

Indicatorenset DPCA

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:

- NVvN

- ZN

- NFK

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). 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	5
2.4	Indicatorenwerkgroep	5
2.5	Externe partijen	5
3	Vast te leggen gegevens	6
4	Indicatoren	7
5	Wijzigingstabel	17
6	Bijlage: toelichting op informatie per indicator	18

1 Overzicht indicatoren

Indicator-nummer ¹	Indicatornaam	Bron ²	Transparantie? ³
1	Volume	DPCA	Verplicht
2	(Neo)adjuvante therapie	DPCA	Verplicht
3	Wachttijd	DPCA	Verplicht
4	Postoperatieve complicaties	DPCA	Verplicht
5	Postoperatieve mortaliteit	DPCA	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

De indicatoren zijn gebaseerd op de DPCA kwaliteitsregistratie. Aanlevering op ziekenhuisniveau/ZBC.

- 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
 - Toezichthouders, waaronder de IGJ en NZa
 - Onderzoekers

De indicatoren zijn gebaseerd op:

- Professionele standaard, namelijk: Richtlijn pancreascarcinoom, laatst gewijzigd 2019-06-03
- o Kwaliteitsstandaard, namelijk: het SONCOS normeringsrapport <https://www.soncos.org/kwaliteit/normeringsrapport/>
- o (Internationale) Indicatorenset, namelijk:
- o Afspraken over gegevensuitwisseling, namelijk:

2.2 Populatiebepaling

Voor alle indicatoren in deze indicatorenset bestaat de populatie uit:

Inclusie:

Patiënten die een (exploratie met intentie tot) resectie hebben ondergaan vanwege

- Primaire maligne tumoren: b.v., pancreascarcinoom, distaal cholangiocarcinoom, papilcarcinoom, duodenumcarcinoom, neuro-endocriene tumoren van het pancreas
- Primaire benigne/premaligne tumoren: b.v., IPMN, mucineus cystadenoom, sereus cystadenoom
- Pancreassparende totale duodenumresecties, b.v. voor FAP
- Metastasen in het pancreas
- Pancreasresecties voor acute of chronische pancreatitis

Exclusie:

- Pancreassparende galwegresecties
- Maagtumor met ingroei in het pancreas
- Wigexcisie van het duodenum
- Patiënten bij wie in opzet geen resectie van de tumor gepland was maar alleen bv een bypass of Radiofrequente ablatie (RFA)
- Patiënten die een Frey procedure of laterale pancreaticojejunostomie (PJ) ondergaan

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 DPCA bestond in 2024 uit de volgende personen:

Dhr. prof. dr. O.R.C. Busch (voorzitter)

Dhr. prof. dr. M.G. Besselink

Dhr. Dr. B. A. Bonsing

Dhr. Dr. B. Groot Koerkamp

Mw. Dr. L. A. Daamen

Mw. Drs. T. E. Hendriks

2.5 Externe partijen

Tevens waren de volgende personen aanwezig bij de ontwikkeldagen 2023:

Mw. I. Dingemans – NFK

Mw. L. Vunderink - ZN

Dhr. B. Bonsing – DPCG

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 DPCA op <https://support.mrdm.nl/registraties/dpca/>

