcinoom
Type indicator	Structuur
Achtergrond van de indicator	Document: SONCOS-normeringsrapport 13 (2025) Initiator: Platform Oncologie - SONCOS
Transparantie	verplicht
Datatype	Invul
Vraag A	Hoeveel nieuwe patiënten met peniscarcinoom van een hoog-stadium tumor (T1aG1 of hoger) worden er in uw ziekenhuislocatie chirurgisch behandeld?
Antwoord A	Aantal
Norm A	15 of meer
Vraag B	Maakt uw zorginstelling deel uit van het Peniskankernetwerk Nederland?
Antwoord B	(één antwoord mogelijk) Ja/Nee
Norm B	Ja
Aggregatieniveau	locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	Patiënten met peniscarcinoom T1aG1 of hoger
Databron (registratie)	EPD
Meetperiode	Jaarlijks van 01-01 t/m 31-12
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2021

Indicator 12 indicatorvelden, rekenregels en definities

Veldnaam	Inhoud
Indicatornaam	*Testiscarcinoom*
Indicatornummer	12
Operationalisatie	Aantallen en organisatie van zorg bij testiscarcinoom
Informatie voor cliënten	Geeft patiënten inzicht in de oncologische zorg
Relevantie en toepasbaarheid	Inzicht in de zorg bij testiscarcinoom
Type indicator	Structuur
Achtergrond van de indicator	Document: SONCOS-normeringsrapport 13 (2025) Initiator: Platform Oncologie - SONCOS
Transparantie	verplicht
Datatype	invul
Vraag A	Vul vraag A in indien uw instelling patiënten met stadium I testiscarcinoom behandelt. Hoeveel nieuwe patiënten met stadium I testiscarcinoom werden er in totaal op uw ziekenhuislocatie behandeld in het verslagjaar?
Antwoord A	Aantal
Norm A	10 of meer
Vraag B	Vul vraag B in indien uw instelling patiënten met een stadium hoger dan stadium I (primair of recidief), maar wel "good risk" behandelt. Hoeveel nieuwe patiënten met testiscarcinoom hoger dan stadium I (primair of recidief) werden er op uw ziekenhuislocatie behandeld in het verslagjaar?
Antwoord B	Aantal
Norm B	10 of meer
Vraag C	Vul vraag C in indien uw instelling retroperitoneale restlaesies van kiemceltumoren behandelt. Hoeveel retroperitoneale restlaesies van kiemceltumoren werden er op uw ziekenhuislocatie verricht in het verslagjaar?
Antwoord C	Aantal
Norm C	10 of meer
Vraag D	Als een azoöspermie blijkt, wordt er dan aan de patiënt een radicale orchidectomie en simultane oncoTESE ter fertiliteitpreservatie aangeboden in een centrum dat TESE verzorgt?
Antwoord D	(één antwoord mogelijk) Ja/Nee
Norm D	Ja
Aggregatieniveau	locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	Patiënten met testiscarcinoom
Databron (registratie)	EPD
Meetperiode	Jaarlijks van 01-01 t/m 31-12
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2021

Indicator 13 indicatorvelden, rekenregels en definities

Veldnaam	Inhoud
Indicatornaam	*Gynaecologische oncologie*
Indicatornummer	13
Operationalisatie	Aantallen en organisatie van zorg bij gynaecologische oncologie
Informatie voor cliënten	Geeft patiënten inzicht in de oncologische zorg
Relevantie en toepasbaarheid	Inzicht in de zorg bij gynaecologische oncologie
Type indicator	Structuur
Achtergrond van de indicator	Document: SONCOS-normeringsrapport 13 (2025) Initiator: Platform Oncologie - SONCOS
Transparantie	verplicht
Datatype	invul
Vraag A	Hoeveel fte gynaecoloog-oncologen werken er in uw ziekenhuis?
Antwoord A	Aantal
Norm A	Totaal 2,4 fte of meer
Vraag B	Zijn alle patiënten met een gynaecologische maligniteit in uw ziekenhuis, die voldoen aan de inclusie criteria van de DGOA, ingevoerd?
Antwoord B	(één antwoord mogelijk) Ja/Nee
Norm B	Ja
Vraag C	Hoeveel HIPEC-behandelingen voor de indicatie ovariumcarcinoom werden er in het verslagjaar op uw ziekenhuislocatie verricht?
Antwoord C	Aantal
Norm C	10 of meer
Vraag D	Wordt iedere patiënt met een recidief ovariumcarcinoom besproken met een internist-oncoloog uit een in Nederland erkend gynaecologisch oncologisch centrum?
Antwoord D	(één antwoord mogelijk) Ja/Nee
Norm D	Ja
Aggregatieniveau	locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	Patiënten met gynaecologisch oncologische tumoren (cervixcarcinoom, endometriumcarcinoom, ovariumcarcinoom inclusief tuba- en peritoneaal carcinoom, en vulvacarcinoom)
Databron (registratie)	EPD
Meetperiode	Jaarlijks van 01-01 t/m 31-12
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2021

Indicator 14 indicatorvelden, rekenregels en definities

Veldnaam	Inhoud
Indicatornaam	*Longcarcinoom*
Indicatornummer	14
Operationalisatie	Aantallen en organisatie van zorg bij longcarcinoom
Informatie voor cliënten	Geeft patiënten inzicht in de oncologische zorg
Relevantie en toepasbaarheid	Inzicht in de zorg bij longcarcinoom
Type indicator	Structuur
Achtergrond van de indicator	Document: SONCOS-normeringsrapport 13 (2025) Naar passende oncologische- en vaatchirurgische zorg Shared care in de oncologie: met uitwerking voor systeemtherapie Initiator: Platform Oncologie - SONCOS
Transparantie	verplicht
Datatype	invul
Vraag A	Welke behandelingen voor longcarcinoom vinden er in uw ziekenhuis plaats?
Antwoord A	(meer antwoorden mogelijk) longresecties/radiotherapie/systemische therapie
Teller B	Aantal radiotherapeutische interventies voor longkanker.
Definitie B1	(Niet-)kleincellig longcarcinoom = klinisch en/of pathologisch bewezen. Radicale bestralingsbehandeling = cumulatieve dosis ≥40 Gy indien gefractioneerd of >=30 Gy bij eenmalige stereotactische radiotherapie
Definitie B2	Een planvergelijk fotonen-protonentherapie mag ook als een radiotherapeutische zorginterventie worden meegeteld in een verwijzende instelling, indien deze heeft geleid tot een behandeling met protonentherapie in een andere instelling dan de verwijzer.
In-/exclusiecriteria B	DLCA-R inclusie: - Niet-kleincellig longcarcinoom (NSCLC) - Kleincellige longcarcinomen (SCLC) - Stadium I-IIIc - Locoregionaal recidief (indien in opzet radicale bestraling) DLCA-R exclusie: - Palliatieve bestraling van stadium I-IIIc - Stadium IV longtumoren - Longmetastasen van een primaire tumor elders - Patiënten die adjuvante postoperatieve bestraling ondergaan (behalve patiënten die wel geopereerd werden maar waarbij geen resectie werd verricht)
Vraag B	Hoeveel radiotherapeutische interventies voor longkanker werden in uw radiotherapeutische afdeling/instelling uitgevoerd in het verslagjaar (som Definitie B1 + Definitie B2)?
Antwoord B	Aantal
Norm B	50 patiënten per radiotherapeutische afdeling/instelling per jaar.
Teller C	Aantal patiënten beoordeeld door longarts en/of gestart met systemische therapie (prevalentie) bij longkanker.
Definitie C	Systeemtherapie prevalentie = aantal unieke patiënten met lopend subtraject niet-kleincellig longcarcinoom, kleincellige

