

Indicatorenset Beroertezorg (DASA)

Uitvraag ziekenhuizen/ZBC's over verslagjaar 2026

Versie 2026.1, juni 2025

Meer informatie op:

www.transparantieportaal.nl

www.dica.nl

www.zorginzicht.nl

Samengesteld door:

- NVN
- ZN
- PFN

Aanspreekpunt:

DICA

indicatoren@dica.nl

Deze indicatorset is na toetsing opgenomen in het Register van Zorginstituut Nederland. Verplichte en eventuele vrijwillige indicatoren worden aangeleverd via het door de partijen gekozen aanleverportaal (gegevensmakelaar). 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
3 Vast te leggen gegevens	5
4 Indicatoren	6
Indicator 1 Indicatorvelden, rekenregels en definities	6
Indicator 2A Indicatorvelden, rekenregels en definities	7
Indicator 2B Indicatorvelden, rekenregels en definities	8
Indicator 3 Indicatorvelden, rekenregels en definities	10
Indicator 4 Indicatorvelden, rekenregels en definities	12
Indicator 5A Indicatorvelden, rekenregels en definities	13
Indicator 5B Indicatorvelden, rekenregels en definities	13
Indicator 6A Indicatorvelden, rekenregels en definities	15
Indicator 6B Indicatorvelden, rekenregels en definities	17
Indicator 7 Indicatorvelden, rekenregels en definities	19
Indicator 8 Indicatorvelden, rekenregels en definities	21
5 Wijzigingen	23
Nieuw of gewijzigd in indicatorenset	23
Verwijderd uit indicatorenset	25
Bijlage: toelichting op informatie per indicator	26
Toelichting indicatorvelden, rekenregels en definities	26

1 Overzicht indicatoren

Alle indicatoren

Indicator-nummer	Indicator-naam	Bron	Transparantie
1	Aantal CVA patiënten	DASA	Verplicht
2A	Aanwezigheid perfusiescans	DASA	Verplicht
2B	Aanwezigheid perfusiescans - regionaal	DASA	Verplicht
3	Vullingsgraad NIHSS bij opname	DASA	Verplicht
4	Begin-tot-deur tijd	DASA	Verplicht
5A	Intraveneuze trombolysie	DASA	Verplicht
5B	Deur-tot-naald tijd	DASA	Verplicht
6A	Endovasculaire trombectomie	DASA	Verplicht
6B	Deur-tot-lies tijd	DASA	Verplicht
7	Deur-in-deur-uit tijd	DASA	Verplicht
8	Vullingsgraad mRs	DASA	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

- De indicatoren zijn gebaseerd op de richtlijn Herseninfarct en hersenbloeding (https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/herseninfarct_en_hersenbloeding/startpagina_herseninfarct_-_bloeding.html) en de kwaliteitsstandaard beroerte
- Er wordt op locatieniveau aangeleverd.

2.2 Populatiebepaling

Voor alle indicatoren in deze indicatorset bestaat de populatie uit:

Alle patiënten met een cerebrovasculair accident (CVA) die zich in de acute fase presenteren op de spoedeisende hulp en/of klinisch zijn opgenomen. Onder CVA valt: (primaire) intracerebrale bloeding of herseninfarct.

- (primaire) Intracerebrale bloeding
Hierbij hoort diagnosecode hersenbloeding (1102). Niet bedoeld worden: primaire subarachnoïdale bloeding, subduraal hematoom, epiduraal hematoom, bloeding ten gevolge van arterioveneuze malformatie of hemorragische transformatie van cerebraal ruimte-innemend proces.
- Herseninfarct
Hierbij hoort diagnosecode herseninfarct (1111). Niet bedoeld wordt: transient ischemic attack (TIA) of (infarct ten gevolge van) sinustrombose.

DASA registratiejaar 2026: 01-01-2026 t/m 31-12-2026. Datum van presentatie van patiënt in het ziekenhuis wordt gebruikt om te bepalen in welk jaar de patiënt wordt meegenomen bij berekening van de indicatoren.

2.3 Aanlevering van de gegevens

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

2.4 Indicatorenwerkgroep

De werkgroep voor het onderhoud van de indicatorset DASA bestond in 2024 uit de volgende personen:

Mw dr. M.I. Baharoglu, neuroloog Haaglanden MC, Den Haag
Dhr. dr. L.A.M. Aerden, neuroloog Reinier de Graaf Gasthuis, Delft
Mw. prof. dr. H.F. Lingsma, epidemioloog, Erasmus MC, Rotterdam
Dhr. dr. I.R. van den Wijngaard, neuroloog, Haaglanden MC, Den Haag
Dhr. prof. dr. W.H. van Zwam, radioloog, MUMC+, Maastricht
Mw. drs. L.J. Stolze, arts-assistent neurologie Amsterdam UMC – locatie AMC, Amsterdam
Dhr. A. Van Dongen, patiëntvertegenwoordiger
Mw. dr. I.W.M. Van Uden, neuroloog, Catharina Ziekenhuis, Eindhoven
Dhr. dr. A. Tuladhar, neuroloog, Radboud UMC, Nijmegen
Mw. I. Miah, neuroloog, Amphia ziekenhuis, Breda
Mw. drs. N. Wali, arts-onderzoeker DASA



3 Vast te leggen gegevens

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

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

4 Indicatoren

In de bijlage staan alle velden in onderstaande indicatortabel toegelicht.

