

# Indicatorenset Blaascarcinoom

Uitvraag ziekenhuizen/ZBC's over verslagjaar 2026

Versie, 9 april 2025

Meer informatie op:

- OmniQ (portaal van DHD) voor aanlevering kwaliteitsgegevens verslagjaar 2024  
<https://extranet.dhd.nl/producten/OmniQ>
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen: [www.nvz-ziekenhuizen.nl](http://www.nvz-ziekenhuizen.nl)
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra: [www.nfu.nl](http://www.nfu.nl)
- Zelfstandige Klinieken Nederland: [www.zkn.nl](http://www.zkn.nl)
- Zorginstituut Nederland: <http://www.zorginzicht.nl>

Samengesteld door:

- Nederlandse Federatie van Kankerpatiënten organisaties (NFK)
- Leven met blaas- of nierkanker
- Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU)
- Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie (NVRO)
- Nederlandse Internisten Vereniging (NIV)
- Federatie Medisch Specialisten (FMS)
- Verzorgenden & Verpleegkundigen Nederland, Urologie (V&VN)
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)
- Organisaties van zorgverzekeraars of Wlz-uitvoerders:
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
- Met inbreng van:
- Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL)
- Dutch Institute for Clinical Auditing (DICA)

Contactinformatie:

- Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU)
- Cécile Overman, [kwiteit@nvu.nl](mailto:kwiteit@nvu.nl)

**Deze indicatorset is opgenomen in het register van Zorginstituut Nederland. Vrijwillige en verplichte indicatoren worden aangeleverd via het door de koepelorganisaties 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 Indicatoren	5
Indicator 1 Indicatorvelden, rekenregels en definities	5
Indicator 2 Indicatorvelden, rekenregels en definities	7
Indicator 3 Indicatorvelden, rekenregels en definities	9
4 Wijzigingen	11
Nieuw of gewijzigd in indicatorenset	11
Bijlage: Toelichting op informatie per indicator	13
Toelichting indicatorvelden, rekenregels en definities	13
Bijlage: Toelichting bij indicator 2	15
Casemix factoren bij indicator 2	15

## 1 Overzicht indicatoren

### Alle indicatoren

Indicator-nummer	Indicator-naam	Bron	Transparantie
1	Volume	Ziekenhuisregistratie/EPD	verplicht
2	30-dagen complicaties en mortaliteit	Ziekenhuisregistratie/EPD	verplicht
3	PROMs	Ziekenhuisregistratie/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

- De indicatoren zijn gebaseerd op de richtlijn blaascarcinoom
- Er wordt gespecificeerd op welk niveau de indicatoren aangeleverd moeten worden (bijvoorbeeld op niveau van de ziekenhuislocatie of het ziekenhuisconcern bij aanwezigheid van meerdere locaties).

### 2.2 Populatiebepaling

Voor alle indicatoren in deze indicatorenset bestaat de populatie uit patiënten die omwille van blaaskanker, ICD-10 code C67 "Maligne neoplasma van de blaas," een radicale cystectomie ondergaan.

- Radicale cystectomie, zorgactiviteit codes:
  - o 036250 Totale cystectomie, open procedure (zie 036256 voor laparoscopisch).
  - o 036251 Cystectomie met eenvoudige deviatie van de urinewegen.
  - o 036252 Totale cystectomie met urinedeviatie door middel van het implanteren van een of beide ureteren in een geïsoleerd darmsegment, in een zitting.
  - o 036253 Totale cystectomie met aanleggen van een continent urostoma, in een zitting.
  - o 036256 Laparoscopische totale cystectomie (zie 036250 voor open procedure).
  - o 036257 Totale blaasvervanging met behulp van een geïsoleerd darmsegment zonder stoma, open procedure (zie 036258 voor laparoscopisch).
  - o 036258 Totale blaasvervanging met behulp van een geïsoleerd darmsegment zonder stoma, inclusief de cystectomie, laparoscopisch (zie 036257 voor open procedure).

### 2.3 Aanlevering van de gegevens

Via [www.zorginzicht.nl](http://www.zorginzicht.nl) is het processchema te raadplegen voor de aanlevering van de gegevens behorende bij de indicatoren.