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	Volume
Indicatornummer	1
Operationalisatie	Aantal pancreatoduodenectomieen (PD) per jaar per ziekenhuis.
Informatie voor cliënten	Het aantal operaties dat een ziekenhuis per jaar uitvoert (pancreatoduodenectomieen) is een aanwijzing voor de ervaring die het ziekenhuis heeft met deze operaties. Over het algemeen geldt: hoe meer ervaring een chirurg en zijn team hebben met een operatie, hoe beter zij hem kunnen uitvoeren. Deze indicator geeft inzicht in het aantal operaties (pancreatoduodenectomieen) dat het ziekenhuis heeft gedaan. Door de artsen zelf is bepaald dat een ziekenhuis er minimaal 20 per jaar moet doen.
Relevantie en toepasbaarheid	Deze indicator zorgt voor informatie over het al dan niet behalen van de norm.
Type indicator	Structuur
Achtergrond van de indicator	Document: Richtlijn normering chirurgische behandelingen Initiator: NVvH
Doel van het meten en publiceren	Waarborgen van de kwaliteit van zorg door monitoren van de volumennorm die gesteld is.
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Aantal
Teller A	Aantal pancreatoduodenectomieen (PD) per jaar per ziekenhuis.
Vraag	n.v.t.
Antwoordopties	Aantal; één antwoord mogelijk
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria	<p>Inclusie:</p> <p>Patiënten die een (exploratie met intentie tot) resectie hebben ondergaan vanwege</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primaire maligne tumoren: b.v., pancreascarcinoom, distaal cholangiocarcinoom, papilcarcinoom, duodenumcarcinoom, neuro-endocriene tumoren van het pancreas • Primaire benigne/premaligne tumoren: b.v., IPMN, mucineus cystadenoom, sereus cystadenoom • Pancreassparende totale duodenumresecties, b.v. voor FAP • Metastasen in het pancreas • Pancreasresecties voor chronische pancreatitis <p>Exclusie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pancreassparende galwegresecties • Maagtumor met ingroei in het pancreas • Wigexcisie van het duodenum • Patiënten bij wie in opzet geen resectie van de tumor gepland was maar alleen bv een bypass of Radiofrequente ablatie (RFA) • Patiënten die een Frey procedure of laterale pancreaticojejunostomie (PJ) ondergaan
Rekenregels en casemixcorrecties	Casemixcorrectie: nee (volume indicator)
Databron (registratie)	DPCA

Norm	Deze indicator is onderdeel van het SONCOS normeringsdocument: Minimaal 20 per jaar
Meetperiode	01-01-2025 t/m 31-12-2025
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2016

Indicator naam	(Neo)adjuvante therapie
Indicator nummer	2
Operationalisatie	Percentage patiënten, dat een resectie ondergaat, vanwege een pancreas adenocarcinoom, dat start met (neo)adjuvante chemotherapie.
Informatie voor cliënten	Deze indicator geeft inzicht in het percentage (%) patiënten dat voor of na de operatie start met chemotherapie. Chemotherapie voor of na de operatie zorgt voor betere uitkomsten.
Relevantie en toepasbaarheid	Richtlijn pancreascarcinoom, laatst gewijzigd 2019-06-03: Er zijn aanwijzingen dat er preoperatieve chemoradiotherapie bij resectabele pancreascarcinomen het percentage R0 resecties verhoogt; er zijn aanwijzingen dat preoperatieve chemoradiotherapie voor patiënten met resectabele pancreastumoren het percentage resecties verhoogt; er zijn aanwijzingen dat preoperatieve chemoradiotherapie het optreden van een lokaal recidief vermindert; het is aangetoond dat adjuvante chemotherapie een significant betere (ziektevrije) overleving geeft, dit geldt voor zowel de 5-FU gebaseerde chemotherapie als voor gemcitabine gebaseerde chemotherapie.
Type indicator	Proces
Achtergrond van de indicator	Document: Richtlijn pancreascarcinoom, laatst gewijzigd 2019-06-03 Initiator: DPCG
Doel van het meten en publiceren	Waarborgen van de kwaliteit van zorg door monitoren van het gebruik van (neo)adjuvante chemotherapie.
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Percentage
Teller	Aantal patiënten dat start met (neo)adjuvante chemotherapie.
Noemer	Aantal patiënten dat een resectie ondergaat vanwege een pancreas adenocarcinoom.
Vraag	n.v.t.
Antwoordopties	Percentage; één antwoord mogelijk
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria	Inclusie: Patiënten die een (exploratie met intentie tot) resectie hebben ondergaan vanwege <ul style="list-style-type: none"> • Primaire maligne tumoren: b.v., pancreascarcinoom, distaal cholangiocarcinoom, papilcarcinoom, duodenumcarcinoom, neuro-endocriene tumoren van het pancreas • Primaire benigne/premaligne tumoren: b.v., IPMN, mucineus cystadenoom, sereus cystadenoom • Pancreassparende totale duodenumresecties, b.v. voor FAP • Metastasen in het pancreas • Pancreasresecties voor chronische pancreatitis Exclusie: <ul style="list-style-type: none"> • Pancreassparende galwegresecties • Maagtumor met ingroei in het pancreas • Wigexcisie van het duodenum

	<ul style="list-style-type: none"> • Patiënten bij wie in opzet geen resectie van de tumor gepland was maar alleen bv een bypass of Radiofrequente ablatie (RFA) • Patiënten die een Frey procedure of laterale pancreaticojejunostomie (PJ) ondergaan
Rekenregels en casemixcorrecties	Rekenregels: zie teller/noemer Casemixcorrectie: nee
Databron (registratie)	DPCA
Meetperiode	01-01-2025 t/m 31-12-2025
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2016