Veldnaam	Inhoud
	longcarcinomen of mesothelioom in een kalenderjaar. Dit houdt in dat alle patiënten die in het kader van deze tumoren beoordeeld of begeleid worden door een longarts meetellen.
In-/exclusiecriteria C	Inclusie: - 0322_1303 Tumoren NSCLC - 0322_1304 Tumoren SCLC - 0322_1305 Mesothelioom
Vraag C	Hoeveel unieke patiënten met een lopend (sub)traject niet-kleincellig longcarcinoom, kleincellige longcarcinomen of mesothelioom waren er op uw ziekenhuislocatie in het verslagjaar?
Antwoord C	Aantal
Norm C	Prevalentienorm: 300 per locatie per jaar voor echelon 1. Alle instellingen dienen de indicator in te vullen.
Teller D	Aantal nieuwe patiënten systemisch behandeld bij longkanker.
Definitie D	Nieuwe patiënten = patiënt die in de voorgaande jaren (n = -3, gedefinieerd als een periode van 36 maanden) geen overeenkomstige zorgactiviteit heeft gehad met desbetreffende diagnosetypering. Systemische behandeling = diagnosetypering (zie hieronder) i.c.m. zorgactiviteiten die een longarts kan registreren aan de lopende DBC indien er systemische therapie gegeven wordt zoals 39141, 39142, 39145, 39146, 39147, 39148, 39891, 39892, 39895, 39896, 39922 en 39923.
In-/exclusiecriteria D	Inclusie: - 0322_1303 Tumoren NSCLC - 0322_1304 Tumoren SCLC - 0322_1305 Mesothelioom
Vraag D	Hoeveel patiënten met longkanker, die in de voorgaande kalenderjaren geen systeemtherapie voor longkanker kregen, zijn gestart met systeemtherapie op uw ziekenhuislocatie in het verslagjaar?
Antwoord D	Aantal
Norm D	Incidentienorm – minimumvolume: 10 nieuwe met systeemtherapie behandelde patiënten per locatie per jaar voor echelon 1 en 2. Alle instellingen dienen de indicator in te vullen.
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	Patiënten met longcarcinoom
Databron (registratie)	EPD B2: DUPROTON
Meetperiode	Jaarlijks van 01-01 t/m 31-12
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2021 B,C,D vanaf vj 2026

Indicator 15 indicatorvelden, rekenregels en definities

Veldnaam	Inhoud
Indicatornaam	*Hoofd-hals oncologie*
Indicatornummer	15
Operationalisatie	Aantallen en organisatie van zorg bij hoofd-hals oncologie
Informatie voor cliënten	Geeft patiënten inzicht in de oncologische zorg
Relevantie en toepasbaarheid	Inzicht in de zorg bij hoofd-hals oncologie
Type indicator	Structuur
Achtergrond van de indicator	Document: SONCOS-normeringsrapport 13 (2025) Naar passende oncologische- en vaatchirurgische zorg Initiator: Platform Oncologie - SONCOS
Transparantie	verplicht
Datatype	invul
Vraag A	Is uw ziekenhuis een door de Nederlandse Werkgroep Hoofd Hals Tumoren (NWHHT) erkend hoofd-hals oncologisch centrum, of een 'preferred partner' van zo'n centrum of een 'preferred partner radiotherapie'? Bij nee hoeft u onderstaande vragen niet in te vullen.
Antwoord A	(één antwoord mogelijk) Ja, HHO centrum / Ja, preferred partner HHO centrum / Ja, preferred partner radiotherapie / Nee
Vraag B	Neemt u deel aan de landelijke kwaliteitsregistratie voor hoofd-hals tumoren (DHNA)?
Antwoord B	(één antwoord mogelijk) Ja/Nee
Norm B	Ja
Vraag C	Hoeveel nieuwe patiënten met diagnosen hoofd-hals oncologie werden op uw ziekenhuislocatie/instituut gezien in het verslagjaar?
Antwoord C	Aantal
Norm C	200 per jaar voor hoofd-hals oncologische centra, 80 voor preferred partners en 50 voor preferred partners radiotherapie.
Teller C	Aantal nieuwe patiënten dat per ziekenhuislocatie/instituut wordt gezien met diagnosen hoofd-hals oncologie.
Definitie C	Nieuwe patiënten = patiënten met primaire tumor, 2e primaire tumor of recidief.
In-/exclusiecriteria C	Inclusie: Maligne tumoren uitgaande van de volgende lokalisaties vallen onder de definitie 'hoofd-hals oncologie': - Lip en Mondholte (ICD-10 code: C00, C02-C06). - Orofarynx (ICD-10 code: C01, C05.1,2, C09, C10 en C14.2). - Nasofarynx (ICD-10 code: C11). - Hypofarynx (ICD-10 code: C12-C13). - Larynx (ICD-10 code: C10.1, C32). - Neusholte en neusbijholten (ICD-10 code: C30 en C31), inclusief olfactorius neuroblastoom. - Speekselklieren (ICD-10 code: C06.9, C07 en C08). - Lymfkliermetastasen plaveiselcelcarcinoom van onbekende origine (ICD-10 code: C80.9). - Gehoorgang/middenoor carcinomen (laterale schedelbasis) (ICD-10 code: C44.2). - Lymfekliermetastasen van stadium III en IV huid(adnex)carcinomen (ICD-10 code: C77.9, C79.2, C80.9). - Huid(adnex)carcinomen, melanomen en sarcomen waarvoor

Veldnaam	Inhoud
	(primaire of postoperatieve radiotherapie na) complexe chirurgie in het HH gebied geïndiceerd is, d.w.z. niet-orgaan sparende chirurgie (zoals een neusamputatie, exenteratio orbitae, totale oorschelp amputatie). Naast bovengenoemde tumoren kunnen ook de volgende tumoren als 'hoofd-hals oncologie' worden beschouwd en kunnen dus vallen binnen de definities en kaders voor wat betreft organisatie en SONCOS normering: - Schildkliercarcinomen met betrokkenheid van de larynx (ICD-10 code: C73) - Cervicale oesophagus en trachea tumoren met/zonder betrokkenheid van de larynx (ICD-10 code: C15.3, C33.0). - Maligne orbita-, niet oculaire tumoren, zoals oog-adnex tumoren inclusief traanklieren (ICD-10 code: C69.5-9) - Bij kinderen met een tumor in het hoofd-hals gebied (waarbij het beleid in een MDO in het Prinses Máxima Centrum voor Kinderoncologie is besproken)
Vraag D	Hoeveel resecties voor hoofd-hals oncologie werden op uw ziekenhuislocatie uitgevoerd in het verslagjaar?
Antwoord D	Aantal
Norm D	50 per locatie per jaar voor hoofd-hals oncologische centra en preferred partners.
Teller D	Aantal resecties van maligne tumoren uitgaande van de volgende locaties vallend onder de definitie voor hoofd-hals oncologie (zie hieronder).
Definitie D	Resecties = alle resecties dus relatief eenvoudige resecties, maar ook hoogcomplexe operaties zoals totale larynxextirpatie of commandoresectie.
In- /exclusiecriteria D	Inclusie: Maligne tumoren uitgaande van de volgende lokalisaties vallen onder de definitie 'hoofd-hals oncologie': - Lip en Mondholte (ICD-10 code: C00, C02-C06). - Orofarynx (ICD-10 code: C01, C05.1,2, C09, C10 en C14.2). - Nasofarynx (ICD-10 code: C11). - Hypofarynx (ICD-10 code: C12-C13). - Larynx (ICD-10 code: C10.1, C32). - Neusholte en neusbijholten (ICD-10 code: C30 en C31), inclusief olfactorius neuroblastoom. - Speekselklieren (ICD-10 code: C06.9, C07 en C08). - Lymfkliermetastasen plaveiselcelcarcinoom van onbekende origine (ICD-10 code: C80.9). - Gehoorgang/middenoor carcinomen (laterale schedelbasis) (ICD-10 code: C44.2). - Lymfekliermetastasen van stadium III en IV huid(adnex)carcinomen (ICD-10 code: C77.9, C79.2, C80.9). - Huid(adnex)carcinomen, melanomen en sarcomen waarvoor complexe chirurgie in het HH gebied geïndiceerd is, d.w.z. niet-orgaan sparende chirurgie (zoals een neusamputatie, exenteratio orbitae, totale oorschelp amputatie, maar ook deel onderkaak, bovenkaak of schedel). Naast bovengenoemde tumoren kunnen ook de volgende tumoren als 'hoofd-hals oncologie' worden beschouwd en

