

Toetstabel Aneurysma Aorta Abdominalis  
(DSAA) vj2025

Operationalisatie	Aard van de wijziging	Criteria Toetsingskader	Advies werkgroep	PFN	FMS	V&VN	ZN	NVZ	NFU	ZKN	WSCie
<i>Indicator 1 (oud)</i>	<i>Toelichting</i>	<i>Criterium 1 t/m 6</i>	<i>Verplicht, vrijwillig/niet transparant/verwijderen/geen</i>	<i>akkoord/geen akkoord + argument geef per partij dit aan</i>							
1 (oud) Volume AAA operatie segment C	Verwijderd; deze indicator is opgenomen in de oude indicator 2, waarmee hij overbodig is en vervalt.	Criterium 1 t/m 6	Verwijderen	Akkoord	Akkoord	Niet aanwezig	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Volgt NVZ	Akkoord
<b>Overweging ZIN</b>	Er is consensus in de werkgroep over het verwijderen van de indicator. Het proces van de samenwerkingsafspraken MSZ is gevolgd. Dit proces is vormgegeven als een verbetercyclus waarin de relevante partijen hun eigen toetsing uitvoeren (betrokkenheid relevante partijen en registraties, uitvoeren registratietoets, autoriseringsronde).										
<b>Advies ZIN</b>	Verwijderen	Het zorginstituut volgt het advies van de werkgroep									
<i>Indicator 1 (nieuw)</i>	<i>Toelichting</i>	<i>Criterium 1 t/m 6</i>	<i>Verplicht, vrijwillig/niet transparant/verwijderen/geen</i>	<i>akkoord/geen akkoord</i>							
Volume aorta aneurysma- en dissectie-interventies	Tellers zijn aangepast en/of toegevoegd; In/exclusiecriteria: het exclusie criterium betreffende revisies in een inclusie criterium geworden; in de titel is 'operaties' vervangen door 'interventies'; Rekenregels zijn uitgebreider toegelicht.	Criterium 1 t/m 6	Verplicht	Akkoord	nog geen besluit, wil wachten op voorstel Ronde Tafel	Niet aanwezig	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Volgt NVZ	Akkoord
<b>Overweging ZIN</b>	Er is consensus in de werkgroep over het aanpassen van de indicator. Het proces van de samenwerkingsafspraken MSZ is gevolgd. Dit proces is vormgegeven als een verbetercyclus waarin de relevante partijen hun eigen toetsing uitvoeren (betrokkenheid relevante partijen en registraties, uitvoeren registratietoets, autoriseringsronde). De FMS, autoriseert nog niet, omdat zij wachten op eventuele aanvullingen op de set n.a.v. het gesprek hierover op de Ronde Tafel Toekomstbestendig vaatchirurgisch zorglandschap. Daarnaast concludeert het Zorginstituut dat de uitkomsten van parallelle programma's met dezelfde betrokken partijen niet worden samengevoegd in de voorliggende set voor verslagjaar 2025. In het kader van de opdracht uit het Integraal Zorgakkoord (IZA) zijn ten behoeve van een toekomstbestendig en houdbaar medisch-specialistisch zorglandschap aan de Ronde Tafel Toekomstbestendig Vaatchirurgisch landschap afspraken gemaakt over voorlopige volumenormenten voor de chirurgische behandeling van aorta aneurysma*. In het bestuurlijk overleg spreiding en concentratie IZA op 4 maart jl. afgesproken om waar mogelijk versnelling aan te brengen in de implementatie van de IZA afspraak over datatransparantie van zorguitkomsten. Het Zorginstituut stuurt daarom aan op een bestuurlijke afspraak aan de Ronde Tafel Toekomstbestendig Vaatchirurgisch landschap om op korte termijn tri-partiet tot een gewijzigde indicatorset te komen die voldoet aan de bovengenoemde afspraken. Besluitvorming hierover is op 17 september as.										
<b>Advies ZIN</b>	Verplicht	Gezien de tijdslijnen en conform het toetsproces neemt het Zorginstituut op dit moment het advies van de werkgroep over.									