### 2.4 Indicatorenwerkgroep

De werkgroep voor het onderhoud van de indicatorset Blaascarcinoom bestond in 2025 uit de volgende personen:

- Dhr. J. Oddens, uroloog (NVU)
- Dhr. A.G. van der Heijden (NVU)
- Dhr. J. Noteboom, radiotherapeut-oncoloog (NVRO)
- Dhr. R. van Alphen, internist-oncoloog (NIV/NVMO)
- Mw. E. Wolak, projectleider (Patiëntenvereniging blaas- of nierkanker)
- Mw. M. van der Waals, beleidsadviseur (NVZ)
- Mw. M. Boereboom, beleidsadviseur (NVZ)
- Mw. E. van Koevinge, secretaris (V&VN)
- Mw. L. Vunderink, vertegenwoordiger (ZN)
- Mw. J. Gehlen, medisch adviseur (ZN)
- Mw. K. Aben, senior onderzoeker (IKNL; adviserend)
- Mw. Janneke Hazelhoff (DICA; adviserend)

### 3 Indicatoren

In bijlage 1 staan alle velden in onderstaande indicatortabel toegelicht.

#### Indicator 1 Indicatorvelden, rekenregels en definities

Veldnaam	Inhoud
<b>Indicatornaam</b>	Indicator 1 - volume
<b>Indicatornummer</b>	1
<b>Operationalisatie</b>	Aantal cystectomieën voor blaaskanker in het verslagjaar op uw ziekenhuislocatie en het aantal urologen op de peildatum cystectomieën voor blaaskanker op uw ziekenhuislocatie uitvoeren.
<b>Informatie voor cliënten</b>	Patiënten geven aan dat zij graag behandeld willen worden door een arts die vaak een bepaalde handeling doet; het vaker verrichten van de handeling vergroot de vaardigheid.
<b>Transparantie</b>	verplicht
<b>Type indicator</b>	structuur
<b>Relevantie</b>	<p>Hogere volumes van cystectomieën zijn geassocieerd met betere uitkomsten voor patiënten, waaronder lagere sterftcijfers en een verminderd risico op complicaties. Hoewel er geen universeel aanvaarde drempel is voor het optimale jaarlijkse volume, suggereren meerdere studies dat ziekenhuizen met volumes van 20 of meer cystectomieën per jaar over het algemeen betere resultaten behalen.</p> <p>In de Europese blaaskanker richtlijn is de aanbeveling sinds 2025 ook dat er tenminste 20 procedures per ziekenhuis/per jaar dienen te worden verricht.</p> <p>Referenties:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Van der Heijden, A.G., et al. European Association of Urology Guidelines on Muscle-invasive and Metastatic Bladder Cancer: Summary of the 2025 Guidelines. Eur Urol. 2025 Mar 17:S0302-2838(25) 00138-1.</li> <li>• Bruins, H.M., et al. The Importance of Hospital and Surgeon Volume as Major Determinants of Morbidity and Mortality After Radical Cystectomy for Bladder Cancer: A Systematic Review and Recommendations by the European Association of Urology Muscle-invasive and Metastatic Bladder Cancer Guideline Panel. Eur Urol Oncol, 2020. 3: 131.</li> <li>• Richters, A., et al. Hospital volume is associated with postoperative mortality after radical cystectomy for treatment of bladder cancer. BJU Int, 2021. 128: 511.</li> <li>• Llorente, C., et al. Effect of hospital volume on 90-day mortality after radical cystectomy for bladder cancer in Spain. World J Urol, 2020. 38: 1221.</li> <li>• Herrera JC et al. National Trends and Impact of Regionalization of Radical Cystectomy on Survival Outcomes in Patients with Muscle Invasive Bladder Cancer. Clin Genitourin Cancer. 2020 Dec;18(6):e762-e770.</li> </ul>
<b>Datatype</b>	aantal
<b>Bron (achtergrond) van de indicator</b>	Document: richtlijn Blaascarcinoom Initiator: NVU/EAU
<b>Teller(s)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1a: Hoeveel urologen voerden op de peildatum cystectomieën voor blaaskanker uit op uw ziekenhuislocatie?</li> <li>• 1b: Hoeveel cystectomieën voor blaaskanker werden in het verslagjaar op uw ziekenhuislocatie verricht?</li> </ul>