Indicator 1 Indicatorvelden, rekenregels en definities

Veldnaam	Inhoud
Indicatornaam	Aantal CVA patiënten
Indicatornummer	1
Operationalisatie	Aantal CVA-patiënten, uitgesplitst voor herseninfarct en hersenbloeding.
Informatie voor cliënten	Inzicht in het aantal behandelde CVA-patiënten per ziekenhuis.
Relevantie en toepasbaarheid	Het aantal patiënten dat wordt gepresenteerd aan het centrum is belangrijk om transparant te maken om aan de norm te toetsen en de behandelpercentages in context te plaatsen.
Type indicator	Structuur
Achtergrond van de indicator	Document: Kwaliteitscriteria acute beroertezorg NVN Initiator: NVN
Doel van het meten en publiceren	Waarborgen van de kwaliteit van zorg door monitoren van de volumennorm die gesteld is en behandelpercentages in context plaatsen.
Transparantie	Verplicht
Datatype	Aantal
Teller A	Aantal patiënten met een CVA.
Teller B	Aantal patiënten met een herseninfarct.
Teller C	Aantal patiënten met een hersenbloeding.
Vraag	n.v.t.
Antwoordopties	Aantal; één antwoord mogelijk
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	Alle patiënten met een cerebrovasculair accident (CVA) die zich in de acute fase presenteren op de spoedeisende hulp en/of klinisch zijn opgenomen. Onder CVA valt: (primaire) intracerebrale bloeding of herseninfarct. <ul style="list-style-type: none"> (primaire) Intracerebrale bloeding Hierbij hoort diagnosecode hersenbloeding (1102). Niet bedoeld worden: primaire subarachnoïdale bloeding, subduraal hematoom, epiduraal hematoom, bloeding ten gevolge van arterioveneuze malformatie of hemorragische transformatie van cerebraal ruimte-innemend proces. Herseninfarct Hierbij hoort diagnosecode herseninfarct (1111). Niet bedoeld wordt: transient ischemic attack (TIA) of (infarct ten gevolge van) sinustrombose.
Rekenregels en casemixcorrecties	Rekenregels: A) Aantal patiënten met diagnose CVA; B) aantal patiënten met diagnose herseninfarct; C) aantal patiënten met diagnose hersenbloeding
Databron (registratie)	DASA
Meetperiode	01-01-2026 t/m 31-12-2026
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste	2018

Veldnaam	Inhoud
aanleverdatum	

Indicator 2A Indicatorvelden, rekenregels en definities

Veldnaam	Inhoud
Indicatornaam	Aanwezigheid perfusiescans
Indicatornummer	2A
Operationalisatie	Het 24/7 beschikbaar zijn van een CTA en CT-perfusiescan en/of een MRA en MRI-perfusiescan en/of MRI DWI/FLAIR voor directe beeldvorming bij patiënten met een acuut herseninfarct inclusief directe beoordeling door een radioloog
Informatie voor cliënten	Inzicht in de aanwezigheid van een CTA en CT-perfusiescan en/of de aanwezigheid van een MRA en MRI-perfusiescan en/of MRI DWI/FLAIR per ziekenhuis
Relevantie en toepasbaarheid	Inzicht in de aanwezigheid van perfusiescans is van belang om een beeld te krijgen van hoeveel ziekenhuizen in Nederland al zijn ingespeeld op de nieuwe ontwikkelingen in de behandeling van het acute herseninfarct. Indien een patiënt met een herseninfarct gunstige scankarakteristieken laat zien op een perfusiescan of MRI DWI/FLAIR, kan hij/zij ook nog buiten de conventionele tijdsvensters in aanmerking komen voor behandeling.
Type indicator	Structuur
Achtergrond van de indicator	Document: richtlijn Herseninfarct en hersenbloeding en Kwaliteitsnormen Acute Beroertezorg opgesteld door de NVN en de NVvR Initiator: NVN
Doel van het meten en publiceren	Doel van het meten van de indicator is om inzicht te krijgen in hoeveel ziekenhuizen in Nederland al beschikken over een CTA en CT-perfusiescan en/of een MRA en MRI-perfusiescan en/of MRI DWI/FLAIR, en ziekenhuizen te stimuleren om deze aan te schaffen en te gebruiken bij patiënten met een acuut herseninfarct
Transparantie	Transparant
Datatype	Ja/Nee
Vraag	Is er in uw ziekenhuis een CTA en CT-perfusiescan en/of een MRA en MRI-perfusiescan en/of MRI DWI/FLAIR 24 uur per dag, 7 dagen in de week, direct beschikbaar voor beeldvorming bij patiënten met een acuut herseninfarct, inclusief directe beoordeling door een radioloog?
Antwoordopties	Ja of nee; één antwoord mogelijk
Definitie	De directe beoordeling mag ook plaatsvinden door een arts-assistent radiologie onder supervisie van de radioloog.
Aggregatieniveau	Locatieniveau
Databron (registratie)	DASA
Meetperiode	01-01-2026 t/m 31-12-2026 Peildatum (31-12-2026)
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar De vraag wordt niet op patiëntniveau gesteld maar op ziekenhuisniveau.