# Indicatorenset DSAA

Uitvraag ziekenhuizen/ZBC's over verslagjaar 2025

Versie 2025.1, juni 2024

**Meer informatie op:**

- [www.transparantieportaal.nl](http://www.transparantieportaal.nl)
- [www.dica.nl](http://www.dica.nl)
- [www.zorginzicht.nl](http://www.zorginzicht.nl)

**Samengesteld door:**

Organisaties van cliënten:

- PFN

Organisaties van zorgaanbieders of zorgverleners:

- NVvV

Organisaties van zorgverzekeraars of Wlz-uitvoerders:

- ZN

**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

<a href="#">1 Overzicht indicatoren</a>	3
<a href="#">2 Algemene informatie</a>	4
<a href="#">2.1 Uitgangspunten</a>	4
<a href="#">2.2 Populatiebepaling</a>	4
<a href="#">2.3 Aanlevering van de gegevens</a>	4
<a href="#">2.4 Indicatorenwerkgroep</a>	5
<a href="#">2.5 Externe partijen</a>	5
<a href="#">3 Vast te leggen gegevens</a>	6
<a href="#">4 Indicatoren</a>	7
<a href="#">5 Wijzigingstabel</a>	15
<a href="#">6 Bijlage: toelichting op informatie per indicator</a>	16

## 1 Overzicht indicatoren

<b>Indicator-nummer</b>	<b>Indicatornaam</b>	<b>Bron<sup>1</sup></b>	<b>Transparantie?<sup>2</sup></b>
1	Volume aorta aneurysma- en dissectie-interventies	DSAA	Verplicht
2	Mortaliteit	DSAA	Verplicht
3	Textbook Outcome	DSAA	Verplicht

---

<sup>1</sup> Vul hier de bron van de indicator in (bijvoorbeeld kwaliteitsregistratie X, EPD, ZIS, etc.)

<sup>2</sup> 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 DSAA kwaliteitsregistratie. Aanlevering op ziekenhuisniveau/ZBC.

- Doel van deze indicatorset is (meerkeuze):
  - o interne sturing (waaronder leren & verbeteren)
  - o verkrijgen van transparantie over verleende zorg (waaronder samen beslissen)
  - o het afleggen van externe verantwoording
- Gepubliceerde transparante gegevens uit de openbare database zijn bedoeld voor (meerkeuze):
  - o Cliënten
  - o Zorgaanbieders en zorgverleners
  - o Zorgverzekeraars
  - o Wlz-uitvoerders en andere financiers
  - o Toezichhouders, waaronder de IGJ en NZa
  - o Onderzoekers

De indicatoren zijn gebaseerd op:

- o Professionele standaard, namelijk: Normeringsdocument chirurgische behandeling, versie 9.1. van NVVH; Revisie Aortadocument NVvV Versie 3 Oktober 2021.
- o Kwaliteitsstandaard, namelijk: nvt
- o (Internationale) Indicatorenset, namelijk: nvt
- o Afspraken over gegevensuitwisseling, namelijk: nvt

### 2.2 Populatiebepaling

Voor alle indicatoren in deze indicatorenset bestaat de populatie uit:

Inclusie:

- Alle patiënten bij wie een vaatchirurgische/endovasculaire behandeling wordt gestart voor een aneurysma of dissectie van de abdominale en/of thoracale aorta of arteria iliaca. Hierbij worden alle electieve patiënten, patiënten met een acuut symptomatisch en patiënten met een geruptureerd aneurysma of dissectie van de aorta meegenomen.
- Alle patiënten bij wie een operatieve behandeling is gestart maar niet afgemaakt wordt wegens het overlijden van de patiënt.
- Alle patiënten waarbij een revisie van een eerder aangelegde aorta prothese plaatsvindt.

