



## Indicatorenset Maligne Lymfoom

Uitvraag 2011

## Inhoudsopgave Maligne lymfoom

Overzicht indicatoren Maligne Lymfoom en invulformulier.....	3
<b>Deel 1: Zorginhoudelijke indicatoren.....</b>	<b>9</b>
1. Algemene informatie over zorginhoudelijke indicatoren.....	10
2. Factsheets zorginhoudelijke indicatoren Maligne Lymfoom.....	12
3. Lijst te verzamelen variabelen.....	25
Bijlage 1: Autorisatie zorginhoudelijke indicatoren door wetenschappelijke verenigingen.....	30
Bijlage 2: Lijst met besproken en afgewezen indicatoren.....	31
Bijlage 3: Verwerking commentaar consultatieronde.....	35
<b>Deel 2: Klantpreferentievragen.....</b>	<b>40</b>
1. Klantpreferentievragen Maligne Lymfoom .....	41
Afkortingenlijst.....	45

## 1. Overzicht indicatoren Maligne Lymfoom en invulformulier

In dit overzicht vindt u alle indicatoren die in het kader van Zichtbare Zorg voor deze aandoening uitgevraagd worden. U kunt dit overzicht gebruiken om in uw ziekenhuis te verspreiden. In de laatste kolom kunnen indicatorwaarden worden ingevuld. Ook is er ruimte om een opmerking/toelichting te plaatsen over de indicator(waarden).

### Zorginhoudelijke indicatoren

1. Kwaliteitseisen DLBCL	
<p>1a: Wordt bij patiënten met een diffuus grootcellig B-cel lymfoom (DLBCL) standaard het volgende gedaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Classificatie volgens WHO 2008</li> <li>- Stadiëring volgens systeem van Ann Arbor</li> <li>- Vaststellen prognose volgens de Internationale Prognostische Index</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja, Meestal <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja, Meestal <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja, Meestal <input type="checkbox"/> Nee
Teller 1b: Het aantal nieuwe patiënten met een DLBCL dat is geclassificeerd volgens WHO 2008, is gestadieerd volgens het systeem van Ann Arbor en bij wie de prognose is gesteld volgens de internationale prognostische index (IPI)	
Noemer 1b: Het aantal nieuwe patiënten met een DLBCL.	
1b: Het percentage patiënten met een diffuus grootcellig B-cel lymfoom (DLBCL) dat is geclassificeerd volgens WHO 2008, is gestadieerd volgens het systeem van Ann Arbor en bij wie de prognose is gesteld volgens de internationale prognostische index (IPI)	
<i>Opmerking over indicator:</i>	
<i>Toelichting bij de data (voor openbare database):</i>	

2. Kwaliteitseisen initiële stadiëring	
<p>2a: Wordt bij patiënten met een maligne lymfoom standaard het volgende gedaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CT-hals-thorax-abdomen na intraveneus en oraal contrast</li> <li>- Beenmergaspiratie</li> <li>- Cristabiopt</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja, Meestal <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja, Meestal <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja, Meestal <input type="checkbox"/> Nee
<p>Teller 2b: Het aantal nieuwe patiënten met een maligne lymfoom bij wie voor een complete initiële stadiëring een:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CT-hals-thorax-abdomen na intraveneus en oraal contrast en</li> <li>- beenmergaspiratie en</li> <li>- cristabiopt</li> </ul> <p>zijn uitgevoerd.</p>	
Noemer 2b: Het aantal nieuwe patiënten met een maligne lymfoom.	
2b: Het percentage nieuwe patiënten met een maligne lymfoom bij wie voor een complete initiële stadiëring een CT-hals-thorax-	

abdomen na intraveneus en oraal contrast, een beenmergaspiratie en een cristiabiopsie zijn uitgevoerd.	
<i>Opmerking over indicator:</i>	
<i>Toelichting bij de data (voor openbare database):</i>	

<b>3. Responseevaluatie</b>	
3a: Wordt bij patiënten met een DLBCL of een Hodgkin lymfoom standaard een responseevaluatie uitgevoerd na initiële behandeling?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja, Meestal <input type="checkbox"/> Nee
Indien ja, Bestaat deze responseevaluatie uit:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja, Meestal <input type="checkbox"/> Nee
- CT-hals-thorax-abdomen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja, Meestal <input type="checkbox"/> Nee
- FDG-PET	
Teller 3b: Het aantal nieuwe patiënten met een DLBCL of een Hodgkin lymfoom bij wie voor de responseevaluatie na initiële behandeling zowel een CT-hals-thorax-abdomen als een FDG-PET-scan zijn uitgevoerd.	
Noemer 3b: Het aantal nieuwe patiënten met een DLBCL of een Hodgkin lymfoom dat behandeld is.	
3b: Het percentage nieuwe patiënten met een Hodgkin lymfoom of DLBCL dat behandeld is en bij wie voor de responseevaluatie na initiële behandeling zowel een CT-hals-thorax-abdomen als een FDG PET-scan zijn uitgevoerd.	
<i>Opmerking over indicator:</i>	
<i>Toelichting bij de data (voor openbare database):</i>	

<b>4. Doorlooptijd diagnostiek</b>	
Teller: Aantal nieuwe patiënten met een maligne lymfoom bij wie de diagnostiek binnen 15 werkdagen is afgerond.	
Noemer: Aantal nieuwe patiënten met een maligne lymfoom.	
Percentage nieuwe patiënten met een maligne lymfoom bij wie de diagnostiek binnen 15 werkdagen is afgerond.	
<i>Opmerking over indicator:</i>	
<i>Toelichting bij de data (voor openbare database):</i>	