<b>Veldnaam</b>	<b>Inhoud</b>
<b>Noemer</b>	n.v.t.
<b>Vraag</b>	n.v.t.
<b>Antwoordopties</b>	één antwoord mogelijk
<b>Definitie</b>	Indien n.v.t. wordt aangevinkt, worden alleen de vragen gesteld die niet over de operatie gaan. Dit is bedoeld voor ziekenhuizen die minimaal diagnostiek voor blaascarcinoom verrichten.
<b>In-/exclusiecriteria</b>	-
<b>Casemix</b>	-
<b>Databron (registratie)</b>	Ziekenhuisregistratie / EPD: de informatie wordt lokaal bij het ziekenhuis uitgevraagd. Ziekenhuizen moeten de informatie zelf invullen.
<b>Norm</b>	Minimaal 20 ingrepen per jaar per locatie uitgevoerd door gekwalificeerde urologen. Deze indicator is onderdeel van de SONCOS-uitvraag/ het SONCOS normeringsrapport - versie 13 (2025).
<b>Meetperiode</b>	01-07-2025 t/m 30-06-2026
<b>Aanleverfrequentie</b>	één keer per jaar
<b>Aanleverniveau</b>	concernniveau met verwijzende opmerkingen bij iedere locatie

**Indicator 2 Indicatorvelden, rekenregels en definities**

<b>Veldnaam</b>	<b>Inhoud</b>
<b>Indicatornaam</b>	Indicator 2 - 30 dagen complicaties en mortaliteit
<b>Indicatornummer</b>	2
<b>Operationalisatie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2a: Het percentage patiënten waarbij blaaskanker is vastgesteld en dat binnen 30 dagen na de cystectomie complicaties ondervindt (ClavienDindo score 3 en/of 4, m.u.v. 5).</li> <li>• 2b: Het percentage patiënten waarbij blaaskanker is vastgesteld en dat binnen 30 dagen na de cystectomie is overleden (ClavienDindo score 5).</li> <li>• 2c: De gemiddelde ASA score van patiënten met blaaskanker waarbij als primaire behandeling een cystectomie is uitgevoerd.</li> </ul>
<b>Informatie voor cliënten</b>	Patiënten geven aan dat zij graag inzicht hebben in de korte en lange termijn complicaties wanneer de diagnose blaaskanker wordt gesteld. Het relateren van overleving aan kwaliteit van de geleverde zorg is lastig, aangezien overleving grotendeels gerelateerd is aan de ziekte zelf (onafhankelijk van de geleverde zorg). Hierbij is het erg van belang om patiënt-karakteristieken in kaart te brengen, aangezien deze ook een rol kunnen spelen.
<b>Transparantie</b>	verplicht
<b>Type indicator</b>	uitkomst
<b>Relevantie</b>	<p>Kwaliteitsdomein: effectiviteit</p> <p>De kwaliteit van een radicale cystectomie wordt bepaald door de indicatiestelling, de radicaliteit van de ingreep (zich uitend in oncologische resultaten en ziektespecifieke overleving), en het aantal complicaties. Binnen de context van de chirurgische behandeling van blaascarcinoom geldt het optreden van eventuele complicaties als een onvermijdelijk en inherent onderdeel van de interventie. Zoals in de literatuur bekend is er frequent sprake van complicaties waarvan de minderheid score 3 en 4 volgens ClavienDindo maar er bestaat (internationaal) variatie.<sup>1,2</sup> De verwachting is dat deze variatie ook in Nederland aanwezig is. Bij overlijden binnen 30 dagen na de cystectomie is er een verband te verwachten met de ingreep. Vastgesteld is dat de 30-dagen mortaliteit niet boven de 6% moet komen in Nederland. Hierbij speelt de comorbiditeit van de patiënt een rol en hiermee zal rekening moeten worden gehouden mocht men dit gaan meten.</p> <p>Referenties:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Roghmann F, et al. Standardized assessment of complications in a contemporary series of European patients undergoing radical cystectomy. Int J Urol. 2014.</li> <li>2. Novara G, et al. Systematic review and cumulative analysis of perioperative outcomes and complications after robot-assisted radical cystectomy. Eur Urol. 2015.</li> </ol>
<b>Datatype</b>	percentage
<b>Bron (achtergrond) van de indicator</b>	Document: richtlijn Blaascarcinoom Initiator: NVU/EAU
<b>Teller(s)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2a: Het aantal patiënten dat een cystectomie onderging voor blaaskanker en dat binnen 30 dagen na de ingreep complicaties ondervindt, zijnde ClavienDindo score 3 en/of 4, waarbij de hoogste score per patiënt wordt meegenomen. <i>Patiënten met score 5 worden niet meegenomen.</i></li> <li>• 2b: Het aantal patiënten dat een cystectomie onderging voor blaaskanker en dat binnen 30 dagen na de ingreep is overleden.</li> <li>• 2c: De som van alle ASA scores van patiënten met blaaskanker</li> </ul>