Veldnaam	Inhoud
	kunnen dus vallen binnen de definities en kaders voor wat betreft organisatie en SONCOS normering: - Schildkliercarcinomen met betrokkenheid van de larynx (ICD-10 code: C73) - Cervicale oesophagus en trachea tumoren met/zonder betrokkenheid van de larynx (ICD-10 code: C15.3, C33.0). - Maligne orbita-, niet oculaire tumoren, zoals oog-adnex tumoren inclusief traanklieren (ICD-10 code: C69.5-9) - Bij kinderen met een tumor in het hoofd-hals gebied (waarbij het beleid in een MDO in het Prinses Máxima Centrum voor Kinderoncologie is besproken) Resecties van primaire tumor, 2e primaire tumor of recidief Exclusie: - Schildklier (ICD-10 code: C73). - Bijschildklier (ICD-10 code: C75).
Vraag E	Hoeveel gesteelde of vrij gevasculariseerde lapreconstructies werden op uw ziekenhuislocatie uitgevoerd in het verslagjaar?
Antwoord E	Aantal
Norm E	20 per locatie per jaar voor hoofd-hals oncologische centra en preferred partners
Teller E	Aantal gesteelde of vrij gevasculariseerde lapreconstructies
Definitie E	Gesteelde of vrij gevasculariseerde lapreconstructies = chirurgische reconstructie met een gesteelde of vrij gevasculariseerde flap.
In-/exclusiecriteria E	Het gaat om het aantal typen ingreep en anatomische lokalisatie (hoofd-hals). De genoemde technieken overlappen met andere reconstructieve ingrepen en zijn niet exclusief voor reconstructies na een ablatieve operatie voor hoofd-halskanker, maar ook bijvoorbeeld operaties i.v.m. wondgenezingsstoornis, radionecrose, etc.
Vraag F	Hoeveel radiotherapeutische interventies voor hoofd-halskanker werden in uw radiotherapeutische afdeling/instelling uitgevoerd in het verslagjaar (som Definitie F1 + Definitie F2)?
Antwoord F	Aantal
Norm F	50 patiënten per radiotherapeutische afdeling/instelling per jaar.
Teller F	Aantal radiotherapeutische interventies voor hoofd-hals kanker.
Definitie F1	Radiotherapeutische interventie = bestralingsbehandeling per unieke zorgvraag. Radiotherapie als primaire behandeling dan wel postoperatief, al of niet in combinatie met systeemtherapie.
Definitie F2	Een planvergelijk fotonen-protonentherapie mag ook als een radiotherapeutische zorginterventie worden meegeteld in een verwijzende instelling, indien deze heeft geleid tot een behandeling met protonentherapie in een andere instelling dan de verwijzer.
In-/exclusiecriteria F	Inclusie: Maligne tumoren uitgaande van de volgende lokalisaties vallen onder de definitie 'hoofd-hals oncologie': - Lip en Mondholte (ICD-10 code: C00, C02-C06). - Orofarynx (ICD-10 code: C01, C05.1,2, C09, C10 en C14.2). - Nasofarynx (ICD-10 code: C11). - Hypofarynx (ICD-10 code: C12-C13). - Larynx (ICD-10 code: C10.1, C32). - Neusholte en neusbijholten (ICD-10 code: C30 en C31),

Veldnaam	Inhoud
	inclusief olfactorius neuroblastoom. - Speekselklieren (ICD-10 code: C06.9, C07 en C08). - Lymfkliermetastasen plaveiselcelcarcinoom van onbekende origine (ICD-10 code: C80.9). - Gehoorgang/middenoor carcinomen (laterale schedelbasis) (ICD-10 code: C44.2). - Lymfekliermetastasen van stadium III en IV huid(adnex)carcinomen (ICD-10 code: C77.9, C79.2, C80.9). - Huid(adnex)carcinomen, melanomen en sarcomen waarvoor primaire of postoperatieve radiotherapie na complexe chirurgie in het HH gebied geïndiceerd is, d.w.z. niet-orgaan sparende chirurgie (zoals een neusamputatie, exenteratio orbitae, totale oorschelp amputatie). Naast bovengenoemde tumoren kunnen ook de volgende tumoren als 'hoofd-hals oncologie' worden beschouwd en kunnen dus vallen binnen de definities en kaders voor wat betreft organisatie en SONCOS normering: - Schildkliercarcinomen met betrokkenheid van de larynx (ICD-10 code: C73) - Cervicale oesophagus en trachea tumoren met/zonder betrokkenheid van de larynx (ICD-10 code: C15.3, C33.0). - Maligne orbita-, niet oculaire tumoren, zoals oog-adnex tumoren inclusief traanklieren (ICD-10 code: C69.5-9) - Bij kinderen met een tumor in het hoofd-hals gebied (waarbij het beleid in een MDO in het Prinses Máxima Centrum voor Kinderoncologie is besproken) Patiënten met primaire tumor, 2e primaire tumor of recidief.
Vraag G	Heeft u een radiotherapieafdeling waar uw patiënten met een hoofd-hals tumor bij wie bestraling geïndiceerd is, behandeld worden?
Antwoord G	(één antwoord mogelijk) Ja/Nee
Vraag H	Vul vraag H in indien uw zorginstelling een HHO centrum of Preferred Partner HHO centrum is. Hoeveel patiënten met een hoofdhals tumor werden in het verslagjaar behandeld met chemoradiotherapie of targeted-therapy radiotherapie?
Antwoord H	Aantal
Norm H	20 of meer
Vraag I	Vul vraag I in indien uw zorginstelling een HHO centrum is. Met welk radiotherapie instituut (PPR*) heeft u een convenant met afspraken over het medische beleid bij patiënten met een hoofd-hals tumor?
Antwoord I	Tekst of lijst met instellingen
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	Maligne tumoren uitgaande van de volgende lokalisaties vallen onder de definitie 'hoofdhals oncologie': • Lip en Mondholte (ICD-10 code: C00, C02-C06). • Orofarynx (ICD-10 code: C01, C05.1,2, C09, C10 en C14.2). • Nasofarynx (ICD-10 code: C11). • Hypofarynx (ICD-10 code: C12-C13). • Larynx (ICD-10 code: C10.1, C32). • Neusholte en neusbijholten (ICD-10 code: C30 en C31),