<b>5. MDO</b>	
Teller: Aantal nieuwe patiënten met een maligne lymfoom dat is besproken in een MDO.	
Noemer: Aantal nieuwe patiënten met een maligne lymfoom.	
Het percentage nieuwe patiënten met een maligne lymfoom, dat is besproken in een MDO.	
<i>Opmerking over indicator:</i>	
<i>Toelichting bij de data (voor openbare database):</i>	

Klantpreferentievragen:

Vraag 1	<p><b>A.</b> Vul in hoeveel patiënten met non-Hodgkin lymfoom (NHL) er <u>per jaar</u> op uw ziekenhuislocatie worden behandeld door het specialisme interne geneeskunde.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aantal internist-oncologen op uw ziekenhuislocatie dat patiënten met NHL behandelt (<u>aantal personen</u>) internist-oncologen</li> <li>- Aantal internist-hematologen op uw ziekenhuislocatie dat patiënten met NHL behandelt (<u>aantal personen</u>) internist-hematologen</li> <li>- Aantal patiënten met NHL dat op uw ziekenhuislocatie behandeld wordt door het specialisme interne geneeskunde patiënten</li> </ul> <p><b>B.</b> Vul in of het specialisme interne geneeskunde op uw ziekenhuislocatie met coassistenten, artsen niet in opleiding tot specialist (ANIOS) en/of artsen in opleiding tot specialist (AIOS) werkt.</p>					
	<b>Specialisme</b>	<b>coassistenten</b>		<b>ANIOS</b>		<b>AIOS</b>
	<b>Interne geneeskunde</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
<i>Opmerking over indicator:</i>						
<i>Toelichting bij de data (voor openbare database):</i>						

Vraag 2	<p>Neemt uw ziekenhuislocatie deel aan onderzoeken op het gebied van NHL?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nee</p>
<i>Opmerking over indicator:</i>	
<i>Toelichting bij de data (voor openbare database):</i>	

Vraag 3	<p><b>A.</b> Hebben patiënten met NHL op uw ziekenhuislocatie één vaste internist?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p> <p><b>B.</b> Hoe worden patiënten met NHL op uw ziekenhuislocatie in eerste instantie toegewezen aan een internist?</p> <p><input type="checkbox"/> N.a.v. wachttijd  <input type="checkbox"/> N.a.v. aandachtsgebied/expertises van de internist  <input type="checkbox"/> N.a.v. de voorkeur van de patiënt  <input type="checkbox"/> Anders, namelijk: ...</p>
<p><i>Opmerking over indicator:</i></p> <p><i>Toelichting bij de data (voor openbare database):</i></p>	

Vraag 4	<p>Op welke wijze(n) wordt op uw ziekenhuislocatie over de onderstaande onderwerpen informatie verstrekt aan patiënten met NHL?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">Methode / Onderwerp</th> <th style="width: 15%;">Mondeling (persoonlijk gesprek)</th> <th style="width: 15%;">Schriftelijk (folder/brief)</th> <th style="width: 15%;">Beeld (foto/video)</th> <th style="width: 15%;">Digitaal (website)</th> <th style="width: 15%;">Anders, namelijk: ...</th> <th style="width: 15%;">Geen informatie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Diagnose</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Prognose</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Voor- en nadelen behandelvormen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Procedure onderzoek</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Procedure behandelingen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Uitslagen onderzoeken</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Anders, namelijk: ...</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Methode / Onderwerp	Mondeling (persoonlijk gesprek)	Schriftelijk (folder/brief)	Beeld (foto/video)	Digitaal (website)	Anders, namelijk: ...	Geen informatie	Diagnose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prognose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Voor- en nadelen behandelvormen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Procedure onderzoek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Procedure behandelingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uitslagen onderzoeken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anders, namelijk: ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Methode / Onderwerp	Mondeling (persoonlijk gesprek)	Schriftelijk (folder/brief)	Beeld (foto/video)	Digitaal (website)	Anders, namelijk: ...	Geen informatie																																																			
Diagnose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																			
Prognose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																			
Voor- en nadelen behandelvormen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																			
Procedure onderzoek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																			
Procedure behandelingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																			
Uitslagen onderzoeken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																			
Anders, namelijk: ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																			
<p><i>Opmerking over indicator:</i></p> <p><i>Toelichting bij de data (voor openbare database):</i></p>																																																									

Vraag 5	<p>Welke vormen van NHL worden er op uw ziekenhuislocatie behandeld?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">Vorm van non-Hodgkin lymfoom</th> <th colspan="2">Behandeling</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Diffuus grootcellig B-cellymfoom (DLBCL)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Ja</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Nee</td> </tr> <tr> <td>Primair mediastinaal B-cellymfoom</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Ja</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Nee</td> </tr> <tr> <td>Perifeer T-cellymfoom</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Ja</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Nee</td> </tr> <tr> <td>Burkitt-lymfoom</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Ja</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Nee</td> </tr> <tr> <td>Folliculair lymfoom</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Ja</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Nee</td> </tr> </tbody> </table>	Vorm van non-Hodgkin lymfoom	Behandeling		Diffuus grootcellig B-cellymfoom (DLBCL)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Primair mediastinaal B-cellymfoom	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Perifeer T-cellymfoom	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Burkitt-lymfoom	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Folliculair lymfoom	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Vorm van non-Hodgkin lymfoom	Behandeling																		
Diffuus grootcellig B-cellymfoom (DLBCL)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee																	
Primair mediastinaal B-cellymfoom	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee																	
Perifeer T-cellymfoom	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee																	
Burkitt-lymfoom	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee																	
Folliculair lymfoom	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee																	