<b>Veldnaam</b>	<b>Inhoud</b>
	waarbij als primaire behandeling een cystectomie is uitgevoerd.
<b>Noemer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2a: Het aantal patiënten dat een cystectomie onderging als behandeling voor blaaskanker.</li> <li>• 2b: Het aantal patiënten dat een cystectomie onderging als behandeling voor blaaskanker.</li> <li>• 2c: Het aantal patiënten dat een cystectomie onderging als behandeling voor blaaskanker en waarbij de ASA score bekend is.</li> </ul>
<b>Vraag</b>	n.v.t.
<b>Antwoordopties</b>	één antwoord mogelijk
<b>Definitie</b>	n.v.t.
<b>In-/exclusiecriteria</b>	-
<b>Casemix</b>	ASA-score, zie toelichting in bijlage 2
<b>Databron (registratie)</b>	Ziekenhuis registratie / EPD
<b>Norm</b>	De 30-dagen mortaliteit dient niet boven de 6% uit te komen (kwaliteitsnormen NVU blaascarcinoom).
<b>Meetperiode</b>	<p>Teller en noemer 2a: 01-07-2025 t/m 30-06-2026</p> <p>Teller en noemer 2b: 01-07-2023* tot en met 30-06-2026</p> <p>Teller en noemer 2c: 01-07-2025 t/m 30-06-2026</p> <p>*Mortaliteit wordt berekend over 3 jaar.</p>
<b>Aanleverfrequentie</b>	één keer per jaar
<b>Aanleverniveau</b>	concernniveau met verwijzende opmerkingen bij iedere locatie



**Indicator 3 Indicatorvelden, rekenregels en definities**

<b>Veldnaam</b>	<b>Inhoud</b>
<b>Indicatornaam</b>	Indicator 3 – PROMs: deelname en respons
<b>Indicatornummer</b>	3
<b>Operationalisatie</b>	Worden PROMS voor blaaskanker structureel aan patiënten aangeboden en met patiënten besproken in de spreekkamer?
<b>Informatie voor cliënten</b>	Blijvende effecten op kwaliteit van leven die optreden na een cystectomie (verwijdering van de blaas) zijn een zorg voor veel patiënten en kunnen een significante impact hebben op de lange termijn. PROM vragenlijsten geven inzicht hoe patiënten zelf hun gezondheid ervaren. Als deze vragenlijst structureel wordt gebruikt en besproken in de spreekkamer, is dit een goed startpunt om de zorg aan te passen op de persoonlijke behoeften van de patiënt.
<b>Transparantie</b>	verplicht
<b>Type indicator</b>	structuur
<b>Relevantie</b>	Kwaliteitsdomein: cliëntgerichtheid
<b>Datatype</b>	ja/nee
<b>Bron (achtergrond) van de indicator</b>	In het NVU SKMS-project 'PROMs voor patiënten met blaaskanker' is een landelijke PROMs vragenset voor blaaskanker samengesteld (december 2022). Deze set is opgenomen in de eindrapportage van de werkgroep 'Uitkomstgerichte zorg blaaskanker'. Deze eindrapportage is geautoriseerd door veldpartijen (december 2023). De set PROMs (gevalideerde) vragenlijsten voor blaaskanker is online te vinden via: <a href="https://www.uitkomstgerichtezorg.nl/publicaties/documenten/2023/03/09/uitkomstenset---blaascarcinoom">https://www.uitkomstgerichtezorg.nl/publicaties/documenten/2023/03/09/uitkomstenset---blaascarcinoom</a> (p. 13-14 en bijlage 6) en kan gebruikt worden als voorbeeld van uit te vragen PROMs. De vragen(lijsten) betreffen de domeinen: algemene kwaliteit van leven, pijn, fysiek functioneren, vermoeidheid, angst en depressie, urinaire aandrang en urinaire frequentie, ervaring met seksleven, impact op naasten en vergeetachtigheid en concentratie.
<b>Teller(s)</b>	n.v.t.
<b>Noemer</b>	n.v.t.
<b>Vraag</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3a: Worden PROMS voor blaaskanker structureel aan patiënten aangeboden in uw ziekenhuis?</li> <li>• 3b: Worden PROMS voor blaaskanker structureel met patiënten besproken in de spreekkamer?</li> </ul>
<b>Antwoordopties</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3a: Ja/Nee/Nee, de instelling biedt geen PROMS voor blaaskanker aan, vanwege het niet beschikbaar zijn van een landelijke vragenlijst voor blaascarcinoom.</li> <li>• 3b: Ja/Nee</li> </ul>
<b>Definitie</b>	Met 'structureel' wordt bedoeld dat iedere patiënt hiermee in aanraking komt, omdat het is ingebed in de werkwijze van het ziekenhuis. Met 'besproken in de spreekkamer' wordt bedoeld dat de patiënten zijn eigen resultaten van de door hem ingevulde PROMs teruggekoppeld krijgt en dat deze met hem worden besproken door zijn medisch of verpleegkundig specialist en/of een gespecialiseerd verpleegkundige.
<b>In-/exclusiecriteria</b>	-
<b>Casemix</b>	-
<b>Databron (registratie)</b>	Ziekenhuis registratie / EPD
<b>Norm</b>	n.v.t.
<b>Meetperiode</b>	01-07-2025 t/m 30-06-2026