Veldnaam	Inhoud
	inclusief olfactorius neuroblastoom. • Speekselklieren (ICD-10 code: C06.9, C07 en C08). • Lymfkliermetastasen plaveiselcelcarcinoom van onbekende origine (ICD-10 code: C80.9). • Gehoorgang/middenoor carcinomen (laterale schedelbasis) (ICD-10 code: C44.2). • Lymfekliermetastasen van stadium III en IV huid(adnex)carcinomen (ICD-10 code: C77.9, C79.2, C80.9). • Huid(adnex)carcinomen, melanomen en sarcomen waarvoor complexe chirurgie in het HH gebied geïndiceerd is, d.w.z. niet-orgaan sparende chirurgie (zoals een neusamputatie, exenteratio orbitae, totale oorschelp amputatie). Naast bovengenoemde tumoren kunnen ook de volgende tumoren als 'hoofdhals oncologie' worden beschouwd en kunnen dus vallen binnen de definities en kaders voor wat betreft organisatie en SONCOS normering: • Schildkliercarcinomen met betrokkenheid van de larynx (ICD-10 code: C73) • Cervicale oesophagus en trachea tumoren met/zonder betrokkenheid van de larynx (ICD-10 code: C15.0, C34.0). • Maligne orbita-, niet oculaire tumoren, zoals oog-adnex tumoren inclusief traanklieren (ICD-10 code: C69.5-9) • Bij kinderen in het hoofdhals gebied (waarbij het beleid in een MDO in het Prinses Máxima Centrum voor Kinderoncologie is besproken)
Databron (registratie)	EPD F2: DUPROTON
Meetperiode	Jaarlijks van 01-01 t/m 31-12
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2021 C,D,E en F vanaf vj 2026

Indicator 16 indicatorvelden, rekenregels en definities

Veldnaam	Inhoud
Indicatornaam	*Neuro-oncologie: Gliomen*
Indicatornummer	16
Operationalisatie	Aantallen en organisatie van zorg bij gliomen
Informatie voor cliënten	Geeft patiënten inzicht in de oncologische zorg
Relevantie en toepasbaarheid	Inzicht in de zorg bij gliomen
Type indicator	Structuur
Achtergrond van de indicator	Document: SONCOS-normeringsrapport 13 (2025) Initiator: Platform Oncologie - SONCOS
Transparantie	verplicht
Datatype	invul
Vraag A	Hoeveel nieuwe patiënten met een glioom werden er in het verslagjaar in het (regionale) multidisciplinaire overleg besproken?
Antwoord A	aantal
Norm A	50 of meer
Vraag B	Hoeveel hersentumor gerelateerde operaties voerde het in uw multidisciplinaire bespreking participerende neurochirurgisch centrum uit in het verslagjaar?
Antwoord B	Aantal
Vraag C	Hoeveel WHO graad 4 glioomoperaties voerde het in uw multidisciplinaire bespreking participerende neurochirurgisch centrum uit in het verslagjaar?
Antwoord C	Aantal
Norm B en C	Totaal aantal hersentumor gerelateerde operaties is tenminste 50, waaronder 25 WHO graad 4 glioomoperaties
Vraag D	Neemt uw zorginstelling deel aan de landelijke patiëntenregistratie DBTR (Dutch Brain Tumor Registry)?
Antwoord D	(één antwoord mogelijk) Ja/Nee
Norm D	Ja
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	Patiënten met gliomen
Databron (registratie)	EPD
Meetperiode	Jaarlijks van 01-01 t/m 31-12
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2021 16C vanaf vj 2025

Indicator 17 indicatorvelden, rekenregels en definities

Veldnaam	**Inhoud**
Indicatornaam	*Bijnierchirurgie*
Indicatornummer	17
Operationalisatie	Volume bij bijnierchirurgie
Informatie voor cliënten	Geeft patiënten inzicht in de oncologische zorg
Relevantie en toepasbaarheid	Inzicht in de zorg bij bijnierchirurgie
Type indicator	Structuur
Achtergrond van de indicator	Document: SONCOS-normeringsrapport 13 (2025) Initiator: Platform Oncologie - SONCOS
Transparantie	verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	invul
Vraag A	Hoeveel operaties voor bijniertumoren (zowel benigne als maligne) werden er op uw ziekenhuislocatie in het verslagjaar verricht?
Antwoord A	Aantal
Norm A	20 of meer
Vraag B	Hoe vaak is er in uw ziekenhuis de mogelijkheid om patiënten met bijniertumoren in een MDO te bespreken?
Antwoord B	(één antwoord mogelijk) Minder dan 1x per 2 weken / 1x per 2 weken / 1x per week
Norm B	1 keer per 2 weken
Aggregatieniveau	locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	Patiënten met benigne en maligne bijniertumoren.
Databron (registratie)	EPD
Meetperiode	Jaarlijks van 01-01 t/m 31-12
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2021

Indicator 18 indicatorvelden, rekenregels en definities

Veldnaam	Inhoud
Indicatornaam	Pancreascarcinoom
Indicatornummer	18
Operationalisatie	Volumes bij pancreascarcinoom
Informatie voor cliënten	Geeft patiënten inzicht in de oncologische zorg
Relevantie en toepasbaarheid	Inzicht in de zorg bij pancreascarcinoom
Type indicator	Structuur
Achtergrond van de indicator	Document: Naar passende oncologische- en vaatchirurgische zorg Shared care in de oncologie: met uitwerking voor systeemtherapie Initiator: Platform Oncologie - SONCOS
Transparantie	Verplicht
Datatype	Invul
Vraag A	Hoeveel nieuwe patiënten werden er besproken in het pancreas specifieke MDO in het verslagjaar?
Antwoord A	Aantal
Norm A	150 patiënten per jaar voor expertisecentrum.
Teller A	Voor een expertisecentrum: aantal nieuwe patiënten besproken in het pancreas specifieke MDO in een expertisecentrum.
Definitie A	Nieuwe patiënt = patiënt met nieuwe zorgvraag / klinische episode die voor het eerst met betrekking tot dit probleem wordt besproken in het MDO. Expertisecentrum = een ziekenhuis dat in ieder geval chirurgische behandelingen aanbiedt.
In-/exclusiecriteria A	Inclusie: Alle nieuwe patiënten op het pancreas specifieke MDO, ongeacht of er wel of geen behandeling wordt ingesteld. De essentie van bespreking in een MDO hangt niet uitsluitend af van de primaire diagnose (pancreaskanker), maar vooral van de benodigde expertise om een casus goed te beoordelen.
Vraag B	Hoeveel pancreasresecties ongeacht de reden voor resectie werden op uw ziekenhuislocatie uitgevoerd in het verslagjaar?
Antwoord B	Aantal
Norm B	50 per locatie per jaar
Teller B	Aantal pancreasresecties, ongeacht de reden voor resectie
Definitie B	Pancreasresectie = alle pancreasresecties, zoals pancreatoduodenectomie, totale pancreatectomie, distale (of caudale) pancreatectomie en centrale pancreatectomie.
In-/exclusiecriteria B	Inclusie: Patiënten die een pancreasresectie hebben ondergaan. Exclusie: - Maagtumor met ingroei in het pancreas - Wigexcisie van het duodenum - Patiënten bij wie in opzet geen resectie van de tumor gepland was maar alleen bv een bypass of Radiofrequente ablatie (RFA) - Patiënten die een Frey procedure of laterale pancreaticojejunostomie (PJ) ondergaan - Patiënten die een acute pancreasresectie ondergaan (bijvoorbeeld wegens trauma, bloeding)

