

Indicatorset DASA

Uitvraag ziekenhuizen/ZBC's over verslagjaar 2025

Versie 2025.1, juni 2024

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
2 Algemene informatie	4
2.1 Uitgangspunten	4
2.2 Populatiebepaling	4
2.3 Aanlevering van de gegevens	5
2.4 Indicatorenwerkgroep	5
2.5 Externe partijen	5
3 Vast te leggen gegevens	6
4 Indicatoren	7
5 Wijzigingstabel	24
6. Bijlage: toelichting op informatie per indicator	25

1 Overzicht indicatoren

Indicator-nummer ¹	Indicatornaam	Bron ²	Transparantie? ³
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-tot-deur-tot-lies tijd	DASA	Vrijwillig
8	Vullingsgraad mRs na 3 maanden	DASA	Verplicht

¹ Kies in de gids voor een heldere nummering: 1, 2, 3 en voor subindicatoren 1a, 1b, 1c. Gelaagdheid, gebruik van punten of romeinse cijfers zorgt voor onduidelijkheid. Het indicatornummer is handig voor gebruik in deze gids, maar zorgt bij het raadplegen van gegevens van verschillende jaren vaak voor verwarring, omdat indicatornummers vaak wijzigen, terwijl de indicator zelf gelijk blijft. Om die reden geeft Zorginstituut Nederland een uniek indicator-ID (INID) af voor iedere verplichte indicator.

² Vul hier de bron in waarin de gegevens voor de indicator worden vastgelegd (bijvoorbeeld kwaliteitsregistratie X, EPD, ZIS, etc)

³ Vrijwillige indicatoren worden niet opgenomen op de Transparantiekalender en dus niet aangeleverd aan en gepubliceerd door Zorginstituut Nederland. Vrijwillige indicatoren worden gedeeld met zorgverzekeraars, cliëntorganisaties en zorgaanbieders

2 Algemene informatie

2.1 Uitgangspunten

- Doel van deze indicatorset is (meerkeuze):
 - ✓ **interne sturing (waaronder leren & verbeteren)**
 - ✓ **verkrijgen van transparantie over verleende zorg (waaronder samen beslissen)**
 - het afleggen van externe verantwoording

- Gepubliceerde transparante gegevens uit de openbare database zijn bedoeld voor (meerkeuze):
 - ✓ **Cliënten**
 - ✓ **Zorgaanbieders en zorgverleners**
 - ✓ **Zorgverzekeraars**
 - ✓ **Wlz-uitvoerders en andere financiers**
 - ✓ **Toeziethouders, waaronder de IGJ en NZa**
 - ✓ **Onderzoekers**

De indicatoren zijn gebaseerd op:

- ✓ **Professionele standaard, namelijk: Richtlijn Herseninfarct en hersenbloeding**
(https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/herseninfarct_en_hersenbloeding/startpagina_herseninfarct_-_bloeding.html)
- ✓ Kwaliteitsstandaard, namelijk: kwaliteitstandaard beroerte
- (Internationale) Indicatorenset, namelijk:
- Afspraken over gegevensuitwisseling, namelijk:

Let op:

- De indicatoren moeten helpen bij de keuze voor goede zorg door cliënten (en/of hun naasten), eventueel samen met zorgverleners. De cliëntinformatie is hier ook op afgestemd.
- Er dient per indicator gespecificeerd te zijn op welk niveau de indicator aangeleverd moet worden (bijvoorbeeld op niveau van een locatie of op concernniveau bij aanwezigheid van meerdere locaties).
- Er dient per indicator inzichtelijk te worden gemaakt [voor welke doelgroep,?] voor welke fase in het zorgproces en voor welk type zorginstelling de indicator relevant is.

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 (I111). Niet bedoeld wordt: transient ischemic attack (TIA) of (infarct ten gevolge van) sinustrombose.

DASA registratiejaar 2025: 01-01-2025 t/m 31-12-2025. 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 2023 uit de volgende personen:

Dhr. dr. P.J. Nederkoorn, neuroloog Amsterdam UMC – locatie AMC, Amsterdam

Dhr. dr. L.A.M. Aerden, neuroloog Reinier de Graaf Gasthuis, Delft

Mw. drs. L.J. Stolze, arts-assistent neurologie Amsterdam UMC – locatie AMC, Amsterdam

Dhr. prof. Dr. F.E. de Leeuw, neuroloog, Radboud UMC, Nijmegen

Mw. 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 dr. M.I. Baharoglu, neuroloog Haaglanden MC, Den Haag

Mw. Drs. N. Wali, arts-onderzoeker DASA

2.5 Externe partijen

Tevens waren de volgende personen aanwezig bij de Ontwikkeldagen 2023:

Mevr. D. Sprengers - Patientenfederatie

Mw. Dr. J. Tiemensma - Clusterhoofd DICA

Mw. M van der Linde-van der Waals – NVZ

3 Vast te leggen gegevens

Om als zorgaanbieder deze indicatorset te kunnen aanleveren, moeten per cliënt de volgende gegevens (variabelen) worden vastgelegd:⁴

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 Als alle zorgaanbieders dezelfde (kwaliteits)registratie gebruiken kun je dit hoofdstuk leeg laten. Als er echter verschillen zijn in registratie of verwerker van gegevens is dit overzicht noodzakelijk om kwaliteit van de gegevens te borgen.