	Lymfocytair lymfoom/chronisch lymfatische leukemie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	
	MALT-lymfoom van de maag, speekselklier of elders	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	
	Mantelcellymfoom	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	
	Lymfoplasmacytair lymfoom/ ziekte van Waldenström	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	
	Lymfoom bij afweerstoornissen/ post-transplantatielymfoom	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	
	Primair lymfoom van de huid/ mycosis fungoides	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	
<i>Opmerking over indicator:</i>				
<i>Toelichting bij de data (voor openbare database):</i>				

Vraag 6	Biedt uw ziekenhuislocatie immunotherapie aan?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<i>Opmerking over indicator:</i>	
<i>Toelichting bij de data (voor openbare database):</i>	

Vraag 7	<p><b>A.</b> Hoe is de telefonische bereikbaarheid voor NHL-patiënten met ziektespecifieke vragen op uw ziekenhuislocatie geregeld?</p> <p><input type="checkbox"/> de internist-oncoloog is telefonisch bereikbaar,   uur per dag,   dagen per week</p> <p><input type="checkbox"/> de internist-hematoloog is telefonisch bereikbaar,   uur per dag,   dagen per week</p> <p><input type="checkbox"/> de oncologieverpleegkundige is telefonisch bereikbaar,   uur per dag,   dagen per week</p> <p><input type="checkbox"/> anders, namelijk: ...</p> <p><b>B.</b> Hoe is de telefonische bereikbaarheid voor NHL-patiënten in geval van spoed op uw ziekenhuislocatie geregeld?</p> <p><input type="checkbox"/> er is een spoednummer voor NHL-patiënten, dit wordt op aanvraag verstrekt</p> <p><input type="checkbox"/> er is een spoednummer voor NHL-patiënten, dit wordt standaard aan de patiënt verstrekt</p> <p><input type="checkbox"/> anders, namelijk: ...</p>
<i>Opmerking over indicator:</i>	
<i>Toelichting bij de data (voor openbare database):</i>	



## Deel 1: Zorginhoudelijke indicatoren

## 1. Algemene informatie over Zorginhoudelijke indicatoren Maligne Lymfoom

### Indicatorwerkgroep

De werkgroep voor de indicatorenset Maligne Lymfoom bestond uit de volgende personen:

NIV: mw. Dr. J.M. Zijlstra-Baalbergen, hematoloog, VU Medisch Centrum (voorzitter)  
dhr. Dr. M. Hoogendoorn, internist-hematoloog, Medisch Centrum Leeuwarden  
NVKNO: dhr. Dr. B.E.Ch. Plaat, KNO-arts, hoofd-hals chirurg, Universitair Medisch Centrum Groningen  
NVNG: mw. Dr. C.J. Hoekstra, nucleair geneeskundige, Jeroen Bosch Ziekenhuis  
NVRO: dhr. Prof. dr. E.M. Noordijk, radiotherapeut (n.p.)  
NVVP: dhr. Dr. A. Noorduyn, patholoog, Albert Schweitzer Ziekenhuis  
ZN: dhr. G. Salemink, arts, medisch adviseur, Zorgverzekeraars Nederland  
Lymfklierkanker Vereniging Nederland: dhr. R. van Hal, vice-voorzitter Lymfklierkanker Vereniging Nederland

### Populatiebepaling Maligne Lymfoom

De eerste stap in het bepalen van de indicatoren is het vaststellen van de populatie. Voor alle Zichtbare Zorg indicatorensets is als uitgangspunt gekozen om de populatie te bepalen aan de hand van de gesloten Diagnose Behandel Combinaties (DBC's).

De indicatorenset voor het Maligne Lymfoom richt zich op het zorgproces van patiënten met een maligne lymfoom. Voor een aantal indicatoren zal alleen een subgroep van het maligne lymfoom worden geselecteerd. De zorgprocessen worden als volgt afgebakend:

- volwassen patiënten (ouder dan 18 jaar);
- (sub)aandoening: Maligne Lymfoom. Hiertoe behoren het Hodgkin lymfoom, het Non Hodgkin Lymfomen, zowel de B-cel als T-cel lymfomen, met uitzondering van de cutane lymfomen. Er wordt voor de omschrijving maligne lymfoom gekozen, aangezien alle genoemde aandoeningen een vergelijkbaar zorgproces kennen; DBC code voor non-Hodgkin, intermediair/hooqgradig (hiervan is de DLBCL onderdeel) 0313.11.753 De patiënten met een DLBCL kunnen uit de NKR geselecteerd worden. Chemotherapie en radiotherapie maken geen deel uit van deze DBC's. Het kan dus zijn dat de DBC is geopend voor de begindatum van het verslagjaar. Parallele DBC's worden meegenomen. Voor DBC-codes en instructies: zie de variabelenlijsten.

De indicatoren worden meegenomen in het verslagjaar waarin de DBC's worden gesloten (zie figuur). De lichtblauwe balk geeft de DBC weer en het zwarte puntje in de donkerblauwe balk de activiteit c.q. verrichting. Voor inclusie moet een DBC gesloten zijn voor het einde van het verslagjaar. De registratieperiode kan echter al wel voor het begin van het verslagjaar zijn begonnen.

