

Indicatorset Chirurgie bij kinderen

Uitvraag Chirurgie bij kinderen over verslagjaar 2025

Versie 1, oktober 2024

Meer informatie op:

- OmniQ (portaal van DHD) voor aanlevering kwaliteitsgegevens verslagjaar 2025:
<https://extranet.dhd.nl/producten/OmniQ>
- Zorginzicht.nl

Samengesteld door:

Zorgverzekeraars Nederland op basis van Normering Chirurgische Behandelingen opgesteld door de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde

Aanspreekpunt:

Zorgverzekeraars Nederland

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). Dit 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	4
2.4 Indicatorenwerkgroep	4
3 Indicatoren	5
4 Wijzigingstabel	7
Bijlage: toelichting op informatie per indicator	8

1 Overzicht indicatoren

Indicator-nummer	Indicatornaam	Bron¹	Transparantie?
1	Inguinoscrotale operaties	EPD	Verplicht
2	Hypertrofische pylorusstenose	EPD	Verplicht

¹ Vul hier de bron in waarin de gegevens voor de indicator worden vastgelegd (bijvoorbeeld kwaliteitsregistratie X, EPD, ZIS, etc)

2 Algemene informatie

2.1 Uitgangspunten

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

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

De indicatoren in deze set zijn gebaseerd op de 'Normering chirurgische behandeling' zoals opgesteld door de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde, waarin de normen voor chirurgie bij kinderen onderdeel van uitmaken.

2.2 Populatiebepaling

Voor alle indicatoren in deze indicatorset bestaat de populatie uit:

Chirurgie bij kinderen betreft kinderen vanaf de leeftijd van 1 maand tot en met 15 jaar.

De behandeling van onderstaande patiëntencategorieën is voorbehouden aan de kinderchirurgische centra (dit is kinderchirurgie):

- Alle pasgeborenen tot de leeftijd van 1 maand na een normale zwangerschapsduur en tot de leeftijd van 60 weken postconceptionele leeftijd bij prematuur geboren kinderen.
- Kinderen met aandoeningen die, gezien de ernst en de aard dan wel de zeldzaamheid, altijd in een kinderchirurgisch centrum moeten worden behandeld, onafhankelijk van de leeftijd waarop deze aandoeningen zich voordoen. Hierbij moet gedacht worden aan:
 - Kinderen met aandoeningen die, gezien het behandelrisico en de kans op complicaties, in een centrum moeten worden behandeld dat beschikking heeft over een kinder-IC.
 - Kinderen met maligniteiten bij wie chirurgisch ingrijpen is geïndiceerd.
 - Kinderen die orgaanvervangende behandeling behoeven

2.3 Aanlevering van de gegevens

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

2.4 Indicatorenwerkgroep

De indicatorenset wordt onderhouden door Zorgverzekeraars Nederland.

3 Indicatoren

In de bijlage staan de definities van alle velden toegelicht. Laat iedere nieuwe indicator op een nieuwe pagina beginnen.

Indicatornaam	<i>Inguinoscrotale operaties</i>
Indicatornummer	1
Operationalisatie	Het aantal inguinoscrotale operaties bij kinderen
Informatie voor cliënten	Geeft patiënten inzicht in de zorg
Relevantie en toepasbaarheid	Inzicht in de organisatie van zorg
Type indicator	Structuur
Achtergrond van de indicator	Document: Normering Chirurgische Behandelingen van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde Initiator: Zorgverzekeraars Nederland
Transparantie	verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Invul
Vraag	Hoeveel inguinoscrotale operaties werden er op uw ziekenhuislocatie verricht bij kinderen tussen de 0 tot en met 15 jaar oud in 2025?
Antwoord	Aantal
Definitie	Met inguinoscrotale operaties worden alle operaties bedoeld voor testisafwijkingen of hernia inguinalis, waarbij dubbelzijdige afwijkingen die in één operatiezitting zijn behandeld als één operatie geteld moeten worden.
Norm	20
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	Zie algemene populatiebepaling
Databron (registratie)	EPD
Meetperiode	Jaarlijks van 01-01 t/m 31-12
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	1 mei 2026