4 Indicatoren

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
Rekenregels en definities	
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.
Antwoordoptyes	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	01-01-2025 t/m 31-12-2025
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2018

Indicator naam	Aanwezigheid perfusiescans
Indicator nummer	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
Rekenregels en definities	
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
Aggregatieniveau	Locatieniveau
Databron (registratie)	DASA
Meetperiode	01-01-2025 t/m 31-12-2025 Peildatum (31-12-2025)
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar De vraag wordt niet op patiëntniveau gesteld maar op ziekenhuisniveau.
Eerste aanleverdatum	2024

Indicator naam	Aanwezigheid perfusiescans - regionaal
Indicator nummer	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 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: 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 een ander ziekenhuis indien de patiënt in aanmerking komt voor behandeling in het late tijdsvenster.
Transparantie	Transparant
Rekenregels en definities	
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.
Aggregatieniveau	locatieniveau
Databron (registratie)	DASA
Meetperiode	01-01-2025 t/m 31-12-2025 Peildatum (31-12-2025)
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar De vraag wordt niet op patiëntniveau gesteld maar op ziekenhuisniveau.
Eerste aanleverdatum	2024

Indicator naam	Vullingsgraad NIHSS bij opname
Indicator nummer	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
Rekenregels en definities	
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 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 NIHSS totaalscore bekend is, van het A) aantal patiënten met een herseninfarct, en B) aantal patiënten met een hersenbloeding
Databron (registratie)	DASA
Meetperiode	01-01-2025 t/m 31-12-2025
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2020

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
Rekenregels en definities	
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	01-01-2025 t/m 31-12-2025
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2018

Indicatornaam	Intraveneuze trombolyse
Indicatornummer	5A
Operationalisatie	Percentage patiënten dat intraveneuze trombolyse 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 trombolyse krijgt.
Relevantie en toepasbaarheid	Het trombolysepercentage is een belangrijke indicator te evalueren hoeveel procent van de patiënten intraveneuze trombolyse 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 Sentinel 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 trombolyse. Deze indicator is relevant voor zorginstellingen die intraveneuze trombolyse aanbieden.
Transparantie	Verplicht
Datatype	Percentage
Teller	Aantal patiënten dat intraveneuze trombolyse 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 trombolyse heeft ondergaan van het totaal aantal niet-verwezen patiënten met een herseninfarct
Databron (registratie)	DASA
Meetperiode	01-01-2025 t/m 31-12-2025
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2014

Indicator naam	Deur-tot-naald tijd
Indicator nummer	5B
Operationalisatie	Mediane deur-tot-naald tijd van het totaal aantal patiënten met een herseninfarct dat intraveneuze trombolysie heeft ondergaan.
Informatie voor cliënten	Inzicht in de tijd van presentatie in het ziekenhuis tot intraveneuze trombolysie.
Relevantie en toepasbaarheid	De tijd van presentatie in het ziekenhuis tot intraveneuze trombolysie 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 trombolysie inzichtelijk gemaakt per ziekenhuis. Verlengde tijden t.o.v. de benchmark kunnen een stimulans vormen om het proces rondom intraveneuze trombolysie te verbeteren. Deze indicator is relevant voor zorginstellingen die intraveneuze trombolysie aanbieden.
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Aantal minuten
Teller	Mediane deur-tot-naald tijd*
Noemer	Totaal aantal patiënten met een herseninfarct dat intraveneuze trombolysie 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 trombolysie.
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	Alle patiënten met een herseninfarct die intraveneuze trombolysie hebben ondergaan. Herseninfarct: hierbij hoort diagnosecode herseninfarct (I111). 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 trombolysie heeft ondergaan.
Databron (registratie)	DASA
Meetperiode	01-01-2025 t/m 31-12-2025
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2014

Indicator naam	Endovasculaire trombectomie
Indicator nummer	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 behandelzeiten, 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
Rekenregels en definities	
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 (I111). 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

Meetperiode	01-01-2025 t/m 31-12-2025
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2017

Indicator naam	Deur-tot-lies tijd
Indicator nummer	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 inzichtelijk 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
Rekenregels en definities	
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 aanprikken 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.