### Aangepast verslagjaar en peildatum

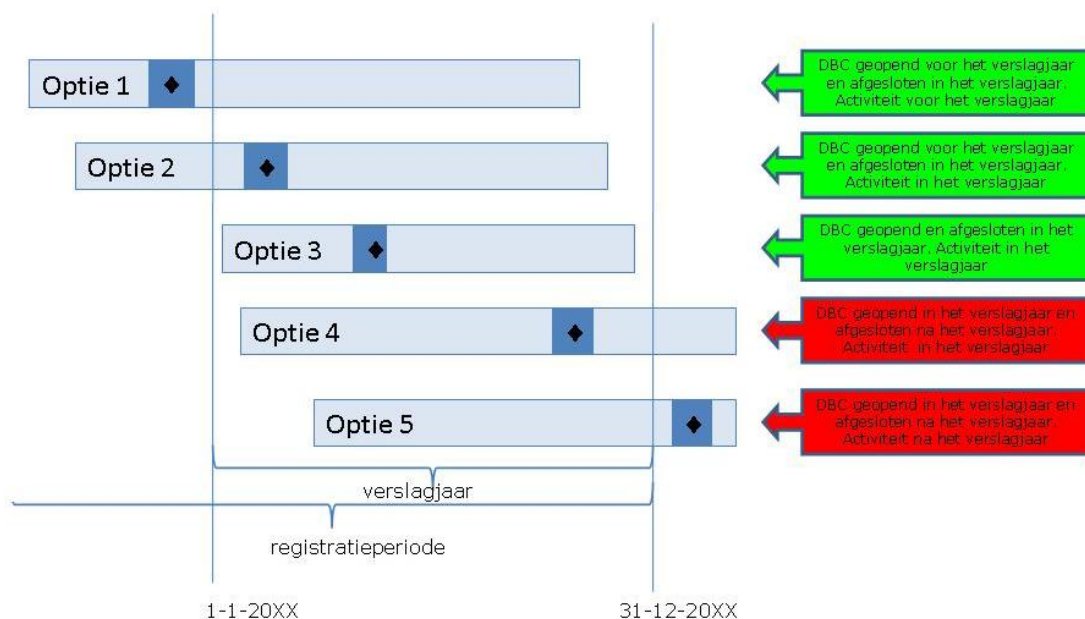
De TNM classificatie is per 2010 aangepast. Door deze aanpassing zijn de gegevens uit de NKR voor een aantal oncologische sets (waaronder maagcarcinoom), die normaliter aangeleverd worden voor de periode half 2009 tot half 2010, niet vergelijkbaar met elkaar. Om deze reden is besloten het verslagjaar voor de betreffende indicatoren aan te passen naar een half jaar (half 2010).

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

### In- en exclusie

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

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



## 2. Zorginhoudelijke indicatoren Maligne lymfoom

1. Kwaliteitseisen DLBCL	
<b>Relatie tot kwaliteit</b>	Voor een optimale en uniforme classificatie en stadiëring van een DLBCL is het noodzakelijk dat de classificatie, stadiëring en prognosestelling gestandaardiseerd hebben plaatsgevonden.
<b>Operationalisatie 1a</b>	Wordt bij patiënten met een diffuus grootcellig B-cel lymfoom (DLBCL) standaard het volgende gedaan: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Classificatie volgens WHO 2008 <i>Ja/Ja, Meestal/Nee</i></li> <li>- Stadiëring volgens systeem van Ann Arbor <i>Ja/Ja, Meestal/Nee</i></li> <li>- Vaststellen prognose volgens de Internationale Prognostische Index (IPI) <i>Ja/Ja, Meestal/Nee</i></li> </ul>
<b>Operationalisatie 1b</b>	Het percentage nieuwe patiënten met een diffuus grootcellig B-cel lymfoom (DLBCL) dat is geclassificeerd volgens WHO 2008, is gestadieerd volgens het systeem van Ann Arbor en bij wie de prognose is gesteld volgens de internationale prognostische index (IPI).
<b>Teller 1b</b>	Het aantal patiënten met een DLBCL, dat is geclassificeerd volgens WHO 2008, is gestadieerd volgens het systeem van Ann Arbor en bij wie de prognose is gesteld volgens IPI.
<b>Noemer 1b</b>	Het aantal nieuwe patiënten met een DLBCL.
<b>Definitie(s)</b>	Uitgaan van incidentiejaar en ziekenhuis van diagnose. WHO 2008 classificatie: vastgelegd in WHO boek 2008. Ann Arbor stadiering: zie NVH: <a href="http://www.hematologienederland.nl/non-hodgkin-lymfomen">http://www.hematologienederland.nl/non-hodgkin-lymfomen</a> IPI prognosticering: zie NVHH; <a href="http://www.hematologienederland.nl/non-hodgkin-lymfomen">http://www.hematologienederland.nl/non-hodgkin-lymfomen</a>
<b>In/ exclusiecriteria</b>	Inclusie: alleen nieuwe patiënten met DLBCL
<b>Bron</b>	Teller: EPD/zorgdossier Noemer: Nederlandse Kankerregistratie (NKR)
<b>Meetfrequentie</b>	1x per verslagjaar
<b>Verslagjaar</b>	01-01-2010 tot en met 30-06-2010*
<b>Rapportagefrequentie</b>	1x per verslagjaar
<b>Type indicator</b>	1a: Structuurindicator 1b: Procesindicator
<b>Meetniveau</b>	1a: Ziekenhuisniveau 1b: Patiëntniveau
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Effectiviteit, veiligheid, patiëntgerichtheid

\* Indien gebruik wordt gemaakt van aanlevering vanuit de NKR geldt normaal gesproken als verslagjaar 01-07-2009 t/m 30-06-2010. In verband met de gevolgen van de gewijzigde TNM-classificatie per 01-01-2010 is de periode voor aanlevering in 2011 eenmalig beperkt tot 01-01-2010 t/m 30-06-2010.