Veldnaam	Inhoud
Eerste aanleverdatum	2024

Indicator 2B Indicatorvelden, rekenregels en definities

Veldnaam	Inhoud
Indicatornaam	Aanwezigheid perfusiescans - regionaal
Indicatornummer	2B
Operationalisatie	Deze vraag wordt niet aan alle ziekenhuizen gesteld, maar alleen indien het ziekenhuis de vraag bij indicator 2A met "nee" beantwoord. Met indicator 2B wordt gevraagd indien het ziekenhuis "nee" antwoord op indicator 2A of er wel regionale afspraken zijn gemaakt met betrekking tot de perfusiescans. In kaart wordt gebracht of er schriftelijk inzichtelijk duidelijke afspraken binnen de regio zijn gemaakt voor het 24/7 beschikbaar zijn van een CTA en CT-perfusiescan en/of een MRA en MRI-perfusiescan en/of MRI DWI/FLAIR voor directe beeldvorming bij patiënten met een acuut herseninfarct inclusief directe beoordeling door een radioloog
Informatie voor cliënten	Inzicht in hoeveel ziekenhuizen op locatie niet 24/7 een CTA en CT-perfusiescan en/of een MRA en MRI-perfusiescan en/of MRI DWI/FLAIR beschikbaar hebben voor directe beeldvorming bij patiënten met een acuut herseninfarct inclusief directe beoordeling door een radioloog, maar hierover regionaal wel schriftelijk inzichtelijk duidelijke afspraken hebben gemaakt zodat de patiënten met een acuut herseninfarct die vallen in het late tijdsvensters binnen de regio doorverwezen worden naar een ander ziekenhuis voor beeldvorming.
Relevantie en toepasbaarheid	Inzicht in de aanwezigheid van perfusiescans is van belang om een beeld te krijgen van hoeveel ziekenhuizen in Nederland al zijn ingespeeld op de nieuwe ontwikkelingen in de behandeling van het acute herseninfarct. Indien een patiënt met een herseninfarct gunstige scan karakteristieken laat zien op een perfusiescan of MRI DWI/FLAIR, kan hij/zij ook nog buiten de conventionele tijdsvensters in aanmerking komen voor behandeling.
Type indicator	Structuur
Achtergrond van de indicator	Document: Kwaliteitsnormen Acute Beroertezorg opgesteld door de NVN en de NVvR Initiator: NVN
Doel van het meten en publiceren	Hoewel het doel is dat op termijn elk ziekenhuis waar zorg geleverd wordt aan acute CVA patiënten beschikt over een perfusiescan danwel een MRI DWI/FLAIR, kan het zijn dat door logistieke of financiële redenen dit in een aantal ziekenhuizen nog niet mogelijk is. Met deze vraag wordt inzicht gecreeërd hoeveel ziekenhuizen nog niet 24/7 beschikken over een CTA en CT perfusiescan en/of MRA en MRI-perfusiescan en/of een MRI DWI/FLAIR maar wel inspelen op nieuwe ontwikkelingen met betrekking tot behandeling in het late tijdsvensters. Door afspraken te maken binnen de regio en patiënten gelijk te presenteren in een ander ziekenhuis of door te verwijzen naar

Veldnaam	Inhoud
	een ander ziekenhuis indien de patiënt in aanmerking komt voor behandeling in het late tijdsvenster.
Transparantie	Transparant
Datatype	Ja/Nee
Vraag	Zijn er afspraken gemaakt binnen uw regio zodat er voor uw patiënten- met een acuut herseninfarct een CTA en CT-perfusiescan en/of een MRA en MRI-perfusiescan en/of MRI DWI/FLAIR 24 uur per dag, 7 dagen in de week, direct beschikbaar is voor beeldvorming, inclusief directe beoordeling door een radioloog?
Antwoordopties	Ja of nee; één antwoord mogelijk De vraag wordt niet op patiëntniveau gesteld maar op ziekenhuisniveau. Deze vraag wordt alleen gesteld indien op de vraag bij indicator 2A "nee" wordt geantwoord.
Definitie	De directe beoordeling mag ook plaatsvinden door een arts-assistent radiologie onder supervisie van de radioloog.
Aggregatieniveau	locatieniveau
Databron (registratie)	DASA
Meetperiode	01-01-2026 t/m 31-12-2026 Peildatum (31-12-2026)
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar De vraag wordt niet op patiëntniveau gesteld maar op ziekenhuisniveau.
Eerste aanleverdatum	2024

Indicator 3 Indicatorvelden, rekenregels en definities

Veldnaam	Inhoud
Indicatornaam	Vullingsgraad NIHSS bij opname
Indicatornummer	3
Operationalisatie	Vullingsgraad van de NIHSS totaalscore bij opname, uitgesplitst voor patiënten met een herseninfarct en hersenbloeding.
Informatie voor cliënten	Inzicht in de mate waarin ziekenhuizen werken met de NIHSS.
Relevantie en toepasbaarheid	De NIHSS score bij opname is een zeer noodzakelijke variabele om als casemixfactor toe te passen op een uitkomstindicator. Deze indicator heeft als doel het invullen van de NIHSS te motiveren. De NIHSS score kan gescoord worden op basis van het neurologisch onderzoek wat (los van de NIHSS score uitlevering aan de DASA) bij alle acute CVA patiënten wordt uitgevoerd bij presentatie op de SEH. Deze score is ook van belang voor de indicatiestelling voor een behandeling van het acuut CVA.
Type indicator	Proces
Achtergrond van de indicator	Document: richtlijn Herseninfarct en hersenbloeding Initiator: NVN
Doel van het meten en publiceren	Met het meten en publiceren van deze indicator wordt beoogd inzicht te krijgen in de mate waarop ziekenhuizen werken met de NIHSS, maar ook om het invullen van de NIHSS te stimuleren. De NIHSS-score is van belang in de acute fase van het CVA, maar meest belangrijk om als casemixfactor te kunnen toepassen op uitkomstindicatoren (en hiermee een eerlijk vergelijk tussen ziekenhuizen met verschillende populaties te kunnen bereiken).
Transparantie	Verplicht
Datatype	Percentage
Teller	Aantal patiënten waarbij de NIHSS totaalscore* bekend is bij opname.
Noemer A	Aantal patiënten met een herseninfarct.
Noemer B	Aantal patiënten met een hersenbloeding.
Vraag	n.v.t.
Antwoordopties	Percentage; één antwoord mogelijk
Definitie	*NIHSS: National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS): maat voor de ernst en uitgebreidheid van de neurologische uitval bij opname.
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	Alle patiënten met een cerebrovasculair accident (CVA) die zich in de acute fase presenteren op de spoedeisende hulp en/of klinisch zijn opgenomen. Onder CVA valt: (primaire) intracerebrale bloeding of herseninfarct. <ul style="list-style-type: none"> (primaire) Intracerebrale bloeding Hierbij hoort diagnosecode hersenbloeding (1102). Niet bedoeld worden: primaire subarachnoidale bloeding, subduraal hematoom, epiduraal hematoom, bloeding ten gevolge van arterioveneuze malformatie of hemorragische transformatie van cerebraal ruimte-innemend proces. Herseninfarct Hierbij hoort diagnosecode herseninfarct (1111). Niet bedoeld