Indicator naam	Wachttijd
Indicator nummer	3
Operationalisatie	Mediane wachttijd voor patiënten die een exploratie met intentie tot resectie ondergaan vanwege (verdenking) pancreas- of periampullair adenocarcinoom, gemeten vanaf de startdatum behandelingsperiode tot de start van de behandeling.
Informatie voor cliënten	Deze indicator geeft inzicht in de (doorloop)tijden* tussen eerste contact en start van de behandeling (neo-adjuvante behandeling of operatie). In de richtlijn (pancreascarcinoom 2019) staat het advies zo snel mogelijk te starten met de behandeling. * aantal dagen (mediaan)
Relevantie en toepasbaarheid	In de richtlijn (pancreascarcinoom 2019) staat het advies dat er zo snel mogelijk moet worden gestart met de behandeling.
Type indicator	Proces
Achtergrond van de indicator	Document: Richtlijn pancreascarcinoom Initiator: DPCG /NFK
Doel van het meten en publiceren	Waarborgen van kwaliteit van zorg door het monitoren van de tijdsduur tot aan de start van de behandeling.
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Aantal dagen
Teller	Mediane wachttijd voor patiënten* die een exploratie met intentie tot resectie ondergaan, gemeten vanaf de startdatum behandelingsperiode** tot de start van de behandeling***.
Vraag	n.v.t.
Antwoordopties	Aantal dagen; één antwoord mogelijk
Definitie	*Patiënten: patiënten die een exploratie met intentie tot resectie ondergaan, vanwege (verdenking) pancreas- of periampullair carcinoom. **Startdatum behandelingsperiode: Datum eerste preoperatieve (poliklinisch) contact, consult chirurgie of MDO waarbij chirurg aanwezig was, voor deze behandelperiode in het behandelend ziekenhuis.. ***Start van de behandeling: neoadjuvante behandeling dan wel operatie.
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria	Inclusie: Patiënten die een (exploratie met intentie tot) resectie hebben ondergaan vanwege <ul style="list-style-type: none"> • Primaire maligne tumoren: b.v., pancreascarcinoom, distaal cholangiocarcinoom, papilcarcinoom, duodenumcarcinoom, neuro-endocriene tumoren van het pancreas • Primaire benigne/premaligne tumoren: b.v., IPMN, mucineus cystadenoom, sereus cystadenoom • Pancreassparende totale duodenumresecties, b.v. voor FAP • Metastasen in het pancreas • Pancreasresecties voor chronische pancreatitis Exclusie: <ul style="list-style-type: none"> • Pancreassparende galwegresecties • Maagtumor met ingroei in het pancreas • Wigexcisie van het duodenum

	<ul style="list-style-type: none"> • Patiënten bij wie in opzet geen resectie van de tumor gepland was maar alleen bv een bypass of Radiofrequente ablatie (RFA) • Patiënten die een Frey procedure of laterale pancreaticojejunostomie (PJ) ondergaan
Rekenregels en casemixcorrecties	Casemixcorrectie: nee
Databron (registratie)	DPCA
Meetperiode	01-01-2025 t/m 31-12-2025
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanlevering	2016