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	01-01-2025 t/m 31-12-2025
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2017

Indicatornaam	Deur-tot-deur-tot-lies tijd
Indicatornummer	7
Operationalisatie	Mediane deur-tot-deur-tot-lies tijd van patiënten met een herseninfarct die behandeld zijn met endovasculaire trombectomie en hiervoor zijn verwezen vanuit een ander centrum
Informatie voor cliënten	Inzicht in de tijd van presentatie in het eerste ziekenhuis tot aan start van de behandeling in het tweede ziekenhuis
Relevantie en toepasbaarheid	De tijd van presentatie in het verwijzend centrum tot aan start van endovasculaire trombectomie is een belangrijke kwaliteitsindicator, aangezien het effect van de behandeling grotendeels tijdsafhankelijk is.
Type indicator	Proces
Achtergrond van de indicator	Basisset Medisch Specialistische Zorg Initiator: t/m 2022 IGJ, sinds 2023: NVN
Doel van het meten en publiceren	Doel van het meten van deze indicator is om regio's inzicht te geven in hun eigen deur-tot-deur-tot-lies tijden, deze te kunnen vergelijken met de benchmark en eventueel het startpunt te zijn voor verbeterplannen.
Transparantie	T/m 2022 verplicht transparant via IGJ, hierna vrijwillig transparant* *Hoewel de indicator gezien wordt als een belangrijke kwaliteitsindicator van (regionale) acute CVA zorg, zal de publicatie van de data op vrijwillige basis berusten in 2025. Dit, omdat de vullingsgraad van de indicator nog niet optimaal is. Voor het berekenen van de indicator is het nodig om data te koppelen tussen het verwijzende centrum en het interventie centrum, deze koppeling berust op basis van BSN nummer. Vanwege de huidige AVG-wetgeving leveren niet alle centra BSN uit aan kwaliteitsregistraties en is het voorsnog onduidelijk hoe dit zich in de toekomst gaat ontwikkelen. Hierdoor is niet in alle centra een deur-tot-deur-tot-lies tijd te berekenen. Binnen DICA /DASA zijn we aan het onderzoeken of we de koppeling op een andere manier kunnen laten verlopen.
Rekenregels en definities	
Datatype	Aantal minuten
Teller	Mediane deur-tot-deur-tot-lies tijd*
Noemer	Totaal aantal patiënten met een herseninfarct die zijn behandeld met endovasculaire trombectomie en hiervoor zijn verwezen** vanuit een ander centrum
Antwoordopties	Eén antwoord mogelijk; aantal minuten
Definitie	*Deur(1): 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(2): Tijdstip van presentatie op de spoedeisende hulp van het interventie-centrum waarnaar verwezen is.; lies: tijdstip van aanprikken van de lies voor start endovasculaire trombectomie. **Verwezen: patiënt is door een ander centrum verwezen naar een centrum voor endovasculaire trombectomie.
Aggregatieniveau	Locatieniveau

In-/exclusiecriteria populatie	Alle patiënten met een herseninfarct die behandeld zijn met endovasculaire trombectomie en hiervoor zijn verwezen vanuit een ander centrum. 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 presentatietijd (samengesteld uit presseh EN presseuur EN pressehminuut) in het primaire ziekenhuis en behandeltijd (samengesteld uit datum-behandeling EN uur-behandeling EN minuut-behandeling) in het ziekenhuis waar de endovasculaire trombectomie heeft plaatsgevonden Noemer: Patiënt met een herseninfarct (diagnosetype = 2) die voor dezelfde episode in twee ziekenhuizen is gezien waarbij in het tweede ziekenhuis een endovasculaire trombectomie (type_behandeling=2) heeft plaatsgevonden Casemixcorrectie: geen
Databron (registratie)	DASA
Meetperiode	01-01-2025 t/m 31-12-2025
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2024

Indicator naam	Vullingsgraad mRs na 3 maanden
Indicator nummer	8
Operationalisatie	Vullingsgraad van modified Rankin scale (mRs) score (maat voor functionele gezondheidstoestand) 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 op 3 maanden na het CVA.
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 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.
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
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	*De mRs score dient te worden uitgevraagd 3 maanden na presentatie van de patiënt met klachten en/of symptomen van een CVA.
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: 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	01-10-2024 t/m 30-09-2025



Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2020

5 Wijzigingstabel

Er zijn geen wijzigingen ten opzichte van de gids van verslagjaar 2024.

6. Bijlage: toelichting op informatie per indicator

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

	<p>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"</p>
Antwoordopties	<p>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.</p>
Definitie	<p>Indien in de indicator termen worden gebruikt die enige toelichting nodig hebben, zodat betrouwbaar kan worden geregistreerd, dan wordt een definitie gegeven.</p>
Aggregatieniveau	<p>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.</p>
In- /exclusiecriteria populatie	<p>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.</p>
Rekenregels en casemixcorrecties	<p>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.</p>
Databron (registratie)	<p>De te gebruiken bron voor het berekenen van de indicatorwaarde. Bijvoorbeeld: LROI, NKR, DLCA-R, EPD, Zorgkaart Nederland</p>
Norm	<p>Als de indicator een norm kent, wordt deze hier in de indicatorgids vermeld. Ook de bron van de norm wordt vermeld.</p>
Meetperiode	<p>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.</p>
Aanleverfrequentie	<p>De frequentie waarmee de indicatoren aangeleverd worden. Afspraken over de frequentie worden landelijk gemaakt. Dit is momenteel één keer per jaar.</p>

Eerste aanleverdatum	Geef aan op welke datum deze versie van de indicator bij het Zorginstituut moet worden aangeleverd. Deze datum wordt opgenomen op de Transparantiekalender.
---------------------------------	---