Veldnaam	Inhoud
	wordt: transient ischemic attack (TIA) of (infarct ten gevolge van) sinustrombose.
Rekenregels en casemixcorrecties	Rekenregels: Aantal patiënten waarbij de NIHSS totaalscore bekend is, van het A) aantal patiënten met een herseninfarct, en B) aantal patiënten met een hersenbloeding
Databron (registratie)	DASA
Meetperiode	01-01-2026 t/m 31-12-2026
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2020

Indicator 4 Indicatorvelden, rekenregels en definities

Veldnaam	Inhoud
Indicatornaam	Begin-tot-deur tijd
Indicatornummer	4
Operationalisatie	Mediane begin-tot-deur tijd van het totaal aantal patiënten met een herseninfarct.
Informatie voor cliënten	Inzicht in de tijd tot aankomst van de patiënten in het ziekenhuis; dit geeft een indicatie van de behandelmogelijkheden.
Relevantie en toepasbaarheid	De tijd tot aankomst in het ziekenhuis zegt iets over de behandelmogelijkheden van de patiënten die in dat ziekenhuis komen, aangezien het/wel of niet kunnen behandelen van patiënten grotendeels tijdsafhankelijk is.
Type indicator	Proces
Achtergrond van de indicator	Document: richtlijn Herseninfarct en hersenbloeding Initiator: NVN
Doel van het meten en publiceren	Met het meten en publiceren van deze indicator wordt inzicht gegeven in de tijd tot aankomst van patiënten in het ziekenhuis, en geeft zo ook een indicatie van de behandelmogelijkheden. Deze indicator is relevant voor alle zorginstellingen.
Transparantie	Verplicht
Datatype	Aantal minuten
Teller	Mediane begin-tot-deur tijd*
Noemer	Totaal aantal patiënten met een herseninfarct.
Vraag	n.v.t.
Antwoordopties	Aantal minuten; één antwoord mogelijk
Definitie	*Begin: tijdstip van ontstaan klachten en/of symptomen van het herseninfarct; deur: tijdstip van presentatie op de spoedeisende hulp. Indien patiënt reeds opgenomen is, geldt het tijdstip waarop de neuroloog de patiënt ziet.
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	Herseninfarct: hierbij hoort diagnosecode herseninfarct (I111). Niet bedoeld wordt: transient ischemic attack (TIA) of (infarct ten gevolge van) sinustrombose.
Rekenregels en casemixcorrecties	Rekenregel: Mediane begin-tot-deur tijd van het totaal aantal patiënten met een herseninfarct
Databron (registratie)	DASA
Meetperiode	01-01-2026 t/m 31-12-2026
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2018

Indicator 5A Indicatorvelden, rekenregels en definities

Veldnaam	Inhoud
Indicatornaam	Intraveneuze trombolysse
Indicatornummer	5A
Operationalisatie	Percentage patiënten dat intraveneuze trombolysse heeft ondergaan als fractie van het totaal aantal patiënten met een herseninfarct.
Informatie voor cliënten	Inzicht in de verschillen tussen ziekenhuizen wat betreft het aantal patiënten dat intraveneuze trombolysse krijgt.
Relevantie en toepasbaarheid	Het trombolyssepercentage is een belangrijke indicator te evalueren hoeveel procent van de patiënten intraveneuze trombolysse krijgt en of dit verschillend is tussen de verschillende ziekenhuizen.
Type indicator	Proces
Achtergrond van de indicator	Document: Richtlijn Herseninfarct en hersenbloeding NVN Initiator: NVN De indicator is tevens terug te vinden in de Sentinal Stroke National Audit (SSNAP, Engeland/Wales/Noord-Ierland)
Doel van het meten en publiceren	Het doel van het meten en publiceren van deze indicator is om inzicht te krijgen in de proportie patiënten met een herseninfarct die wordt behandeld met intraveneuze trombolysse. Deze indicator is relevant voor zorginstellingen die intraveneuze trombolysse aanbieden.
Transparantie	Verplicht
Datatype	Percentage
Teller	Aantal patiënten dat intraveneuze trombolysse heeft ondergaan.
Noemer	Aantal niet-verwezen patiënten met een herseninfarct
Antwoordopties	Percentage; één antwoord mogelijk
Vraag	n.v.t.
Definitie	*Niet-verwezen patiënt: patiënt presenteerde zich primair op de spoedeisende hulp van een centrum of was hier reeds klinisch opgenomen.
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	Herseninfarct: hierbij hoort diagnosecode herseninfarct (I111). Niet bedoeld wordt: transient ischemic attack (TIA) of (infarct ten gevolge van) sinustrombose.
Rekenregels en casemixcorrecties	Rekenregel: Aantal patiënten dat intraveneuze trombolysse heeft ondergaan van het totaal aantal niet-verwezen patiënten met een herseninfarct
Databron (registratie)	DASA
Meetperiode	01-01-2026 t/m 31-12-2026
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2014