Veldnaam	Inhoud
Vraag C1	Hoeveel ERCP's ongeacht diagnosetypering werden er op uw ziekenhuislocatie uitgevoerd in het verslagjaar?
Vraag C2	Hoeveel ERCP's ongeacht diagnosetypering werden er op uw ziekenhuislocatie per arts uitgevoerd in het verslagjaar?
Antwoord C	Aantal
Norm C	Voorwaarde om galwegdrainage bij pancreaskanker te mogen uitvoeren: - 150 ERCP's per jaar per ziekenhuis - 50 ERCP's per jaar per arts
Teller C	Aantal ERCP's ongeacht diagnosetypering
Definitie C	ERCP = zorgactiviteiten 034694 ERCP en 034698 ERCP met cholangioscopie, inclusief eventuele biopten en/of excisie(s), ongeacht diagnosetypering.
In-/exclusiecriteria C	De genoemde interventie is niet exclusief voor pancreaskanker. Diverse andere soorten pathologie mogen meegeteld worden zolang het gaat om het uitvoeren van een ERCP.
Vraag D	Hoeveel unieke patiënten met een lopend subtraject maligniteit pancreas waren er op uw ziekenhuislocatie in het verslagjaar?
Antwoord D	Aantal
Norm D	Prevalentienorm: 30 per locatie per jaar voor echelon 1. Alle instellingen dienen de indicator in te vullen.
Teller D	Aantal patiënten beoordeeld en/of gestart met systemische therapie (prevalentie) bij pancreaskanker.
Definitie D	Systeemtherapie prevalentie = aantal patiënten met lopend subtraject maligniteit pancreas. Dit houdt in dat alle patiënten die in het kader van deze tumoren beoordeeld of begeleid worden door een internist meetellen.
In-/exclusiecriteria D	Inclusie: - 0313_964 Maligniteit pancreas.
Vraag E	Hoeveel patiënten met pancreaskanker, die in de voorgaande kalenderjaren geen systeemtherapie voor pancreaskanker kregen, zijn gestart met systeemtherapie op uw ziekenhuislocatie in het verslagjaar?
Antwoord E	Aantal
Norm E	Incidentienorm – minimumvolume: 10 nieuwe met systeemtherapie behandelde patiënten per locatie per jaar voor echelon 1 en 2. Alle instellingen dienen de indicator in te vullen.
Teller E	Aantal nieuwe patiënten systemisch behandeld bij pancreaskanker.
Definitie E	Nieuwe patiënten = patiënt die in de voorgaande jaren (n = -3, gedefinieerd als een periode van 36 maanden) geen overeenkomstige zorgactiviteit heeft gehad met desbetreffende diagnosetypering. Systemische behandeling = diagnosetypering (zie hieronder) i.c.m. zorgactiviteiten die een internist kan registreren aan de lopende DBC indien er systemische therapie gegeven wordt zoals 39141, 39142, 39145, 39146, 39147, 39148, 39891, 39892, 39895, 39896, 39922 en 39923.
In-/exclusiecriteria E	Inclusie: - 0313_964 Maligniteit pancreas
Aggregatieniveau	locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	Patiënten met pancreascarcinoom

Veldnaam	Inhoud
Databron (registratie)	EPD
Meetperiode	Jaarlijks van 01-01 t/m 31-12
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2026

Indicator 19 indicatorvelden, rekenregels en definities

Veldnaam	Inhoud
Indicatornaam	Oesophagus- en maagcarcinoom
Indicatornummer	19
Operationalisatie	Volumes bij oesophagus- en maagcarcinoom
Informatie voor cliënten	Geeft patiënten inzicht in de oncologische zorg
Relevantie en toepasbaarheid	Inzicht in de zorg bij oesophagus- en maagcarcinoom
Type indicator	Structuur
Achtergrond van de indicator	Document: Naar passende oncologische- en vaatchirurgische zorg Shared care in de oncologie: met uitwerking voor systeemtherapie Initiator: Platform Oncologie - SONCOS
Transparantie	Verplicht
Datatype	Invul
Vraag A	Hoeveel nieuwe patiënten werden er besproken in het maag/slokdarm specifieke MDO in het verslagjaar?
Antwoord A	Aantal
Norm A	200 patiënten per jaar voor expertisecentrum.
Teller A	Voor een expertisecentrum: aantal nieuwe patiënten besproken in het maag/slokdarm specifieke MDO in een expertisecentrum.
Definitie A	Nieuwe patiënt = patiënt met nieuwe zorgvraag / klinische episode die voor het eerst met betrekking tot dit probleem wordt besproken in het MDO Expertisecentrum = een ziekenhuis dat in ieder geval chirurgische behandelingen aanbiedt.
In-/exclusiecriteria A	Inclusie: Alle nieuwe patiënten op het maag/slokdarm specifieke MDO, ongeacht of er wel of geen behandeling wordt ingesteld. De essentie van bespreking in een MDO hangt niet uitsluitend af van de primaire diagnose (maag- of slokdarmkanker), maar vooral van de benodigde expertise om een casus goed te beoordelen.
Vraag B	Hoeveel oncologische endoscopische resecties voor slokdarm- en maag(vroeg)carcinoom werden op uw ziekenhuislocatie uitgevoerd in het verslagjaar (som Teller B1+B2)?
Antwoord B	Aantal
Norm B	25 per locatie per jaar (voor zowel BEC als niet-BEC)
Teller B1	Aantal oncologische endoscopische resecties voor slokdarm(vroeg)carcinoom.
Teller B2	Aantal oncologische endoscopische resecties voor maag(vroeg)carcinoom.
Definitie B	Endoscopische resectie = endoscopische submocusale dissectie (ESD), endoscopische mucosale resectie (EMR) Een endoscopische maagresectie kan geteld worden wanneer in de Pathologisch Anatomische (PA) aanvraag vermeld staat dat het een resectie betreft en dus geen biopt.
Vraag C	Hoeveel radiotherapeutische interventies voor maag/slokdarmkanker werden in uw radiotherapeutische afdeling/instelling uitgevoerd in het verslagjaar (som Definitie C1 + Definitie C2)?
Antwoord C	Aantal