## Rekenregels

Indicator 1	Kwaliteitseisen DLBCL	Formule
<b>Teller 1b</b>	Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie patiënten die onder de noemer is verzameld. Selecteer hiervan de patiënten die zijn geclassificeerd volgens WHO 2008, zijn gestadieerd volgens het systeem van Ann Arbor en bij wie de prognosestelling heeft plaatsgevonden volgens IPI.	# patiënten noemer waarvoor geldt ML19 = ja
<b>Noemer 1b</b>	Selecteer alle nieuwe patiënten ouder dan 18 jaar bij wie de diagnose DLBCL is gesteld.	# patiënten waarvoor ML2 geldt en waarvoor geldt ML18 > 18 jaar

### Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

Voor een optimale en uniforme classificatie en stadiëring van een maligne lymfoom is het noodzakelijk dat classificatie en stadiëring gestandaardiseerd plaatsvinden.

Voor de classificatie wordt gebruik gemaakt van de WHO 2008, stadiëring geschiedt volgens het systeem van Ann Arbor (Lister, 1989). Aangezien de prognosestelling voor de gehele groep van maligne lymfomen divers is, heeft de werkgroep ervoor gekozen een kleine subgroep, namelijk de diffuus grootcellige B-cel lymfomen, te selecteren waarbij de prognose goed gesteld kan worden met behulp van de internationale prognostische index (IPI).

### Mogelijkheden tot verbetering

De werkgroep verwacht dat de meeste patiënten worden geclassificeerd volgens de WHO 2008 en worden gestadieerd volgens het systeem van Ann Arbor. De grootste mogelijkheid tot verbetering wordt verwacht in het gebruik van de prognosestelling volgens IPI. In eerder, nog niet gepubliceerd onderzoek uitgevoerd door IQ healthcare onder patiënten met een non-Hodgkin lymfoom in 22 ziekenhuizen bleek dat de IPI score in ongeveer 21% van de patiënten werd gescoord.

### Beperkingen bij gebruik en interpretatie

De verwachte aantallen per ziekenhuis zijn klein bij deze selectie.

### Validiteit

De werkgroep is van mening dat het voor een optimale en uniforme classificatie en stadiëring van een DLBCL noodzakelijk is dat deze gestandaardiseerd worden uitgevoerd.

De mate van bewijskracht hiervoor is D, dat wil zeggen dat de werkgroep hierover consensus heeft bereikt.

### Betrouwbaarheid

De werkgroep is van mening dat deze indicator goed en betrouwbaar te meten is als deze gegevens eenduidig in het ZIS zijn opgeslagen.

### Discriminerend vermogen

Met de indicator kan een goed onderscheid maken worden gemaakt tussen ziekenhuizen in de mate waarin wordt geclassificeerd volgens de WHO 2008, wordt gestadieerd volgens het systeem van Ann Arbor en de prognose wordt gesteld via IPI.

### Minimale bias/ beschrijving relevante case-mix

Er bestaat voor deze indicator geen case-mix discussie.

### Registreerbaarheid/ haalbaarheid registratie/tijdsinvestering

De noemer kan door de NKR worden aangeleverd. Binnen het ZIS kan geen (geautomatiseerd) overzicht worden gegenereerd van de teller.

De werkgroep is van mening dat de indicator van dusdanig belang is voor de kwaliteit van de zorg dat het inzicht in deze indicator opweegt tegen de registratielast, mede gezien de kleine aantallen patiënten per ziekenhuis die het betreft.

#### **Referenties**

- <http://www.hematologienederland.nl/non-hodgkin-lymfomen>
- <http://www.who.int/classifications/icd/en>
- [www.hovon.nl](http://www.hovon.nl)
- Lister TA, Crowther D, Sutcliffe SB, et al. "Report of a committee convened to discuss the evaluation and staging of patients with Hodgkin's disease: Cotswolds meeting". J Clin Oncol 1989;7:1630–6.

2. Kwaliteitseisen initiële stadiëring	
<b>Relatie tot kwaliteit</b>	Voor een optimale initiële stadiëring van patiënten met een maligne lymfoom is het noodzakelijk dat deze compleet is uitgevoerd, aangezien het stadium van de ziekte bepalend is voor de keuze van de behandeling.
<b>Operationalisatie 2a</b>	Wordt bij patiënten met een maligne lymfoom standaard het volgende gedaan: <ul style="list-style-type: none"> <li>- CT-hals-thorax-abdomen na intraveneus en oraal contrast <i>Ja/Ja, Meestal/Nee</i></li> <li>- Beenmergaspiratie <i>Ja/Ja, Meestal/Nee</i></li> <li>- Cristabiopt <i>Ja/Ja, Meestal/Nee</i></li> </ul>
<b>Operationalisatie 2b</b>	Het percentage nieuwe patiënten met een maligne lymfoom bij wie voor een complete initiële stadiëring een CT-hals-thorax-abdomen na intraveneus en oraal contrast, een beenmergaspiratie en een cristabiopsie zijn uitgevoerd.
<b>Teller 2b</b>	Aantal nieuwe patiënten met een maligne lymfoom bij wie voor een complete initiële stadiëring een: <ul style="list-style-type: none"> <li>- CT-hals-thorax-abdomen na intraveneus en oraal contrast en</li> <li>- Beenmergaspiratie en</li> <li>- Cristabiopt</li> </ul> zijn uitgevoerd.
<b>Noemer 2b</b>	Aantal nieuwe patiënten met een maligne lymfoom.
<b>Definitie(s)</b>	CT-hals-thorax-abdomen verricht na intraveneus en oraal contrast (met spiraal en/of multislice CT-scanner). Beenmerg aspiraats vanuit sternum of crista iliaca, preparaat gekleurd met MGG. Cristabiopt, beoordeeld na HE en immunohistochemische kleuringen Uitgaan van incidentiejaar en ziekenhuis van diagnose.
<b>In/ exclusiecriteria</b>	Inclusie: alleen nieuwe patiënten Exclusie: patiënten met cutaan of CZS lymfoom
<b>Bron</b>	Bron teller: EPD/Zorgdossier Bron noemer: Nederlandse Kankerregistratie (NKR)
<b>Meetfrequentie</b>	1x per verslagjaar
<b>Verslagjaar</b>	01-01-2010 tot en met 30-06-2010*
<b>Rapportagefrequentie</b>	1x per verslagjaar
<b>Type indicator</b>	2a: Structuurindicator 2b: Procesindicator
<b>Meetniveau</b>	2a: Ziekenhuisniveau 2b: Patiëntniveau
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Effectiviteit, veiligheid, patiëntgerichtheid