Indicator naam	Postoperatieve complicaties
Indicator nummer	4
Operationalisatie	Percentage patiënten, die een operatie (met intentie tot resectie) heeft ondergaan en postoperatief een Graad 3/4/5 complicatie (volgens Clavien-Dindo) heeft.
Informatie voor cliënten	Deze indicator geeft inzicht in het percentage (%) patiënten dat bij een operatie voor alvleesklierkanker complicaties krijgt.
Relevantie en toepasbaarheid	Belangrijke uitkomstmaat. Onwenselijk resultaat op korte termijn, kwaliteit van leven en kosten van zorg.
Type indicator	Uitkomst
Achtergrond van de indicator	Document: Initiator: DPCG
Doel van het meten en publiceren	Waarborgen van kwaliteit van zorg door het monitoren van de complicaties na de behandeling.
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Percentage
Teller	Aantal patiënten met graad 3/4/5 (Clavien-Dindo)* complicatie.
Noemer	Aantal patiënten dat een operatie (met intentie tot resectie) ondergaat.
Vraag	n.v.t.
Antwoordopties	Percentage; één antwoord mogelijk
Definitie	*Graad 3-5 (Clavien Dindo) complicatie: reinterventie, MC/IC opname vanwege levensbedreigende complicatie, overlijden.
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria	<p>Inclusie:</p> <p>Patiënten die een (exploratie met intentie tot) resectie hebben ondergaan vanwege</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primaire maligne tumoren: b.v., pancreascarcinoom, distaal cholangiocarcinoom, papilcarcinoom, duodenumcarcinoom, neuro-endocriene tumoren van het pancreas • Primaire benigne/premaligne tumoren: b.v., IPMN, mucineus cystadenoom, sereus cystadenoom • Pancreassparende totale duodenumresecties, b.v. voor FAP • Metastasen in het pancreas • Pancreasresecties voor chronische pancreatitis <p>Exclusie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pancreassparende galwegresecties • Maagtumor met ingroei in het pancreas • Wigexcisie van het duodenum • Patiënten bij wie in opzet geen resectie van de tumor gepland was maar alleen bv een bypass of Radiofrequente ablatie (RFA) • Patiënten die een Frey procedure of laterale pancreaticojejunostomie (PJ) ondergaan
Rekenregels en casemixcorrecties	Rekenregel: teller/noemer Casemixcorrectie: nee
Databron (registratie)	DPCA
Meetperiode	01-01-2024 t/m 31-12-2025 (berekend over 2 jaren)
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste	2016

aanleverdatum	
----------------------	--

Indicator naam	Postoperatieve mortaliteit
Indicator nummer	5
Operationalisatie	Percentage patiënten, dat een operatie (met intentie tot resectie) heeft ondergaan, dat postoperatief tijdens de primaire opname of binnen 30 dagen na operatie komt te overlijden.
Informatie voor cliënten	Deze indicator geeft inzicht in het percentage (%) patiënten dat tijdens de opname waarin de operatie plaatsvindt of binnen 30 dagen na een operatie voor alvleesklierkanker overlijdt.
Relevantie en toepasbaarheid	Belangrijke uitkomstmaat. Onwenselijk resultaat, wat uiting kan zijn van failure to rescue.
Type indicator	Uitkomst
Achtergrond van de indicator	Document: Initiator: DPCA
Doel van het meten en publiceren	Waarborgen van kwaliteit van zorg door het monitoren van de mortaliteit na de behandeling.
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Percentage
Teller	Aantal patiënten dat postoperatief tijdens de primaire opname of binnen 30 dagen na operatie komt te overlijden.
Noemer	Aantal patiënten dat een operatie (met intentie tot resectie) ondergaat.
Vraag	n.v.t.
Antwoordopties	Percentage; één antwoord mogelijk
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria	<p>Inclusie:</p> <ul style="list-style-type: none"> Patiënten die een (exploratie met intentie tot) resectie hebben ondergaan vanwege <ul style="list-style-type: none"> • Primaire maligne tumoren: b.v., pancreascarcinoom, distaal cholangiocarcinoom, papilcarcinoom, duodenumcarcinoom, neuro-endocriene tumoren van het pancreas • Primaire benigne/premaligne tumoren: b.v., IPMN, mucineus cystadenoom, sereus cystadenoom • Pancreassparende totale duodenumresecties, b.v. voor FAP • Metastasen in het pancreas • Pancreasresecties voor chronische pancreatitis <p>Exclusie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pancreassparende galwegresecties • Maagtumor met ingroei in het pancreas • Wigexcisie van het duodenum • Patiënten bij wie in opzet geen resectie van de tumor gepland was maar alleen bv een bypass of Radiofrequente ablatie (RFA) • Patiënten die een Frey procedure of laterale pancreaticojejunostomie (PJ) ondergaan
Rekenregels en casemixcorrecties	Rekenregel: teller/noemer Casemixcorrectie nee
Databron (registratie)	DPCA
Meetperiode	01-01-2024 t/m 31-12-2025 (berekend over 2 jaren)
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar

Eerste aanleverdatum	2016, vanaf 2018 met huidige definitie
---------------------------------	--

5. Wijzigingstabel

Wijzigingstabel ten opzichte van de gids van verslagjaar 2024

Geen aanpassingen

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: '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

	<p>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	<p>Geef aan op welke datum deze versie van de indicator bij het Zorginstituut moet worden aangeleverd. Deze datum</p>

	wordt opgenomen op de Transparantiekalender.
--	--