Exclusie:

- Conservatieve behandeling middels surveillance. Wanneer er na surveillance toch over wordt gegaan tot operatieve behandeling, komt de patiënt wel in aanmerking.

### 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 DSAA bestond in 2024 uit de volgende personen:

Mw. dr. E.S. van Hattum (voorzitter)

Drs. G.P. Akkersdijk

Drs. J.W. Elshof

Mw. Dr. R. Kunst, registratie coördinator DSAA/DACI

#### **2.5 Externe partijen**

Tevens waren de volgende personen aanwezig bij de ontwikkeldagen 2023:

Mw. D. Sprengers – PFN

Mw. A. van Enst - NVDV

Mw. L. Vunderink - ZN

### 3 Vast te leggen gegevens

Om als zorgaanbieder deze indicatorset te kunnen aanleveren, moeten per cliënt de volgende gegevens (variabelen) worden vastgelegd:<sup>3</sup>

De informatie over de vast te leggen gegevens voor deze indicatorenset zijn te vinden in de datadictionary van de DSAA op <https://support.mrdm.nl/registraties/dsaa/>

---

<sup>3</sup> 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

<b>Indicatornaam</b>	Volume aorta aneurysma- en dissectie-interventies
<b>Indicatornummer</b>	1
<b>Operationalisatie</b>	Aantal patiënten met een aneurysma aortae of dissectie waarbij operatief en/of endovasculair is geïntervenieerd.
<b>Informatie voor cliënten</b>	Inzicht of het ziekenhuis de norm per jaar behaalt.
<b>Relevantie en toepasbaarheid</b>	NVvH norm
<b>Type indicator</b>	Structuur
<b>Achtergrond van de indicator</b>	Document: Normeringsdocument chirurgische behandeling, versie 9.1 van NVVH Initiator: DSAA
<b>Doel van het meten en publiceren</b>	Monitoren van het aantal aorta aneurysma- en dissectie-interventies ten behoeve van de kwaliteit van de vaatchirurgische behandeling.
<b>Transparantie</b>	Verplicht
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Datatype</b>	Aantal
<b>Teller A</b>	Aantal patiënten met een aneurysma aortae of dissectie waarbij operatief of endovasculair is geïntervenieerd.
<b>Teller B</b>	Aantal patiënten met een aneurysma aortae of dissectie waarbij acuut is geïntervenieerd.
<b>Teller C</b>	Aantal patiënten met een aneurysma aortae of dissectie waarbij operatief is geïntervenieerd.
<b>Teller D</b>	Aantal patiënten met een aneurysma aortae of dissectie waarbij een EVAR is uitgevoerd.
<b>Teller E</b>	Aantal patiënten met een aneurysma aortae of dissectie waarbij een chEVAR is uitgevoerd.
<b>Teller F</b>	Aantal patiënten met een aneurysma aortae of dissectie waarbij een FEVAR is uitgevoerd.
<b>Teller G</b>	Aantal patiënten met een aneurysma aortae of dissectie waarbij een BEVAR is uitgevoerd.
<b>Teller H</b>	Aantal patiënten met een aneurysma aortae of dissectie waarbij een TEVAR is uitgevoerd.
<b>Vraag</b>	n.v.t.
<b>Antwoordopties</b>	Aantal; één antwoord mogelijk
<b>Aggregatieniveau</b>	Locatieniveau
<b>In-/exclusiecriteria</b>	Inclusie: <ul style="list-style-type: none"> <li>Alle patiënten bij wie een vaatchirurgische/endovasculaire behandeling is gestart voor een aneurysma of dissectie van de abdominale en/of thoracale aorta of arteria iliaca. Hierbij worden alle electieve patiënten (intact), patiënten met een acuut symptomatisch (intact) en patiënten met een geruptureerd aneurysma (niet-intact) of dissectie van de aorta meegenomen.</li> <li>Alle patiënten bij wie een operatieve behandeling is gestart maar niet afgemaakt wordt wegens het overlijden van de patiënt.</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alle patiënten waarbij een revisie van een eerder aangelegde aorta prothese plaatsvindt.</li> </ul> <p>Exclusie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Conservatieve behandeling middels surveillance. Wanneer er na surveillance toch over wordt gegaan tot operatieve behandeling, komt de patiënt wel in aanmerking.</li> </ul>
<b>Rekenregels en casemixcorrecties</b>	<p>Rekenregel: zie Teller en Norm. Casemix correctie: n.v.t.</p>
<b>Databron (registratie)</b>	DSAA
<b>Norm</b>	<p>NVvH norm:</p> <p>In de zorginstelling (ziekenhuislocatie) kunnen specifieke aorta-interventies worden verricht. Voor iedere interventie is een volumenorm vastgesteld. Bij een interventie kan er sprake zijn van een of meerdere volumecriteria, die in samenhang beoordeeld dienen te worden. Op dit moment is de huidige norm zoals beschreven in Normeringsdocument voor chirurgische behandeling versie 9.1 onderhevig aan discussie.</p> <p>Rekenregels</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>Acute aortainterventie</b>, norm = 40 per jaar Teller A = 40</li> <li><b>Open aortainterventie</b>, norm = 40 per jaar Teller A = 40</li> <li><b>Infrarenaal aorta aneurysma waarvan electieve endovasculaire interventie</b>, norm = 20 per jaar Teller D = 20 én Teller B = 0 én Teller C = 0</li> <li><b>Juxtarenaal aorta aneurysma waarvan endovasculaire interventie</b>, norm = 10 chEVAR/FEVAR of 20 chEVAR/FEVAR/BEVAR/TEVAR Teller E+F = 10 of Teller E+F+G+H = 20</li> <li><b>Thoracaal aorta descendens aneurysma waarvan endovasculaire interventie</b>, norm = 10 TEVAR of 20 chEVAR/FEVAR/BEVAR/TEVAR Teller H = 10 of Teller E+F+G+H = 20</li> <li><b>Thoraco-abdominaal aorta aneurysma waarvan endovasculaire interventie</b>, norm = 10 FEVAR/BEVAR of 20 chEVAR/FEVAR/BEVAR/TEVAR Teller F+G = 10 of Teller E+F+G+H = 20</li> </ol>
<b>Meetperiode</b>	01-01-2025 t/m 31-12-2025
<b>Aanleverfrequentie</b>	Eén keer per jaar
<b>Eerste aanleverdatum</b>	2018