<b>Veldnaam</b>	<b>Inhoud</b>
<b>Aanleverfrequentie</b>	één keer per jaar
<b>Aanleverniveau</b>	concernniveau met verwijzende opmerkingen bij iedere locatie

## 4 Wijzigingen

Wijzigingstabel ten opzichte van de gids van verslagjaar 2025:

### Nieuw of gewijzigd in indicatorenset

Indicator nummer (deze gids)	Type wijziging	Toelichting wijziging
<b>alle</b>	<input checked="" type="checkbox"/> In de indicator zijn ter verduidelijking tekstuele wijzigingen doorgevoerd. De berekening wijzigt niet ten opzichte van het vorig verslagjaar.	In de gehele gids en alle indicatoren zijn de jaartallen geüpdatet, bij alle indicatoren gaat het dan om het updaten naar de meetperiode voor verslagjaar 2026.
<b>alle</b>	<input checked="" type="checkbox"/> In de indicator zijn ter verduidelijking tekstuele wijzigingen doorgevoerd. De berekening wijzigt niet ten opzichte van het vorig verslagjaar.	Populatiebepaling is verduidelijkt met een ICD-10 code: "Voor alle indicatoren in deze indicatorenset bestaat de populatie uit patiënten die omwille van blaaskanker, ICD-10 code C67 "Maligne neoplasma van de blaas," een radicale cystectomie ondergaan." Bij populatiebepaling is Zorgactiviteit code "036255 Totale blaasvervanging met behulp van een geïsoleerd darmsegment zonder stoma, inclusief de cystectomie, in een zitting" verwijderd, omdat deze code inmiddels is vervallen.
<b>1</b>	<input checked="" type="checkbox"/> In de indicator zijn ter verduidelijking tekstuele wijzigingen doorgevoerd. De berekening wijzigt niet ten opzichte van het vorig verslagjaar.	Indicator 1, Relevantie: Zin "In de Europese blaaskanker richtlijn is daarom de aanbeveling opgenomen om ten minste 10 maar bij voorkeur >20 procedures per jaar te verrichten." Geüpdatet met "In de Europese blaaskanker richtlijn is de aanbeveling sinds 2025 ook dat er tenminste 20 procedures per ziekenhuis/per jaar dienen te worden verricht." De referentie bij deze zin is geüpdatet.
<b>2</b>	<input checked="" type="checkbox"/> In de indicator zijn ter verduidelijking tekstuele wijzigingen doorgevoerd. De berekening wijzigt niet ten opzichte van het vorig verslagjaar.	Indicator 2: Tekst "De kwaliteit.....gaan meten." is verplaatst van Achtergrond, waar alleen de bron van de indicator hoort te staan, naar regel Relevantie. Deze tekst is ook verduidelijkt: De tweede zin "Inherent aan de chirurgische behandeling van blaascarcinoom is het optreden van complicaties." is vervangen door "Binnen de context van de chirurgische behandeling van blaascarcinoom geldt het optreden van eventuele complicaties als een onvermijdelijk en inherent onderdeel