\* Indien gebruik wordt gemaakt van aanlevering vanuit de NKR geldt normaal gesproken als verslagjaar 01-07-2009 t/m 30-06-2010. In verband met de gevolgen van de gewijzigde TNM-classificatie per 01-01-2010 is de periode voor aanlevering in 2011 eenmalig beperkt tot 01-01-2010 t/m 30-06-2010.

## Rekenregels

Indicator 2	Kwaliteitseisen initiële stadiëring	Formule
<b>Teller 2b</b>	Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie patiënten die onder de noemer is verzameld. Selecteer hiervan de mensen bij wie voor stadiëring een: <ul style="list-style-type: none"><li>• CT-hals-thorax-abdomen met intraveneus en oraal contrast én</li><li>• beenmergaspiratie én</li><li>• cristabiopt</li></ul> zijn uitgevoerd.	# patiënten noemer waarvoor geldt ML20 = ja
<b>Noemer 2b</b>	Selecteer alle patiënten ouder dan 18 jaar bij wie de diagnose maligne lymfoom is gesteld.	# patiënten waarvoor ML6 geldt en waarvoor geldt ML18 > 18 jaar

### Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

In Nederland krijgen jaarlijks ongeveer 3000 mensen een maligne lymfoom. Van oudsher worden de maligne lymfomen ingedeeld in de ziekte van Hodgkin (Hodgkin lymfoom) en de overige lymfomen, de zogenaamde niet tot de ziekte van Hodgkin behorende, ofwel non-Hodgkin lymfomen (NHL). De NHL komen met ongeveer 2500 nieuwe gevallen per jaar het meest voor. Er zijn echter veel verschillende soorten NHL. Zij kenmerken zich door verschillen in presentatie, gedrag en mogelijkheden voor behandeling en genezing. Sommige lymfomen groeien zeer langzaam in de loop van maanden tot jaren. Bij een aantal van deze 'indolente' soorten hoeft soms niet eens onmiddellijk een behandeling te worden ingesteld. Andere, zogenaamde agressieve vormen, groeien zeer snel en leiden indien niet snel een behandeling wordt ingesteld binnen korte tijd (weken tot maanden) tot de dood. Deze agressieve vormen kunnen echter met intensieve celremmende medicijnen (cytostatica) worden genezen. De behandeling van patiënten met een maligne lymfoom is afhankelijk van het stadium van de ziekte. Om een zo gericht mogelijke behandeling te kunnen geven is een betrouwbare stadiëring daarom van groot belang. Een betrouwbare stadiëring dient compleet te zijn en te bestaan uit de combinatie van een CT-hals-thorax-abdomen, een beenmergaspiratie en een cristabiopt. Literatuur laat zien dat voor initiële stadiëring de volgende onderzoeken dienen plaatst te vinden: CT-hals, -thorax en -abdomen met intraveneus en oraal contrast, een beenmergaspiratie en een cristabiopsie.

### Mogelijkheden tot verbetering

De werkgroep verwacht dat er ruimte is tot verbetering in de compleetheid (en daarmee kwaliteit) van de stadiëring. Deze verwachting wordt ondersteund door de resultaten van een nog niet gepubliceerd onderzoek uitgevoerd door IQ healthcare onder patiënten met een non-Hodgkin lymfoom in 22 ziekenhuizen. Uit dit onderzoek blijkt dat bij 70-80% van de patiënten slechts één van de diagnostische onderzoeken wordt verricht. Het aantal en type diagnostische onderzoeken verschilt tussen de ziekenhuizen. Van belang is ook dat slechts bij 35% van de patiënten een CT-hals werd uitgevoerd. In een aanvullende studie bleek dat het al dan niet uitvoeren van een CT-hals een verband heeft met de overleving.

### Beperkingen bij gebruik en interpretatie

Er zal nauwelijks of geen verschil in interpretatie zijn of een bepaalde verrichting wel of niet is uitgevoerd.

De verwachte aantallen per ziekenhuis zijn klein bij deze selectie.

### Validiteit

De mate van bewijskracht hiervoor is C, dat wil zeggen dat er enkele niet-vergelijkende onderzoeken bekend zijn.

**Betrouwbaarheid**

Het is haalbaar om van iedere patiënt met een maligne lymfoom te achterhalen welke diagnostische verrichtingen zijn uitgevoerd en dit is betrouwbaar te meten. Wel wordt de betrouwbaarheid van de indicator bepaald door de registratie van de verrichtingen in het patiëntendossier. De verwachting is dat de verrichtingen in het patiëntendossier staan, tenzij de verrichting of de pathologie in een ander ziekenhuis zijn verricht, waardoor deze mogelijk niet te vinden zijn in het ziekenhuis van diagnose.

**Discriminerend vermogen**

Gezien eerder onderzoek verwacht de werkgroep dat met de indicator een goed onderscheid kan worden gemaakt tussen ziekenhuizen in de mate waarin tijdens de diagnostische fase al dan geen complete stadiëring wordt uitgevoerd.

**Minimale bias/ beschrijving relevante case-mix**

Er bestaat voor deze indicator geen case-mix discussie.