Veldnaam	Inhoud
Norm C	50 patiënten per radiotherapeutische afdeling/instelling per jaar.
Teller C	Aantal radiotherapeutische interventies voor maag/slokdarmkanker.
Definitie C1	Radiotherapeutische interventie = bestralingsbehandeling per unieke zorgvraag. Radiotherapie als primaire of neoadjuvante behandeling dan wel postoperatief, al of niet in combinatie met systeemtherapie. Zowel curatieve als palliatieve intentie.
Definitie C2	Een planvergelijk fotonen-protonentherapie mag ook als een radiotherapeutische zorginterventie worden meegeteld in een verwijzende instelling, indien deze heeft geleid tot een behandeling met protonentherapie in een andere instelling dan de verwijzer.
In-/exclusiecriteria C	Inclusie: - Oesophagus (ICD-10 C15) - Maag (ICD-10 C16) Patiënten met primaire tumor, 2e primaire tumor. Primaire presentatie dan wel residu/recidief. Exclusie: Patiënten met radiotherapie op afstandsmetastasen van maag/slokdarmtumor
Vraag D	Hoeveel unieke patiënten met een lopend (sub)traject maligniteit slokdarm/cardia of maligniteit maag (exclusief cardia) waren er op uw ziekenhuislocatie in het verslagjaar?
Antwoord D	Aantal
Norm D	Prevalentienorm: 50 per locatie per jaar voor echelon 1. Alle instellingen dienen de indicator in te vullen.
Teller D	Aantal patiënten beoordeeld door internist en/of gestart met systemische therapie (prevalentie) bij maag- of slokdarmkanker.
Definitie D	Systeemtherapie prevalentie = aantal unieke patiënten met lopend subtraject maligniteit slokdarm/cardia of maligniteit maag (exclusief cardia) in een kalenderjaar. Dit houdt in dat alle patiënten die in het kader van deze tumoren beoordeeld of begeleid worden door een internist meetellen.
In-/exclusiecriteria D	Inclusie: - 0313_904 Maligniteit slokdarm/cardia - 0313_914 Maligniteit maag (exclusief cardia)
Vraag E	Hoeveel patiënten met maag- of slokdarmkanker, die in de voorgaande kalenderjaren geen systeemtherapie voor maag- of slokdarmkanker kregen, zijn gestart met systeemtherapie op uw ziekenhuislocatie in het verslagjaar?
Antwoord E	Aantal
Norm E	Incidentienorm – minimumvolume: 10 nieuwe met systeemtherapie behandelde patiënten per locatie per jaar voor echelon 1 en 2. Alle instellingen dienen de indicator in te vullen.
Teller E	Aantal nieuwe patiënten systemisch behandeld bij maag- of slokdarmkanker.
Definitie E	Nieuwe patiënten = patiënt die in de voorgaande jaren (n = -3, gedefinieerd als een periode van 36 maanden) geen overeenkomstige zorgactiviteit heeft gehad met desbetreffende diagnosetypering.

Veldnaam	Inhoud
	Systemische behandeling = diagnosetypering (zie hieronder) i.c.m. zorgactiviteiten die een internist kan registreren aan de lopende DBC indien er systemische therapie gegeven wordt zoals 39141, 39142, 39145, 39146, 39147, 39148, 39891, 39892, 39895, 39896, 39922 en 39923.
In-/exclusiecriteria E	Inclusie: - 0313_904 Maligniteit slokdarm/cardia - 0313_914 Maligniteit maag (exclusief cardia)
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	Patiënten met pancreascarcinoom
Databron (registratie)	EPD C: BEC-registratie E2: DUPROTON
Meetperiode	Jaarlijks van 01-01 t/m 31-12
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2026

4 Wijzigingstabel

Wijzigingstabel ten opzichte van de gids van verslagjaar 2025.

Nieuw of gewijzigd in indicatorenset

Indicatornummer (deze gids)	Type wijziging	Toelichting wijziging
3B	☐ Indicator is nieuw. ☐ Indicatornummer is gewijzigd ten opzichte van de gids van vorig verslagjaar. ☒ In de indicator zijn ter verduidelijking tekstuele wijzigingen doorgevoerd. De berekening wijzigt niet ten opzichte van het vorig verslagjaar. ☐ In de indicator zijn wijzigingen doorgevoerd die impact hebben op de berekening of definitie. Hierdoor kan de data niet meer vergeleken worden met de data van het vorige verslagjaar. Een nieuwe INID-code wordt hiervoor aangemaakt.	Toevoeging 'vul vraag B in indien uw zorginstelling rectumresecties uitvoert' ter verduidelijking. Deze wijziging heeft geen impact op de resultaten van de indicator.
6A	☐ Indicator is nieuw. ☐ Indicatornummer is gewijzigd ten opzichte van de gids van vorig verslagjaar. ☒ In de indicator zijn ter verduidelijking tekstuele wijzigingen doorgevoerd. De berekening wijzigt niet ten opzichte van het vorig verslagjaar. ☐ In de indicator zijn wijzigingen doorgevoerd die impact hebben op de berekening of definitie. Hierdoor kan de data niet meer vergeleken worden met de data van het vorige verslagjaar. Een nieuwe INID-code wordt hiervoor aangemaakt.	Toevoeging 'zo ja, vul vraag B ook in, zo nee, dan is vraag B niet van toepassing' ter verduidelijking. Deze wijziging heeft geen impact op de resultaten van de indicator.

Indicatornummer (deze gids)	Type wijziging	Toelichting wijziging
7B	☐ Indicator is nieuw. ☐ Indicatornummer is gewijzigd ten opzichte van de gids van vorig verslagjaar. ☒ In de indicator zijn ter verduidelijking tekstuele wijzigingen doorgevoerd. De berekening wijzigt niet ten opzichte van het vorig verslagjaar. ☐ In de indicator zijn wijzigingen doorgevoerd die impact hebben op de berekening of definitie. Hierdoor kan de data niet meer vergeleken worden met de data van het vorige verslagjaar. Een nieuwe INID-code wordt hiervoor aangemaakt.	Toevoeging 'vul vraag B in indien u level 1 of level 2 zorginstelling betreft' ter verduidelijking. Deze wijziging heeft geen impact op de resultaten van de indicator.
10B	☐ Indicator is nieuw. ☒ Indicatornummer is gewijzigd ten opzichte van de gids van vorig verslagjaar. ☒ In de indicator zijn ter verduidelijking tekstuele wijzigingen doorgevoerd. De berekening wijzigt niet ten opzichte van het vorig verslagjaar. ☐ In de indicator zijn wijzigingen doorgevoerd die impact hebben op de berekening of definitie. Hierdoor kan de data niet meer vergeleken worden met de data van het vorige verslagjaar. Een nieuwe INID-code wordt hiervoor aangemaakt.	Deze indicator is niet nieuw, maar aangepast in formulering n.a.v. afspraken in het IZA-concentratie en spreiding. 10B was in 2025 10C
10C	☐ Indicator is nieuw. ☒ Indicatornummer is gewijzigd ten opzichte van de gids van vorig verslagjaar. ☐ In de indicator zijn ter verduidelijking tekstuele wijzigingen doorgevoerd. De berekening wijzigt niet ten opzichte van het vorig verslagjaar. ☒ In de indicator zijn wijzigingen doorgevoerd die impact hebben op de berekening of definitie. Hierdoor kan de data niet meer vergeleken worden met de data van het vorige verslagjaar. Een nieuwe INID-code wordt hiervoor aangemaakt.	Deze indicator is niet nieuw, maar aangepast in formulering n.a.v. afspraken in het IZA-concentratie en spreiding. Daarbij zijn er wijziging in inclusie van behandelmodaliteiten aangebracht. De norm die bij deze indicator hoort, gaat over echte operaties aan de nier zoals radicale nefrectomie, partiele nefrectomie of nefroureterectomie, en bijv. niet ablaties. De uitkomsten zijn hierdoor niet vergelijkbaar met eerdere uitkomsten.