Indicator nummer (deze gids)	Type wijziging	Toelichting wijziging
		<p>van de interventie." Referenties bij deze tekst, die verdwenen waren, zijn weer toegevoegd.</p> <p>Bij Bron wordt nu de richtlijn Blaascarcinoom vermeld.</p> <p>Uit tekst bij Relevantie en bij Tellers(s), de specificatie (ClavienDindo score 5)" ter verduidelijking verwijderd, omdat niet is te differentiëren of het overlijden wel door complicaties van de operatie is gekomen, of om andere redenen; iedereen die binnen 30 dagen overlijdt, dient meegeteld te worden.</p>
<b>3</b>	<input checked="" type="checkbox"/> In de indicator zijn ter verduidelijking tekstuele wijzigingen doorgevoerd. De berekening wijzigt niet ten opzichte van het vorig verslagjaar.	<p>Indicator 3, bij Relevantie: "Kwaliteitsdomein: cliëntgerichtheid" toegevoegd. Bij Bron is de link naar de set PROMs vervangen door een link die werkt.</p>

## Bijlage: Toelichting op informatie per indicator

### Toelichting indicatorvelden, rekenregels en definities

Term	Toelichting
<b>Operationalisatie</b>	De indicator in één korte zin omschreven. Let op: vermeld duidelijk de eenheid van de indicator in deze zin. Bijvoorbeeld: 'wachtijd in dagen'.
<b>Informatie voor cliënten</b>	Het belang van en de betekenis van de indicator wordt hier kort zonder vaktermen verwoord. Een indicator is een meetbaar onderdeel van de zorg wat iets kan zeggen over de kwaliteit van zorg. In de informatie van cliënten wordt beknopt omschreven wat de indicator betekent en hoe deze geïnterpreteerd moet worden ('lager is beter', 'een instelling moet onder de norm van X scoren').
<b>Transparantie</b>	- verplicht (publicatie in Openbare Database van Zorginstituut Nederland)
<b>Type indicator</b>	- Uitkomst - Proces - Structuur
<b>Relevantie</b>	Geef aan waarom de indicator relevant is en voor wie.
<b>Datatype</b>	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)
<b>Bron (achtergrond) van de indicator</b>	Op basis waarvan is de indicator opgesteld? Verwijs naar een richtlijn/standaard, of een internationale indicatorset waarin de indicator ook is opgenomen. Dit vergroot de validiteit van de indicator: zegt deze indicator echt iets over kwaliteit van zorg?
<b>Teller(s)</b>	Het getal boven de streep van een breuk. De teller is altijd een deelverzameling van de noemer. Om lange formuleringen te vermijden, is de volledige omschrijving van de deelverzameling niet altijd herhaald in de teller.
<b>Noemer</b>	Het getal onder de streep van een breuk. Nauwkeurige beschrijving van de cliëntenpopulatie. Indien er sprake van een structuurindicator is, dan is noemer niet van toepassing.
<b>Vraag</b>	Wanneer er een vraag wordt gesteld over de organisatie van de zorg (vaak een klantpreferentievraag), dan kan de vraag aan de instelling hier geplaatst worden. De operationalisatie is dan hoe de indicator wordt gepubliceerd. Bijvoorbeeld: Vraag: "Op welke manier kunnen patiënten na de operatie contact opnemen bij vragen?" Operationalisatie: "Aangeboden manieren post-operatief contact"
<b>Antwoordopties</b>	Bij vragen is het belangrijk aan te geven of er slechts één antwoord mogelijk is of meerdere antwoorden mogelijk zijn. Daarnaast moeten de antwoordopties vermeld worden.
<b>Definitie</b>	Indien in de indicator termen worden gebruikt die enige toelichting nodig hebben, zodat betrouwbaar kan worden geregistreerd, dan wordt een definitie gegeven.
<b>In-/exclusiecriteria</b>	Een duidelijke definiëring van de cliëntenpopulatie vertaalt zich uiteindelijk in duidelijke in- en exclusiecriteria. Daarnaast kunnen exclusiecriteria gebruikt worden om vergelijkbaarheid te