<b>Indicatornaam</b>	Mortaliteit
<b>Indicatornummer</b>	2
<b>Operationalisatie</b>	Percentage patiënten dat een primaire operatie/interventie ondergaat vanwege een aneurysma aortae abdominalis in aortasegment C, dat overlijdt binnen 30 dagen na de operatie/interventie of in dezelfde ziekenhuisopname.
<b>Informatie voor cliënten</b>	Inzicht in de sterfte na de operatie.
<b>Relevantie en toepasbaarheid</b>	Middels deze indicator wordt het percentage mortaliteit per ziekenhuis inzichtelijk gemaakt.
<b>Type indicator</b>	Uitkomst
<b>Achtergrond van de indicator</b>	Document: nvt Initiator: DSAA
<b>Doel van het meten en publiceren</b>	Monitoren van de mortaliteit van patiënten na behandeling.
<b>Transparantie</b>	Verplicht
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Datatype</b>	Percentage
<b>Teller A</b>	Aantal patiënten dat een primaire operatie/interventie* ondergaat vanwege een niet-intact*** geruptureerd aneurysma aortae abdominalis in aortasegment C, dat overlijdt binnen 30 dagen of in dezelfde ziekenhuisopname.
<b>Teller B</b>	Aantal patiënten dat een primaire operatie/interventie* ondergaat vanwege een intact** aneurysma aortae abdominalis in aortasegment C, dat overlijdt binnen 30 dagen of in dezelfde ziekenhuisopname.
<b>Noemer A</b>	Aantal patiënten dat een primaire operatie/interventie* ondergaat vanwege een geruptureerd (niet-intact***) aneurysma aortae abdominalis in aortasegment C.
<b>Noemer B</b>	Aantal patiënten dat een primaire operatie/interventie* ondergaat vanwege een intact** aneurysma aortae abdominalis in aortasegment C.
<b>Vraag</b>	n.v.t.
<b>Antwoordopties</b>	Percentage; één antwoord mogelijk
<b>Definitie</b>	*Operatie/interventie: zowel de open als endovasculaire behandeling van het aneurysma. ** Intact: electief of acuut symptomatisch ***Niet-intact: geruptureerd aneurysma
<b>Aggregatieniveau</b>	Locatieniveau
<b>In-/exclusiecriteria</b>	Inclusie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle patiënten bij wie een vaatchirurgische/endovasculaire behandeling wordt gestart voor een aneurysma of dissectie van de abdominale aorta of arteria iliaca. Hierbij worden alle patiënten met een intact aneurysma en patiënten met een geruptureerd aneurysma of dissectie van de aorta meegenomen.</li> <li>• Alle patiënten bij wie een operatieve behandeling is gestart maar niet afgemaakt wordt wegens het overlijden van de patiënt.</li> </ul> Exclusie:

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle patiënten waarbij een revisie van een eerder aangelegde aorta prothese plaatsvindt.</li> <li>• Conservatieve behandeling middels surveillance. Wanneer er na surveillance toch over wordt gegaan tot operatieve behandeling, komt de patiënt wel in aanmerking.</li> </ul>
<b>Rekenregels en casemixcorrecties</b>	Rekenregels: zie teller/noemer Geen casemix correctie toegepast
<b>Databron (registratie)</b>	DSAA
<b>Meetperiode</b>	01-01-2023 t/m 31-12-2025 (berekend over 3 jaren)
<b>Aanleverfrequentie</b>	Eén keer per jaar
<b>Eerste aanleverdatum</b>	Deels in 2017, volledig in 2019

<b>Indicatornaam</b>	Textbook Outcome
<b>Indicatornummer</b>	3
<b>Operationalisatie</b>	Percentage patiënten dat een primair electieve operatie/interventie ondergaat vanwege een intact aneurysma aortae abdominalis (segment C), waarbij sprake is van een Textbook Outcome.
<b>Informatie voor cliënten</b>	Inzicht in het percentage Textbook Outcome
<b>Relevantie en toepasbaarheid</b>	Middels deze indicator wordt het percentage Textbook Outcome per ziekenhuis inzichtelijk gemaakt. Textbook Outcome is een samengestelde indicator en beschrijft het percentage patiënten dat geen ongewenste uitkomst tijdens de perioperatieve periode heeft behaald.
<b>Type indicator</b>	Uitkomst
<b>Achtergrond van de indicator</b>	Document: Karthaus, Eleonora G. MD*,†; Lijftogt, Niki MD*,†; Busweiler, Linde A. D. MD*,†; Elsmann, Bernard H. P. MD, PhD‡; Wouters, Michel W. J. M. MD, PhD†,§; Vahl, Anco C. MD, PhD¶; Hamming, Jaap F. MD, PhD* In collaboration with the Dutch Society of Vascular Surgery, the Steering Committee of the Dutch Surgical Aneurysm Audit, the Dutch Institute for Clinical Auditing Textbook Outcome, Annals of Surgery: November 2017 - Volume 266 - Issue 5 - p 898-904 doi: 10.1097/SLA.0000000000002388 Initiator: DSAA
<b>Doel van het meten en publiceren</b>	Inzichtelijk maken van kwaliteit van zorg rondom aorta aneurysma interventies.
<b>Transparantie</b>	Verplicht
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Datatype</b>	Percentage
<b>Teller</b>	Aantal patiënten dat een primaire electieve operatie/interventie* ondergaat vanwege een intact aneurysma aortae abdominalis in aortasegment C waarbij sprake is van een textbook outcome**.
<b>Noemer</b>	Aantal patiënten dat een primair electieve operatie/interventie* ondergaat vanwege een intact aneurysma aortae abdominalis in aortasegment C.
<b>Vraag</b>	n.v.t.
<b>Antwoordopties</b>	Percentage
<b>Definitie</b>	*Operatie/interventie: zowel de open als endovasculaire behandeling van het aneurysma. **Textbook outcome: patiënten waarbij sprake is van geen postoperatieve mortaliteit tijdens opname of t/m 30 dagen na de operatie/interventie, geen intra-operatieve complicatie, geen chirurgische postoperatieve complicatie, geen re-interventie, geen heropname binnen 30 dagen na ontslag en geen verlengde opnameduur (evar >4 dagen, open chirurgie >10 dagen).
<b>Aggregatieniveau</b>	Locatieniveau