**Registreerbaarheid/ haalbaarheid registratie/tijdsinvestering**

De noemer kan door de NKR worden aangeleverd. Binnen het ZIS kan geen (geautomatiseerd) overzicht worden gegenereerd van de teller. De meeste verrichtingen kunnen worden achterhaald via CTG coderingen. Verslagen van de verschillende verrichtingen zullen moeten worden verkregen uit het EPD/zorgdossier.

De werkgroep is van mening dat de indicator van dusdanig belang is voor de kwaliteit van de zorg dat het inzicht in deze indicator opweegt tegen de registratielast, mede gezien de kleine aantallen patiënten per ziekenhuis die het betreft.

**Referenties**

- Cheson BD, Pfistner B, Juweid ME et al., Revised response criteria for malignant lymphoma. J Clin Oncol 2007;25;579-86.
- Cheson BD, Horning SJ, Coiffier B et al., Report of an international workshop to standardize response criteria for non-Hodgkin's lymphomas. NCI Sponsored International Working Group, J Clin Oncol 1999;17:1244-53.

3. Responseevaluatie	
<b>Relatie tot kwaliteit</b>	Een optimale responseevaluatie van patiënten met een DLBCL en een Hodgkinlymfoom bestaat uit een CT- en een FDG-PET-scan.
<b>Operationalisatie 3a</b>	<p>Wordt bij patiënten met een DLBCL of een Hodgkin lymfoom standaard een responseevaluatie uitgevoerd na initiële behandeling? <i>Ja/Ja, Meestal/Nee</i></p> <p>Indien ja, Bestaat deze responseevaluatie uit:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CT-hals-thorax-abdomen <i>Ja/Ja, Meestal/Nee</i></li> <li>- FDG-PET <i>Ja/Ja, Meestal/Nee</i></li> </ul>
<b>Operationalisatie 3b</b>	Het percentage nieuwe patiënten met een Hodgkin lymfoom of DLBCL dat behandeld is en bij wie voor de responseevaluatie na initiële behandeling zowel een CT-hals-thorax-abdomen als een FDG PET-scan zijn uitgevoerd.
<b>Teller 3b</b>	Het aantal nieuwe patiënten met een DLBCL of een Hodgkin lymfoom bij wie voor de responseevaluatie na initiële behandeling zowel een CT-hals-thorax-abdomen als een FDG-PET-scan zijn uitgevoerd.
<b>Noemer 3b</b>	Het aantal nieuwe patiënten met een DLBCL of een Hodgkin lymfoom dat behandeld is.
<b>Definitie(s)</b>	Uitgaan van incidentiejaar en ziekenhuis van behandeling.
<b>In/ exclusiecriteria</b>	Inclusie: alleen nieuwe patiënten Exclusie: patiënten met folliculair lymfoom.
<b>Bron</b>	Bron teller: EPD/zorgdossier, PACS (verslag radioloog en nucleair geneeskundige) Bron noemer: Nederlandse Kankerregistratie (NKR)
<b>Meetfrequentie</b>	1x per verslagjaar
<b>Verslagjaar</b>	01-01-2010 tot en met 30-06-2010*
<b>Rapportagefrequentie</b>	1x per verslagjaar
<b>Type indicator</b>	3a: Structuurindicator 3b: Procesindicator
<b>Meetniveau</b>	3a: Ziekenhuisniveau 3b: Patiëntniveau
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Effectiviteit, patiëntgerichtheid

\* Indien gebruik wordt gemaakt van aanlevering vanuit de NKR geldt normaal gesproken als verslagjaar 01-07-2009 t/m 30-06-2010. In verband met de gevolgen van de gewijzigde TNM-classificatie per 01-01-2010 is de periode voor aanlevering in 2011 eenmalig beperkt tot 01-01-2010 t/m 30-06-2010.

#### Rekenregels

Indicator 3	Responseevaluatie	Formule
<b>Teller</b>	Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie patiënten die onder de noemer is verzameld. Selecteer hiervan de patiënten bij wie een CT-hals-thorax-abdomen en een FDG-PET scan zijn gemaakt na initiële behandeling.	# patiënten noemer waarvoor geldt ML21 = ja
<b>Noemer</b>	Selecteer alle nieuwe patiënten ouder dan 18 jaar die zijn behandeld voor een DLBCL of een Hodgkin lymfoom.	# patiënten waarvoor ML2 en ML12 gelden en waarvoor geldt ML14 = ja en ML18 > 18 jaar

### **Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg**

Tijdens de diagnostiek en behandeling van patiënten met een DLBCL of een Hodgkin lymfoom dienen onderzoeken te worden uitgevoerd om het effect van de behandeling te kunnen evalueren. Voor de responseevaluatie wordt daartoe gebruik gemaakt van zowel een CT-hals-thorax-abdomen als een FDG-PET-scan. De beoordeling van de scans zou daarbij gestandaardiseerd moeten plaatsvinden volgens de internationale gereviseerde responscriteria om de CT- en FDG-PET scans optimaal en uniform te kunnen beoordelen (Cheson, 1999 en 2007).

### **Mogelijkheden tot verbetering**

De werkgroep verwacht dat er ruimte is tot verbetering in het gebruik van de CT-hals-thorax-abdomen en FDG-PET-scans voor de responseevaluatie van patiënten met een DLBCL of een Hodgkin-lymfoom. De mate waarin verbetering bereikt kan worden is onbekend, aangezien geen data over de huidige praktijk bekend zijn.

### **Beperkingen bij gebruik en interpretatie**

De werkgroep verwacht geen grote beperkingen in het gebruik of de interpretatie van de indicator behoudens de verwachting dat de aantallen patiënten per ziekenhuis klein zullen zijn bij deze selectie.