Indicatornummer (deze gids)	Type wijziging	Toelichting wijziging
10D	☒ Indicator is nieuw. ☐ Indicatornummer is gewijzigd ten opzichte van de gids van vorig verslagjaar. ☐ In de indicator zijn ter verduidelijking tekstuele wijzigingen doorgevoerd. De berekening wijzigt niet ten opzichte van het vorig verslagjaar. ☐ In de indicator zijn wijzigingen doorgevoerd die impact hebben op de berekening of definitie. Hierdoor kan de data niet meer vergeleken worden met de data van het vorige verslagjaar. Een nieuwe INID-code wordt hiervoor aangemaakt.	Deze indicator is nieuw en conform IZA-concentratie en spreiding afspraken geformuleerd.
10E	☒ Indicator is nieuw. ☐ Indicatornummer is gewijzigd ten opzichte van de gids van vorig verslagjaar. ☐ In de indicator zijn ter verduidelijking tekstuele wijzigingen doorgevoerd. De berekening wijzigt niet ten opzichte van het vorig verslagjaar. ☐ In de indicator zijn wijzigingen doorgevoerd die impact hebben op de berekening of definitie. Hierdoor kan de data niet meer vergeleken worden met de data van het vorige verslagjaar. Een nieuwe INID-code wordt hiervoor aangemaakt.	Deze indicator is nieuw en conform IZA-concentratie en spreiding afspraken geformuleerd.
10F	☐ Indicator is nieuw. ☒ Indicatornummer is gewijzigd ten opzichte van de gids van vorig verslagjaar. ☒ In de indicator zijn ter verduidelijking tekstuele wijzigingen doorgevoerd. De berekening wijzigt niet ten opzichte van het vorig verslagjaar. ☐ In de indicator zijn wijzigingen doorgevoerd die impact hebben op de berekening of definitie. Hierdoor kan de data niet meer vergeleken worden met de data van het vorige verslagjaar. Een nieuwe INID-code wordt hiervoor aangemaakt.	Deze indicator is niet nieuw, maar aangepast in formulering n.a.v. afspraken in het IZA-concentratie en spreiding. 10F was in 2025 10D

Indicatornummer (deze gids)	Type wijziging	Toelichting wijziging
10G, H, I	☐ Indicator is nieuw. ☒ Indicatornummer is gewijzigd ten opzichte van de gids van vorig verslagjaar. ☐ In de indicator zijn ter verduidelijking tekstuele wijzigingen doorgevoerd. De berekening wijzigt niet ten opzichte van het vorig verslagjaar. ☐ In de indicator zijn wijzigingen doorgevoerd die impact hebben op de berekening of definitie. Hierdoor kan de data niet meer vergeleken worden met de data van het vorige verslagjaar. Een nieuwe INID-code wordt hiervoor aangemaakt.	10G was in 2025 10E 10H was in 2025 10F 10I was in 2025 10G
12A	☐ Indicator is nieuw. ☐ Indicatornummer is gewijzigd ten opzichte van de gids van vorig verslagjaar. ☒ In de indicator zijn ter verduidelijking tekstuele wijzigingen doorgevoerd. De berekening wijzigt niet ten opzichte van het vorig verslagjaar. ☐ In de indicator zijn wijzigingen doorgevoerd die impact hebben op de berekening of definitie. Hierdoor kan de data niet meer vergeleken worden met de data van het vorige verslagjaar. Een nieuwe INID-code wordt hiervoor aangemaakt.	Toevoeging 'vul vraag A in indien uw instelling patiënten met stadium I testiscarcinoom behandelt' ter verduidelijking. Deze wijziging heeft geen impact op de resultaten van de indicator.
12B	☐ Indicator is nieuw. ☐ Indicatornummer is gewijzigd ten opzichte van de gids van vorig verslagjaar. ☒ In de indicator zijn ter verduidelijking tekstuele wijzigingen doorgevoerd. De berekening wijzigt niet ten opzichte van het vorig verslagjaar. ☐ In de indicator zijn wijzigingen doorgevoerd die impact hebben op de berekening of definitie. Hierdoor kan de data niet meer vergeleken worden met de data van het vorige verslagjaar. Een nieuwe INID-code wordt hiervoor aangemaakt.	Toevoeging 'vul vraag B in indien uw instelling patiënten met een stadium hoger dan stadium I (primair of recidief), maar wel "good risk" behandelt' ter verduidelijking. Deze wijziging heeft geen impact op de resultaten van de indicator.

Indicatornummer (deze gids)	Type wijziging	Toelichting wijziging
12C	☐ Indicator is nieuw. ☐ Indicatornummer is gewijzigd ten opzichte van de gids van vorig verslagjaar. ☒ In de indicator zijn ter verduidelijking tekstuele wijzigingen doorgevoerd. De berekening wijzigt niet ten opzichte van het vorig verslagjaar. ☐ In de indicator zijn wijzigingen doorgevoerd die impact hebben op de berekening of definitie. Hierdoor kan de data niet meer vergeleken worden met de data van het vorige verslagjaar. Een nieuwe INID-code wordt hiervoor aangemaakt.	Toevoeging 'vul vraag C in indien uw instelling retroperitoneale restlaesies van kiemceltumoren behandelt' ter verduidelijking. Deze wijziging heeft geen impact op de resultaten van de indicator.
14B	☒ Indicator is nieuw. ☐ Indicatornummer is gewijzigd ten opzichte van de gids van vorig verslagjaar. ☐ In de indicator zijn ter verduidelijking tekstuele wijzigingen doorgevoerd. De berekening wijzigt niet ten opzichte van het vorig verslagjaar. ☐ In de indicator zijn wijzigingen doorgevoerd die impact hebben op de berekening of definitie. Hierdoor kan de data niet meer vergeleken worden met de data van het vorige verslagjaar. Een nieuwe INID-code wordt hiervoor aangemaakt.	Deze indicator is nieuw en conform IZA-concentratie en spreiding afspraken geformuleerd.
14C	☒ Indicator is nieuw. ☐ Indicatornummer is gewijzigd ten opzichte van de gids van vorig verslagjaar. ☐ In de indicator zijn ter verduidelijking tekstuele wijzigingen doorgevoerd. De berekening wijzigt niet ten opzichte van het vorig verslagjaar. ☐ In de indicator zijn wijzigingen doorgevoerd die impact hebben op de berekening of definitie. Hierdoor kan de data niet meer vergeleken worden met de data van het vorige verslagjaar. Een nieuwe INID-code wordt hiervoor aangemaakt.	Deze indicator is nieuw en conform IZA-concentratie en spreiding afspraken geformuleerd.

Indicatornummer (deze gids)	Type wijziging	Toelichting wijziging
14D	☒ Indicator is nieuw. ☐ Indicatornummer is gewijzigd ten opzichte van de gids van vorig verslagjaar. ☐ In de indicator zijn ter verduidelijking tekstuele wijzigingen doorgevoerd. De berekening wijzigt niet ten opzichte van het vorig verslagjaar. ☐ In de indicator zijn wijzigingen doorgevoerd die impact hebben op de berekening of definitie. Hierdoor kan de data niet meer vergeleken worden met de data van het vorige verslagjaar. Een nieuwe INID-code wordt hiervoor aangemaakt.	Deze indicator is nieuw en conform IZA-concentratie en spreiding afspraken geformuleerd.
15A	☐ Indicator is nieuw. ☐ Indicatornummer is gewijzigd ten opzichte van de gids van vorig verslagjaar. ☒ In de indicator zijn ter verduidelijking tekstuele wijzigingen doorgevoerd. De berekening wijzigt niet ten opzichte van het vorig verslagjaar. ☐ In de indicator zijn wijzigingen doorgevoerd die impact hebben op de berekening of definitie. Hierdoor kan de data niet meer vergeleken worden met de data van het vorige verslagjaar. Een nieuwe INID-code wordt hiervoor aangemaakt.	Toevoeging 'bij nee hoeft u onderstaande vragen niet in te vullen' ter verduidelijking. Deze wijziging heeft geen impact op de resultaten van de indicator.
15C	☐ Indicator is nieuw. ☐ Indicatornummer is gewijzigd ten opzichte van de gids van vorig verslagjaar. ☐ In de indicator zijn ter verduidelijking tekstuele wijzigingen doorgevoerd. De berekening wijzigt niet ten opzichte van het vorig verslagjaar. ☒ In de indicator zijn wijzigingen doorgevoerd die impact hebben op de berekening of definitie. Hierdoor kan de data niet meer vergeleken worden met de data van het vorige verslagjaar. Een nieuwe INID-code wordt hiervoor aangemaakt.	Deze indicator is gewijzigd in patiënten 'gezien' in plaats van 'behandeld'. Dit betekent dat de indicator breder gedefinieerd is dan voorheen. Deze norm is conform IZA-concentratie en spreiding afspraken geformuleerd.