<b>In-/exclusiecriteria</b>	Inclusie: <ul style="list-style-type: none"> <li>Alle patiënten bij wie een vaatchirurgische/endovasculaire behandeling wordt gestart voor een aneurysma of dissectie van de abdominale aorta of arteria iliaca. Hierbij worden alle primair electieve patiënten meegenomen.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle patiënten bij wie een operatieve behandeling is gestart maar niet afgemaakt wordt wegens het overlijden van de patiënt.</li> </ul> <p>Exclusie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patiënten met een niet-intact (geruptureerd) aneurysma</li> <li>• Alle patiënten waarbij een revisie van een eerder aangelegde aorta prothese plaatsvindt.</li> <li>• Conservatieve behandeling middels surveillance. Wanneer er na surveillance toch over wordt gegaan tot operatieve behandeling, komt de patiënt wel in aanmerking.</li> </ul>
<b>Rekenregels en casemixcorrecties</b>	Rekenregel: zie teller/noemer Geen casemix correctie toegepast
<b>Databron (registratie)</b>	DSAA
<b>Meetperiode</b>	01-01-2023 t/m 31-12-2025 (berekend over 3 jaren)
<b>Aanleverfrequentie</b>	Eén keer per jaar
<b>Eerste aanleverdatum</b>	2022

## 5 Wijzigingstabel

Wijzigingstabel ten opzichte van de gids van verslagjaar 2024

<b>Indicator (nummer oud, nummer nieuw, INID-code)</b>	<b>Wijziging</b>
Indicator 1 (oud)	Verwijderd; deze indicator is opgenomen in de oude indicator 2, waarmee hij overbodig is en vervalt.
Indicator 1 (oud 2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De Tellers A t/m E zijn aangepast.</li> <li>• De Tellers F &amp; G toegevoegd</li> <li>• In-/exclusiecriteria: het exclusie criterium betreffende revisies is een inclusie criterium geworden.</li> <li>• In de titel is 'operaties' vervangen door 'interventies'.</li> </ul>
Indicator 2, 3 en 4 zijn nu indicator 1, 2 en 3	Nummering schuift op met het vervallen van indicator 1

## 6 Bijlage: toelichting op informatie per indicator

<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>Relevantie en toepasbaarheid</b>	Geef aan waarom de indicator relevant is en voor wie.
<b>Type indicator</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uitkomst</li> <li>- Proces</li> <li>- Structuur</li> </ul>
<b>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>Doel van het meten en publiceren</b>	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.
<b>Transparantie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- verplicht (publicatie in Openbare Database van Zorginstituut Nederland)</li> <li>- vrijwillig (geen openbare publicatie. Doorlevering alleen naar patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en zorgaanbieders)</li> </ul>
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Datatype</b>	Het datatype dat moet worden aangeleverd: <ul style="list-style-type: none"> <li>- tekst (vrije tekst of een keuze uit een lijst in de indicatorgids)</li> <li>- ja/nee</li> <li>- aantal (een geheel getal)</li> <li>- getal</li> <li>- percentage (een getal tussen 0 en 100. Teller/noemer *100)</li> </ul>
<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

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