Indicator 5B Indicatorvelden, rekenregels en definities

Veldnaam	Inhoud
Indicatornaam	Deur-tot-naald tijd
Indicatornummer	5B
Operationalisatie	Mediane deur-tot-naald tijd van het totaal aantal patiënten met een herseninfarct dat intraveneuze trombolyse heeft ondergaan.
Informatie voor cliënten	Inzicht in de tijd van presentatie in het ziekenhuis tot intraveneuze trombolyse.
Relevantie en toepasbaarheid	De tijd van presentatie in het ziekenhuis tot intraveneuze trombolyse is een belangrijke kwaliteitsindicator, aangezien het effect van de behandeling grotendeels tijdsafhankelijk is.
Type indicator	Proces
Achtergrond van de indicator	Document: kwaliteitscriteria acute beroertezorg NVN en richtlijn 'Herseninfarct en hersenbloeding'. Initiator: NVN Deze indicator is tevens opgenomen in de indicatorenset van de Sentinel Stroke National Audit (SSNAP, Engeland/Wales/Noord-Ierland).
Doel van het meten en publiceren	Met het meten en publiceren wordt de snelheid van het proces rondom intraveneuze trombolyse inzichtelijk gemaakt per ziekenhuis. Verlengde tijden t.o.v. de benchmark kunnen een stimulans vormen om het proces rondom intraveneuze trombolyse te verbeteren. Deze indicator is relevant voor zorginstellingen die intraveneuze trombolyse aanbieden.
Transparantie	Verplicht
Datatype	Aantal minuten
Teller	Mediane deur-tot-naald tijd*
Noemer	Totaal aantal patiënten met een herseninfarct dat intraveneuze trombolyse heeft ondergaan
Vraag	n.v.t.
Antwoordopties	Aantal minuten; één antwoord mogelijk
Definitie	*Deur: tijdstip van presentatie op de spoedeisende hulp. Indien patiënt reeds opgenomen is, geldt het tijdstip waarop de neuroloog de patiënt ziet; naald: tijdstip van start toediening van intraveneuze trombolyse.
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	Alle patiënten met een herseninfarct die intraveneuze trombolyse hebben ondergaan. Herseninfarct: hierbij hoort diagnosecode herseninfarct (1111). Niet bedoeld wordt: transient ischemic attack (TIA) of (infarct ten gevolge van) sinustrombose.
Rekenregels en casemixcorrecties	Rekenregel: Mediane deur-tot-naald-tijd van het totaal aantal patiënten met een herseninfarct dat intraveneuze trombolyse heeft ondergaan.
Databron (registratie)	DASA
Meetperiode	01-01-2026 t/m 31-12-2026
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2014

Indicator 6A Indicatorvelden, rekenregels en definities

Veldnaam	Inhoud
Indicatornaam	Endovasculaire trombectomie
Indicatornummer	6A
Operationalisatie	Aantal patiënten met een herseninfarct dat een endovasculaire trombectomie heeft ondergaan, uitgesplitst voor verwezen en niet-verwezen patiënten.
Informatie voor cliënten	Inzicht in het aantal patiënten dat endovasculaire trombectomie krijgt.
Relevantie en toepasbaarheid	Het aantal patiënten dat een trombectomie krijgt is belangrijk om transparant te maken om te toetsen aan de norm. Het onderscheid tussen verwezen en niet-verwezen patiënten hangt samen met de behandel tijden, aangezien bij een verwezen patiënt de deur-tot-lies tijd korter is omdat in het primaire centrum de diagnostiek al is afgerond en de indicatie is gesteld.
Type indicator	Proces
Achtergrond van de indicator	Document: Richtlijn herseninfarct en hersenbloeding Initiator: NVN
Doel van het meten en publiceren	Het doel van het meten en publiceren van deze indicator is om inzicht te krijgen in de proportie patiënten met een herseninfarct die wordt behandeld met endovasculaire trombectomie. Deze indicator is relevant voor zorginstellingen die endovasculaire trombectomie aanbieden.
Transparantie	Verplicht
Datatype	Aantal
Teller A	Aantal patiënten met een herseninfarct dat een endovasculaire trombectomie heeft ondergaan.
Teller B	Aantal verwezen patiënten* met een herseninfarct dat endovasculaire trombectomie heeft ondergaan.
Teller C	Aantal niet-verwezen patiënten** met een herseninfarct endovasculaire trombectomie heeft ondergaan.
Vraag	n.v.t.
Antwoordopties	Aantal; één antwoord mogelijk per teller
Definitie	*Verwezen patiënt: patiënt is door een ander centrum verwezen naar een centrum voor endovasculaire trombectomie. **Niet-verwezen patiënt: patiënt presenteerde zich primair op de spoedeisende hulp van een centrum voor endovasculaire trombectomie of was hier reeds klinisch opgenomen.
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	Alle patiënten met een herseninfarct die endovasculaire trombectomie hebben ondergaan. Herseninfarct: hierbij hoort diagnosecode herseninfarct (1111). Niet bedoeld wordt: transient ischemic attack (TIA) of (infarct ten gevolge van) sinustrombose.
Rekenregels en casemixcorrecties	Rekenregels: A) Aantal patiënten met een herseninfarct dat een endovasculaire trombectomie heeft ondergaan B) Aantal verwezen patiënten* met een herseninfarct dat endovasculaire trombectomie heeft ondergaan. C) Aantal niet-verwezen patiënten** met een herseninfarct dat endovasculaire trombectomie heeft ondergaan.
Databron (registratie)	DASA

