

Indicatorenset Carpale tunnelsyndroom

Uitvraag ziekenhuizen/ZBC's over verslagjaar 2026

Versie 2026.1, juni 2025

Meer informatie op:

- OmniQ (portaal van DHD) voor aanlevering kwaliteitsgegevens verslagjaar 2022: <https://extranet.dhd.nl/producten/OmniQ>
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen: www.nvz-ziekenhuizen.nl/onderwerpen/transparantiekalender-kwaliteitsinstituut
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra: www.nfu.nl.
- Zelfstandige Klinieken Nederland: www.zkn.nl.
- Zorginstituut Nederland: <http://www.zorginzicht.nl>.

Samengesteld door:

- Federatie van Medisch Specialisten
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
- Nederlandse Orthopaedische Vereniging
- Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
- Nederlandse Vereniging voor Neurochirurgie
- Nederlandse Vereniging voor Neurologie
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
- Patiëntenfederatie Nederland
- Zorgverzekeraars Nederland
- Zelfstandige Klinieken Nederland

Aanspreekpunt:

DICA, www.dica.nl
Indicatoren@dica.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
4	Wijzigingstabel	6
	Bijlage: toelichting op informatie per indicator	7
	Toelichting indicatorvelden, rekenregels en definities	7

1 Overzicht indicatoren

Alle indicatoren

Indicator-nummer	Indicatornaam	Bron	Transparantie
1	PROMs	Invul	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 CTS (2017) en diverse wetenschappelijke onderzoeken die per indicator zijn gespecificeerd. Op basis van eigen onderzoek van Patiëntenfederatie Nederland naar de informatiebehoefte van patiënten zijn de klantpreferentievragen geformuleerd.
- Alle indicatoren dienen aangeleverd te worden op het niveau van de ziekenhuislocatie.

2.2 Populatiebepaling

Het betreft patiënten met CTS die in het verslagjaar onder behandeling zijn in de tweede en derde lijn voor een operatieve behandeling en/of injectiebehandeling krijgen.

Om dubbelregistratie te voorkomen, dient – indien de indicator gebaseerd is op tellingen op patiëntniveau – geselecteerd te worden op het unieke patiëntnummer. In alle andere gevallen wordt geteld op verrichtingenniveau en telt iedere verrichting apart mee.

Peildatum

De structuurindicatoren worden, in verband met de actualiteit, eenmaal per jaar op peildatum 1 maart geregistreerd.

In- en exclusiecriteria

Om een eerlijke vergelijking tussen zorgaanbieders te kunnen maken, heeft de werkgroep in- en exclusiecriteria vastgesteld. Zo kunnen patiënten bijvoorbeeld op leeftijd of comorbiditeit worden uitgesloten. Ook kunnen extra eisen worden gesteld aan de DBC. Bijvoorbeeld de aanwezigheid van een specifieke verrichting.

De populatie heeft alleen betrekking op electieve zorg. Hierop is de selectie van te includeren DBC-codes geënt. Patiënten bij wie een polsfractuur, acuut trauma of malunion voorkomt in combinatie met CTS worden hiermee geëxcludeerd.

Overige in- en exclusiecriteria hoeven niet per definitie voor alle indicatoren in de set gelijk te worden toegepast. Soms dienen er bijvoorbeeld extra gegevens te worden verzameld om later te kunnen corrigeren voor comorbiditeit, die de waarde van de indicator beïnvloedt. Op basis van de populatie en de in- en exclusiecriteria wordt de noemer van de indicator vastgesteld.

2.3 Aanlevering van de gegevens

Via <https://www.zorginzicht.nl/Bibliotheek/Paginas/Transparantiekalender.aspx> is het processchema te raadplegen voor de aanlevering van de gegevens behorende bij de indicatoren.

2.4 Indicatorenwerkgroep

De werkgroep indicatoren bestond in 2025 uit de volgende personen:

PFN:	Mw. D. Sprengers
NVVN:	Dhr. G. de Ruiter, neurochirurg
NVZ:	Mw. M. van der Waals
	Mw. M. Boereboom
NVN:	Mw. M. Dane, neuroloog
	Mw. M. Smits, beleidsmedewerker
Dijklander ziekenhuis	Dhr. N. Kluft
DICA:	Mw. J. Hazelhoff (voorzitter)
	Mw. A. Brouwer (notulist)

3 Indicatoren

In de bijlage staan alle velden in onderstaande indicatortabel toegelicht.

Indicator 1 Indicatorvelden, rekenregels en definities

Veldnaam	Inhoud
Indicatornaam	PROMs
Indicatornummer	1
Transparantie	Verplicht
Type indicator	Structuur
Datatype	Tekst
Vraag	Wordt er een PROM op uw locatie aangeboden (voor en na de behandeling)?
Antwoordopties	- Ja/nee
Definitie	Het gaat hier om PROMs bij patiënten die operatief behandeld worden en/of injectiebehandeling krijgen.
Databron	Invulindicator
Meetmoment	1 maart 2027
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Aanleverniveau	Locatieniveau

4 Wijzigingstabel

Voor het verslagjaar 2026 zijn geen wijzigingen ten opzichte van het verslagjaar 2025 doorgevoerd.

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.
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"
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.
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.

Term	Toelichting
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.