<b>Term</b>	<b>Toelichting</b>
	vergroten. Bijvoorbeeld als bepaalde cliëntengroepen niet gelijk over instellingen zijn verdeeld.
<b>Casemix</b>	Wanneer het relevant is voor een indicator kunnen cliëntkenmerken gebruikt worden voor het corrigeren van de indicatorwaarde. Hier moet worden aangegeven of er een casemixcorrectie plaatsvindt en op welke variabelen.
<b>Databron (registratie)</b>	De te gebruiken bron voor het berekenen van de indicatorwaarde. Bijvoorbeeld: LROI, NKR, DLCA-R, EPD, Zorgkaart Nederland
<b>Norm</b>	Als de indicator een norm kent, wordt deze hier in de indicatorgids vermeld. Ook de bron van de norm wordt vermeld.
<b>Meetperiode</b>	De meetperiode is de periode waarin de metingen worden gedaan. Dit is standaard het hele kalenderjaar (01-01 t/m 31-12), maar hier kan van worden afgeweken. Bij follow-upmetingen moet een expliciete keuze worden gemaakt: een meting drie maanden post-operatief binnen het verslagjaar betekent dat de operatie ook in de laatste drie maanden van het voorgaande jaar kan zijn uitgevoerd. Soms wordt er een peildatum gebruikt in plaats van een meetperiode (vaak bij structuurindicatoren). De peildatum ligt dan vaak op 01-03 van het jaar ná het verslagjaar.
<b>Aanleverfrequentie</b>	De frequentie waarmee de indicatoren aangeleverd worden. Afspraken over de frequentie worden landelijk gemaakt. Dit is momenteel één keer per jaar.
<b>Aanleverniveau</b>	Het niveau waarop de indicatoren worden aangeleverd; in beginsel worden alle indicatoren op locatieniveau aangeleverd. In de uitgangspunten in de indicatorgids wordt voor de hele set aangegeven hoe hier mee om wordt gegaan. Per indicator kunnen specifieke aanwijzingen worden gegeven, bijvoorbeeld voor proces- en uitkomstindicatoren afkomstig uit kwaliteitsregistraties op concernniveau.

## Bijlage: Toelichting bij indicator 2

### Casemix factoren bij indicator 2

ASA score: hoe hoger de score, hoe slechter de conditie van de patiënt.

Teller of noemer	Formule
<b>Teller 2a</b>	Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie patiënten verzameld onder de noemer. Selecteer de patiënten bij wie binnen 30 dagen na cystectomie ClavienDindo 3 en/of 4 geregistreerd is en neem enkel de hoogste score mee. Patiënten met score 5 worden niet meegenomen die komen in teller 1b terug.
<b>Teller 2b</b>	Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie patiënten verzameld onder de noemer. Selecteer de patiënten bij wie binnen 30 dagen na cystectomie ClavienDindo score 5 geregistreerd is (overleden).
<b>Noemer 2a en 2b</b>	Selecteer alle patiënten met een blaascarcinoom bij wie een cystectomie is uitgevoerd.
<b>Teller 2c</b>	Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie patiënten verzameld onder de noemer. Tel de ASA score van deze patiënten bij elkaar op.
<b>Noemer 2c</b>	Selecteer alle patiënten met een blaascarcinoom bij wie een cystectomie is uitgevoerd en een ASA score bekend is.

### Leeswijzer:

- Indien het percentage mortaliteit van het ziekenhuis gelijk is aan landelijk percentage mortaliteit (sterfte na de ingreep) wat wordt gemeten, presteert het ziekenhuis op niveau.
- Indien het percentage mortaliteit van het ziekenhuis hoger ligt dan landelijk percentage gemeten mortaliteit, én de gemiddelde ASA score (de gemiddelde comorbiditeit van de patiëntengroep) van ziekenhuis is hoger dan het landelijke gemiddelde, is er een patiëntengroep geopereerd dat een slechtere conditie had dan gemiddeld in Nederland het geval bleek te zijn. Dan is er geen verbetering nodig van de geleverde kwaliteit van zorg, aangezien het hogere aantal sterfgevallen hiermee te verklaren is.
- Indien het percentage mortaliteit van het ziekenhuis hoger ligt dan landelijke percentage gemeten mortaliteit, en ASA score van ziekenhuis is gelijk of lager dan het landelijke gemiddelde (vergelijkbare of betere conditie van patiënt), dan zal de navraag gedaan worden wat de redenen hiervan kunnen zijn.

### Voorbeeld:

Ziekenhuis X tegenover het landelijke gemiddelde.

Mortaliteit	3,9%	3,5%	Mortaliteit hoger dan gemiddeld
ASA	2,5	2	ASA slechter dan gemiddeld