Veldnaam	Inhoud
Meetperiode	01-01-2026 t/m 31-12-2026
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2017

Indicator 6B Indicatorvelden, rekenregels en definities

Veldnaam	Inhoud
Indicatornaam	Deur-tot-lies tijd
Indicatornummer	6B
Operationalisatie	Mediane deur-tot-lies tijd van het totaal aantal patiënten met een herseninfarct dat een endovasculaire trombectomie heeft ondergaan, uitgesplitst voor verwezen en niet-verwezen patiënten.
Informatie voor cliënten	Inzicht in de tijd van presentatie in het ziekenhuis tot endovasculaire trombectomie
Relevantie en toepasbaarheid	De tijd van presentatie in het ziekenhuis tot endovasculaire trombectomie is een belangrijke kwaliteitsindicator, aangezien het effect van de behandeling grotendeels tijdsafhankelijk is. Het onderscheid hierbij tussen verwezen en niet-verwezen patiënten is belangrijk omdat bij verwezen patiënten de deur-tot-lies tijd korter is omdat in het primaire centrum de diagnostiek al is afgerond en de indicatie is gesteld.
Type indicator	Proces
Achtergrond van de indicator	Document: richtlijn Herseninfarct en hersenbloeding Initiator: NVN
Doel van het meten en publiceren	Met het meten en publiceren wordt de snelheid van het proces rondom endovasculaire trombectomie inzichtelijke gemaakt per ziekenhuis. Verlengde tijden t.o.v. de benchmark kunnen een stimulans vormen om het proces rondom endovasculaire trombectomie te verbeteren. Deze indicator is relevant voor zorginstellingen die endovasculaire trombectomie aanbieden.
Transparantie	Verplicht
Datatype	Aantal minuten
Teller	Mediane deur-tot-lies tijd*
Noemer A	Totaal aantal patiënten met een herseninfarct dat een endovasculaire trombectomie heeft ondergaan.
Noemer B	Totaal aantal verwezen patiënten** met een herseninfarct dat een endovasculaire trombectomie heeft ondergaan.
Noemer C	Totaal aantal niet-verwezen patiënten*** met een herseninfarct dat een endovasculaire trombectomie heeft ondergaan.
Vraag	n.v.t.
Antwoordopties	Aantal minuten; één antwoord mogelijk
Definitie	*Deur: tijdstip van presentatie op de spoedeisende hulp. Indien patiënt reeds opgenomen is, geldt het tijdstip dat de neuroloog de patiënt ziet; lies: tijdstip van aanpakken van de lies voor start endovasculaire trombectomie. **Verwezen patiënt: patiënt is door een ander centrum verwezen naar een centrum voor endovasculaire trombectomie. ***Niet-verwezen patiënt: patiënt presenteerde zich primair op de spoedeisende hulp van een centrum voor endovasculaire trombectomie of was hier reeds klinisch opgenomen.
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	Alle patiënten met een herseninfarct die endovasculaire trombectomie hebben ondergaan. Herseninfarct: hierbij hoort diagnosecode herseninfarct (I111). Niet bedoeld wordt: transient ischemic attack (TIA) of (infarct ten gevolge van) sinustrombose.

Veldnaam	Inhoud
Rekenregels en casemixcorrecties	Rekenregels: Mediane deur-tot-lies tijd van het A) totaal aantal patiënten met een herseninfarct dat een endovasculaire trombectomie heeft ondergaan. B) Totaal aantal verwezen patiënten** met een herseninfarct dat een endovasculaire trombectomie heeft ondergaan. C) Totaal aantal niet-verwezen patiënten*** met een herseninfarct dat een endovasculaire trombectomie heeft ondergaan.
Databron (registratie)	DASA
Meetperiode	01-01-2026 t/m 31-12-2026
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2017

Indicator 7 Indicatorvelden, rekenregels en definities

Veldnaam	Inhoud
Indicatornaam	Deur-in-deur-uit tijd
Indicatornummer	7
Operationalisatie	Mediane deur-in-deur-uit tijd in het verwijzend centrum van het totaal aantal patiënten met een herseninfarct die werden verwezen naar een ander centrum voor endovasculaire trombectomie
Informatie voor cliënten	Inzicht in de tijd van presentatie in het verwijzend ziekenhuis tot aan het verlaten van het verwijzend ziekenhuis voor patiënten die worden doorverwezen naar een ander centrum voor behandeling met endovasculaire trombectomie
Relevantie en toepasbaarheid	De tijd van presentatie tot het verlaten van een verwijzend centrum is een belangrijke kwaliteitsindicator, aangezien het effect van de behandeling grotendeels tijdsafhankelijk is. Deze indicator geeft inzicht in de snelheid van de doorlooptijd binnen het verwijzend centrum.
Type indicator	Proces
Achtergrond van de indicator	Document: richtlijn Herseninfarct en hersenbloeding Initiator: NVN
Doel van het meten en publiceren	Doel van het meten van deze indicator is om ziekenhuizen inzicht te geven in hun eigen deur-in-deur-uit tijd voor verwezen patiënten, deze te kunnen vergelijken met de benchmark en eventueel het startpunt te zijn van verbeterplannen.
Transparantie	Verplicht
Datatype	Aantal minuten
Teller	Mediane deur-in-deur-uit tijd* in het verwijzend centrum**
Noemer	Totaal aantal patiënten met een herseninfarct die werden verwezen naar een ander centrum voor behandeling met endovasculaire trombectomie
Antwoordopties	Eén antwoord mogelijk; aantal minuten
Definitie	*Deur-in: tijdstip van presentatie op de spoedeisende hulp van het verwijzende centrum. Indien patiënt reeds opgenomen is in het verwijzende centrum, geldt het tijdstip waarop de neuroloog de patiënt ziet; deur-uit: Tijdstip van verlaten van het verwijzende centrum. **Verwijzend centrum: centrum waar vanuit de patiënt wordt doorverwezen naar een ander centrum voor endovasculaire trombectomie
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	Alle patiënten met een herseninfarct die zijn verwezen naar een ander centrum voor endovasculaire trombectomie. Herseninfarct: hierbij hoort diagnosecode herseninfarct (I111). Niet bedoeld wordt: transient ischemic attack (TIA) of (infarct ten gevolge van) sinustrombose.
Rekenregels en casemixcorrectie	Teller: mediane tijd in minuten tussen presentatie tijd (samengesteld uit presseh EN pressehuur EN pressehminuut) en deur-uit tijd (samengesteld uit doorout EN dooroutuur EN dooroutminuut) Noemer: diagnosetype = 2 EN iat-verwezen = 1 Casemixcorrectie: geen
Meetperiode	01-01-2026 t/m 31-12-2026