Indicatornaam	<i>Hypertrofische pylorusstenose</i>
Indicatornummer	2
Operationalisatie	Het aantal operaties voor hypertrofische pylorusstenose bij kinderen
Informatie voor cliënten	Geeft patiënten inzicht in de oncologische zorg
Relevantie en toepasbaarheid	Inzicht in de radiotherapeutische organisatie van zorg
Type indicator	Structuur
Achtergrond van de indicator	Document: Normering Chirurgische Behandelingen van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde Initiator: Zorgverzekeraars Nederland
Transparantie	verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Invul
Vraag	Hoeveel operaties voor hypertrofische pylorusstenose werden er op uw ziekenhuislocatie verricht in 2025?
Antwoord	Aantal
Definitie	Zie Vraag
Norm	10
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	Zie algemene populatiebepaling
Databron (registratie)	EPD
Meetperiode	Jaarlijks van 01-01 t/m 31-12
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	1 mei 2026

4 Wijzigingstabel

Beknopt overzicht met wijzigingen ten opzichte van de gids van verslagjaar 2024.

Indicator (nummer oud, nummer nieuw, INID)	Wijziging

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: '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').
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 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 één antwoord mogelijk is of meerdere antwoorden mogelijk zijn. Daarnaast moeten de antwoordopties vermeld worden.
Definitie	Indien in de indicator termen worden gebruikt die enige toelichting nodig hebben, zodat betrouwbaar kan worden geregistreerd, dan wordt een definitie gegeven.
Aggregatieniveau	Het niveau waarop de indicatoren worden aangeleverd; in beginsel worden alle indicatoren op locatieniveau aangeleverd. In de uitgangspunten in de indicatorgids wordt voor de hele set aangegeven hoe hier mee om wordt gegaan. Per indicator kunnen specifieke aanwijzingen worden gegeven, bijvoorbeeld voor proces- en uitkomstindicatoren afkomstig uit kwaliteitsregistraties op concernniveau.
In- /exclusiecriteria populatie	Een duidelijke definiëring van de cliëntenpopulatie vertaalt zich uiteindelijk in duidelijke in- en exclusiecriteria. Daarnaast kunnen exclusiecriteria gebruikt worden om vergelijkbaarheid te vergroten. Bijvoorbeeld als bepaalde cliëntengroepen niet gelijk over instellingen zijn verdeeld.
Rekenregels en casemixcorrecties	Rekenregels voor het berekenen van de indicatorwaarde. Wanneer het relevant is voor een indicator kunnen cliëntkenmerken gebruikt worden voor het corrigeren van de indicatorwaarde. Hier moet worden aangegeven of er een casemixcorrectie plaatsvindt en op welke variabelen.
Databron (registratie)	De te gebruiken bron voor het berekenen van de indicatorwaarde. Bijvoorbeeld: LROI, NKR, DLCA-R, EPD, Zorgkaart Nederland
Norm	Als de indicator een norm kent, wordt deze hier in de indicatorgids vermeld. Ook de bron van de norm wordt vermeld.
Meetperiode	De meetperiode is de periode waarin de metingen worden gedaan. Dit is standaard het hele kalenderjaar (01-01 t/m 31-12), maar hier kan van worden afgeweken. Bij follow-upmetingen moet een expliciete keuze worden gemaakt: een meting drie maanden post-operatief binnen het verslagjaar betekent dat de operatie ook in de laatste drie maanden van het voorgaande jaar kan zijn uitgevoerd. Soms wordt er een peildatum gebruikt in plaats van een meetperiode (vaak bij structuurindicatoren). De peildatum ligt dan vaak op 01-03 van het jaar ná het verslagjaar.
Aanleverfrequentie	De frequentie waarmee de indicatoren aangeleverd worden. Afspraken over de frequentie worden landelijk gemaakt. Dit is momenteel één keer per jaar.
Eerste aanleverdatum	Geef aan op welke datum deze versie van de indicator bij het Zorginstituut moet worden aangeleverd. Deze datum wordt opgenomen op de Transparantiekalender.