Indicatornummer (deze gids)	Type wijziging	Toelichting wijziging
15D	☒ Indicator is nieuw. ☐ Indicatornummer is gewijzigd ten opzichte van de gids van vorig verslagjaar. ☐ In de indicator zijn ter verduidelijking tekstuele wijzigingen doorgevoerd. De berekening wijzigt niet ten opzichte van het vorig verslagjaar. ☐ In de indicator zijn wijzigingen doorgevoerd die impact hebben op de berekening of definitie. Hierdoor kan de data niet meer vergeleken worden met de data van het vorige verslagjaar. Een nieuwe INID-code wordt hiervoor aangemaakt.	Deze indicator is nieuw en conform IZA-concentratie en spreiding afspraken geformuleerd.
15E	☒ Indicator is nieuw. ☐ Indicatornummer is gewijzigd ten opzichte van de gids van vorig verslagjaar. ☐ In de indicator zijn ter verduidelijking tekstuele wijzigingen doorgevoerd. De berekening wijzigt niet ten opzichte van het vorig verslagjaar. ☐ In de indicator zijn wijzigingen doorgevoerd die impact hebben op de berekening of definitie. Hierdoor kan de data niet meer vergeleken worden met de data van het vorige verslagjaar. Een nieuwe INID-code wordt hiervoor aangemaakt.	Deze indicator is nieuw en conform IZA-concentratie en spreiding afspraken geformuleerd.
15F	☒ Indicator is nieuw. ☐ Indicatornummer is gewijzigd ten opzichte van de gids van vorig verslagjaar. ☐ In de indicator zijn ter verduidelijking tekstuele wijzigingen doorgevoerd. De berekening wijzigt niet ten opzichte van het vorig verslagjaar. ☐ In de indicator zijn wijzigingen doorgevoerd die impact hebben op de berekening of definitie. Hierdoor kan de data niet meer vergeleken worden met de data van het vorige verslagjaar. Een nieuwe INID-code wordt hiervoor aangemaakt.	Deze indicator is nieuw en conform IZA-concentratie en spreiding afspraken geformuleerd.

Indicatornummer (deze gids)	Type wijziging	Toelichting wijziging
15H	☐ Indicator is nieuw. ☐ Indicatornummer is gewijzigd ten opzichte van de gids van vorig verslagjaar. ☒ In de indicator zijn ter verduidelijking tekstuele wijzigingen doorgevoerd. De berekening wijzigt niet ten opzichte van het vorig verslagjaar. ☐ In de indicator zijn wijzigingen doorgevoerd die impact hebben op de berekening of definitie. Hierdoor kan de data niet meer vergeleken worden met de data van het vorige verslagjaar. Een nieuwe INID-code wordt hiervoor aangemaakt.	Toevoeging 'vul vraag G in indien uw zorginstelling een HHO centrum of Preferred partner HHO centrum is' ter verduidelijking. Deze wijziging heeft geen impact op de resultaten van de indicator.
15I	☐ Indicator is nieuw. ☐ Indicatornummer is gewijzigd ten opzichte van de gids van vorig verslagjaar. ☒ In de indicator zijn ter verduidelijking tekstuele wijzigingen doorgevoerd. De berekening wijzigt niet ten opzichte van het vorig verslagjaar. ☐ In de indicator zijn wijzigingen doorgevoerd die impact hebben op de berekening of definitie. Hierdoor kan de data niet meer vergeleken worden met de data van het vorige verslagjaar. Een nieuwe INID-code wordt hiervoor aangemaakt.	Toevoeging 'vul vraag I in indien uw zorginstelling een HHO centrum is' ter verduidelijking. Deze wijziging heeft geen impact op de resultaten van de indicator.
17	☐ Indicator is nieuw. ☐ Indicatornummer is gewijzigd ten opzichte van de gids van vorig verslagjaar. ☒ In de indicator zijn ter verduidelijking tekstuele wijzigingen doorgevoerd. De berekening wijzigt niet ten opzichte van het vorig verslagjaar. ☐ In de indicator zijn wijzigingen doorgevoerd die impact hebben op de berekening of definitie. Hierdoor kan de data niet meer vergeleken worden met de data van het vorige verslagjaar. Een nieuwe INID-code wordt hiervoor aangemaakt.	De geldende norm is 20 bijnierchirurgie ipv. 10. De hoogte van de norm is daarom hierop aangepast.

Indicatornummer (deze gids)	Type wijziging	Toelichting wijziging
18A t/m E	☒ Indicator is nieuw. ☐ Indicatornummer is gewijzigd ten opzichte van de gids van vorig verslagjaar. ☒ In de indicator zijn ter verduidelijking tekstuele wijzigingen doorgevoerd. De berekening wijzigt niet ten opzichte van het vorig verslagjaar. ☐ In de indicator zijn wijzigingen doorgevoerd die impact hebben op de berekening of definitie. Hierdoor kan de data niet meer vergeleken worden met de data van het vorige verslagjaar. Een nieuwe INID-code wordt hiervoor aangemaakt.	Deze indicatoren zijn nieuw en conform IZA-concentratie en spreiding afspraken geformuleerd.
19A t/m E	☒ Indicator is nieuw. ☐ Indicatornummer is gewijzigd ten opzichte van de gids van vorig verslagjaar. ☒ In de indicator zijn ter verduidelijking tekstuele wijzigingen doorgevoerd. De berekening wijzigt niet ten opzichte van het vorig verslagjaar. ☐ In de indicator zijn wijzigingen doorgevoerd die impact hebben op de berekening of definitie. Hierdoor kan de data niet meer vergeleken worden met de data van het vorige verslagjaar. Een nieuwe INID-code wordt hiervoor aangemaakt.	Deze indicatoren zijn nieuw en conform IZA-concentratie en spreiding afspraken geformuleerd.

Verwijderd uit indicatorenset

Indicatornummer (vorig verslagjaar)	Type wijziging	Toelichting wijziging
14B	Indicator wordt niet meer uitgevraagd	Volume mbt. norm kan uit DLCA-L gehaald worden.
15D	Indicator wordt niet meer uitgevraagd.	Deze indicator is gewijzigd in de nieuwe indicator 15D conform IZA-concentratie en spreiding afspraken.

Bijlage: toelichting op informatie per indicator

Toelichting indicatorvelden, rekenregels en definities

Term	Toelichting
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	- 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	- verplicht (publicatie in Openbare Database van Zorginstituut Nederland) - vrijwillig (geen openbare publicatie. Doorlevering alleen naar patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en zorgaanbieders)
Datatype	Het datatype dat moet worden aangeleverd: - 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

Term	Toelichting
	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

Term	Toelichting
	wordt opgenomen op de Transparantiekalender.