Veldnaam	Inhoud
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	01-01-2022

Indicator 8 Indicatorvelden, rekenregels en definities

Veldnaam	Inhoud
Indicatornaam	Vullingsgraad mRs
Indicatornummer	8
Operationalisatie	Vullingsgraad van modified Rankin scale (mRs) score (maat voor functionele gezondheidstoestand) binnen 3 maanden na presentatie, uitgesplitst voor patiënten met een herseninfarct en hersenbloeding.
Informatie voor cliënten	Inzicht in de mate waarin ziekenhuizen werken met de modified Ranking Scale.
Relevantie en toepasbaarheid	De modified Rankin Scale score is een globaal veel gebruikte uitkomstmaat.
Type indicator	Proces
Achtergrond van de indicator	De mRS-score is globaal een veel gebruikte uitkomstmaat van stroke zorg, en geeft de functionele gezondheidstoestand van de patiënt weer na het CVA.
Doel van het meten en publiceren	<p>Met het meten en publiceren van deze indicator wordt beoogd inzicht te krijgen in de mate waarop ziekenhuizen werken met de mRS-score, maar ook om het invullen van de mRS te stimuleren. Verhoogde vullingsgraden van de mRS-score zouden de mogelijkheid geven om een uitkomstindicator hierop te baseren. De vullingsgraad van de mRS is van belang voor alle zorginstellingen.</p> <p>Het is echter naar voren gekomen in de loop van de jaren dat sommige ziekenhuizen veel registratielast ervaren bij het afnemen van de mRS score op 3 maanden na de beroerte bij alle patiënten. Onder andere omdat een deel van de patiënten verwezen wordt naar revalidatie en/of geen follow up meer krijgt op 3 maanden na ontslag.</p> <p>Om de registratielast te verminderen en om meer in lijn te zijn met het natraject zoals deze ingericht is in sommige ziekenhuizen, is het vanaf 2026 mogelijk om de mRS op een variabel moment te scoren in de eerste 3 maanden na het herseninfarct of de hersenbloeding.</p>
Transparantie	Verplicht
Datatype	Percentage
Teller	Aantal patiënten waarbij de mRs score* bekend is.
Noemer A	Aantal patiënten met een herseninfarct.
Noemer B	Aantal patiënten met een hersenbloeding.
Vraag	n.v.t.
Antwoordopties	Percentage; één antwoord mogelijk
Definitie	<p>*De mRs score dient te worden uitgevraagd 3 maanden na presentatie van de patiënt met klachten en/of symptomen van een CVA.</p> <p>Indien uitvraag op 3 maanden niet mogelijk is dan mag de mRS eerder gescoord worden, op een moment welke aansluit bij het natraject zoals deze ingericht is in het ziekenhuis.</p>
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	Alle patiënten met een cerebrovasculair accident (CVA) die zich in de acute fase presenteren op de spoedeisende hulp

Veldnaam	Inhoud
	<p>en/of klinisch zijn opgenomen. Onder CVA valt: (primaire) intracerebrale bloeding of herseninfarct.</p> <ul style="list-style-type: none"> (primaire) Intracerebrale bloeding Hierbij hoort diagnosecode hersenbloeding (1102). Niet bedoeld worden: primaire subarachnoïdale bloeding, subduraal hematoom, epiduraal hematoom, bloeding ten gevolge van arterioveneuze malformatie of hemorragische transformatie van cerebraal ruimte-innemend proces. Herseninfarct Hierbij hoort diagnosecode herseninfarct (1111). Niet bedoeld wordt: transient ischemic attack (TIA) of (infarct ten gevolge van) sinustrombose.
Rekenregels en casemixcorrecties	Rekenregels: Aantal patiënten waarbij de mRS-score bekend is van A) het totaal aantal patiënten met een herseninfarct, B) het totaal aantal patiënten met een hersenbloeding
Databron (registratie)	DASA
Meetperiode	01-10-2025 t/m 30-09-2026
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2020

5 Wijzigingen

Wijzigingstabel ten opzichte van de gids van verslagjaar 2025

Nieuw of gewijzigd in indicatorenset

Indicatornummer (deze gids)	Type wijziging	Toelichting wijziging
2A en B	<input type="checkbox"/> Indicator is nieuw. <input type="checkbox"/> Indicatornummer is gewijzigd ten opzichte van de gids van vorig verslagjaar. <input checked="" type="checkbox"/> In de indicator zijn ter verduidelijking tekstuele wijzigingen doorgevoerd. De berekening wijzigt niet ten opzichte van het vorig verslagjaar. <input type="checkbox"/> 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.	Definitie toegevoegd: De directe beoordeling mag ook plaatsvinden door een arts-assistent radiologie onder supervisie van de radioloog.
7	<input checked="" type="checkbox"/> Indicator is nieuw. <input type="checkbox"/> Indicatornummer is gewijzigd ten opzichte van de gids van vorig verslagjaar. <input type="checkbox"/> In de indicator zijn ter verduidelijking tekstuele wijzigingen doorgevoerd. De berekening wijzigt niet ten opzichte van het vorig verslagjaar. <input type="checkbox"/> 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.	<p>Deze indicator is nieuw opgenomen in de set, ter vervanging van de deur-tot-deur-tot-lies tijd indicator (indicator 7 in registratiejaar 2025). De deur-tot-deur-tot-lies tijd (DTDTLT) indicator was eerder opgenomen als vrijwillig transparante indicator. Vanaf 2026 wordt het echter afgeraden om vrijwillig transparante indicatoren op te nemen. Hoewel deze indicator relevant is, omdat het het volledige tijdsinterval omvat van aankomst in het eerste ziekenhuis tot de start van de EVT behandeling in het EVT centrum, is de vullingsgraad momenteel onvoldoende om de indicator als verplicht transparant op te nemen.</p> <p>De DTDTLT indicator wordt namelijk berekend op basis van een koppeling tussen gegevens van het primaire en</p>

Indicatornummer (deze gids)	Type wijziging	Toelichting wijziging
		<p>het EVT centrum, met behulp van een uniek nummer dat de dataverwerker (MRDM) genereert op basis van het BSN. Door wetgeving leveren sommige ziekenhuizen echter geen BSN aan bij kwaliteitsregistraties, waardoor de koppeling en dus de vulling onvolledig is.</p> <p>Sinds 2025 is het voor EVT centra mogelijk om de deurtijd van het primaire centrum handmatig te registreren, zodat de indicator berekend kan worden zonder koppeling via BSN. Het is echter nog onduidelijk of dit daadwerkelijk leidt tot een structurele verbetering van de vullingsgraad.</p> <p>Om die reden is ervoor gekozen om in plaats van de DTDTLT de deur-in-deur-uit tijd (DIDO) transparant op te nemen. Deze is een onderdeel van de DTDTLT, namelijk het tijdsinterval vanaf aankomst in het primaire centrum tot aan het vertrek richting EVT-centrum. Uit analyses blijkt dat juist in deze fase de grootste variatie tussen ziekenhuizen bestaat.</p>
8	<p><input type="checkbox"/> Indicator is nieuw.</p> <p><input type="checkbox"/> Indicatornummer is gewijzigd ten opzichte van de gids van vorig verslagjaar.</p> <p><input type="checkbox"/> In de indicator zijn ter verduidelijking tekstuele wijzigingen doorgevoerd. De berekening wijzigt niet ten opzichte van het vorig verslagjaar.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 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</p>	<p>Er zijn signalen binnen gekomen vanuit een aantal ziekenhuizen dat zij veel registratielast ervaren bij het afnemen van de mRS score bij alle patiënten op 3 maanden. Onder andere omdat een deel van de patiënten vanuit het ziekenhuis ontslagen wordt naar de revalidatiezorg bijvoorbeeld en niet meer een follow-up krijgen in het ziekenhuis. De vullingsgraad van de mRS score blijft onder andere hierdoor wat achter en juist bij deze uitkomstindicator is het belangrijk dat er goede</p>

Indicatornummer (deze gids)	Type wijziging	Toelichting wijziging
	aangemaakt.	vullingsgraden worden bereikt omdat lage vullingsgraden ertoe kunnen leiden dat er niet eerlijk vergeleken kan worden tussen ziekenhuizen. Daarom is besloten om ziekenhuizen de mogelijkheid te geven om de mRS eerder te scoren dan op 3 maanden. Om de registratielast te verminderen en om meer in lijn te zijn met het natraject zoals deze ingericht is in sommige ziekenhuizen. De voorkeur blijft om de mRS op 3 maanden na het infarct te scoren, maar indien dit niet mogelijk is voor het ziekenhuis mag de mRS op een eerder moment gescoord worden. Deze vullingsgraad van de mRS zal transparant blijven in plaats van de mRS scores zelf, om het invullen van de mRS score te stimuleren. En om te achterhalen of door de mogelijkheid om eerder de mRS score in te vullen de vullingsgraden van de mRS scores zullen verbeteren.

Verwijderd uit indicatorenset

Indicatornummer (vorig verslagjaar)	Type wijziging	Toelichting wijziging
7 (deur-tot-deur-tot-lies)	Indicator wordt niet meer vrijwillig transparant uitgevraagd.	Zie de toelichting bij de nieuwe indicator 7 in de tabel hierboven.

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: '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').
Transparantie	- verplicht (publicatie in Openbare Database van Zorginstituut Nederland)
Type indicator	- Uitkomst - Proces - Structuur
Relevantie	Geef aan waarom de indicator relevant is en voor wie.
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)
Bron (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.
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

Term	Toelichting
	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.
In-/exclusiecriteria	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.
Aanleverniveau	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.
Eerste aanleverdatum	Geef inzicht op welke datum de indicator voor de eerste keer bij het Zorginstituut is aangeleverd. Deze datum wordt opgenomen op de Transparantiekalender.