### **Validiteit**

De mate van bewijskracht hiervoor is C, dat wil zeggen dat er enkele niet-vergelijkende onderzoeken bekend zijn.

### **Betrouwbaarheid**

De betrouwbaarheid wordt bepaald door de betrouwbaarheid van de registratie van de verrichting van de CT- en FDG-PET-scan in het PACS (zie ook registratiebaarheid).

### **Discriminerend vermogen**

Met de indicator kan een goed onderscheid worden gemaakt tussen ziekenhuizen in de mate waarin voor de responseevaluatie al dan geen gebruik wordt gemaakt van zowel een CT-hals-thorax-abdomen als een FDG-PET-scan.

### **Minimale bias/ beschrijving relevante case-mix**

Er bestaat voor deze indicator geen case-mix discussie.

### **Registreerbaarheid/ haalbaarheid registratie/tijdsinvestering**

De noemer kan door de NKR worden aangeleverd. Binnen het ZIS kan geen (geautomatiseerd) overzicht worden gegenereerd van de teller. De verrichtingen kunnen wel worden achterhaald via CTG coderingen. De verwachting is dat de beoordelingen van CT- en FDG-PET-scans in het PACS zijn opgenomen, tenzij de scans in een ander ziekenhuis zijn verricht.

Extra registratielast kan derhalve worden veroorzaakt doordat de FDG-PET-scan in een ander ziekenhuis is uitgevoerd en/of beoordeeld.

Omwille van de registratielast heeft de werkgroep ervoor gekozen de indicator te beperken tot de mate waarin de verschillende onderzoeken hebben plaatsgevonden en de wijze waarop de onderzoeken zijn beoordeeld buiten beschouwing te laten, al zullen de aantallen per ziekenhuis klein zijn.

### **Referenties**

- Cheson BD, Pfistner B, Juweid ME et al., Revised response criteria for malignant lymphoma. J Clin Oncol 2007;25:579-86.
- Cheson BD, Horning SJ, Coiffier B et al., Report of an international workshop to standardize response criteria for non-Hodgkin's lymphomas. NCI Sponsored International Working Group, J Clin Oncol 1999;17:1244-53.

4. Doorlooptijd diagnostiek	
<b>Relatie tot kwaliteit</b>	In de huidige praktijk bestaan er vaak lange wachttijden bij de diverse diagnostische onderzoeken voor patiënten met een maligne lymfoom. Deze zijn vanuit het patiëntenperspectief onaanvaardbaar. Ook artsen wensen minder wachttijd vanuit het streven naar optimale zorg voor patiënten met een maligne lymfoom. Minimaal 80% van de patiënten dient binnen 15 werkdagen de diagnostiek te hebben afgerond.
<b>Operationalisatie</b>	Het percentage nieuwe patiënten met een maligne lymfoom bij wie de diagnostiek binnen 15 werkdagen is afgerond.
<b>Teller</b>	Het aantal nieuwe patiënten met een maligne lymfoom bij wie de diagnostiek binnen 15 werkdagen is afgerond.
<b>Noemer</b>	Het aantal nieuwe patiënten met een maligne lymfoom.
<b>Definitie(s)</b>	Tijd afronden diagnostiek: periode tussen datum eerste bezoek hematoloog / internist / internist-oncoloog en datum definitieve diagnose en behandelplan besproken met de patiënt. Diagnostiek: biopt (extra) nodale lymfklier, CT-hals-thorax-abdomen, FDG-PET, beenmergaspiratie, cristabiopt.
<b>In/ exclusiecriteria</b>	Inclusie: alleen nieuwe patiënten Exclusie: patiënten met cutaan of CZS lymfoom
<b>Bron</b>	Bron teller: ZIS/EPD Bron noemer: Nederlandse Kankerregistratie (NKR)
<b>Meetfrequentie</b>	1x per verslagjaar
<b>Verslagjaar</b>	01-01-2010 tot en met 30-06-2010*
<b>Rapportagefrequentie</b>	1x per verslagjaar
<b>Type indicator</b>	Procesindicator
<b>Meetniveau</b>	Patiëntniveau
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Effectiviteit, patiëntgerichtheid

\* Indien gebruik wordt gemaakt van aanlevering vanuit de NKR geldt normaal gesproken als verslagjaar 01-07-2009 t/m 30-06-2010. In verband met de gevolgen van de gewijzigde TNM-classificatie per 01-01-2010 is de periode voor aanlevering in 2011 eenmalig beperkt tot 01-01-2010 t/m 30-06-2010.

#### Rekenregels

Indicator 4	Doorlooptijd diagnostiek	Formule
<b>Teller</b>	Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie patiënten verzameld onder de noemer. Selecteer vervolgens alle patiënten bij wie de diagnostiek binnen 15 werkdagen na het eerste bezoek bij de hematoloog / internist / internist-oncoloog is afgerond.	# patiënten noemer waarvoor geldt ML22 <15 werkdagen
<b>Noemer</b>	Selecteer alle nieuwe patiënten ouder dan 18 jaar bij wie de diagnose maligne lymfoom is gesteld.	# patiënten waarvoor ML6 geldt en waarvoor geldt ML18 > 18 jaar

#### Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

In 2000 zijn de zogenaamde Treeknormen opgesteld (Treekoverleg, 2000). Deze geven voor niet-acute aandoeningen de maximaal aanvaardbare wachttijd aan. Deze normen zijn opgesteld op basis van maatschappelijke aanvaardbaarheid en niet op grond van medische urgentie. De Signaleringscommissie Kanker van KWF Kankerbestrijding stelt in haar advies inzake

wachttijdnormen in de kankerzorg dat wachttijden binnen de kankerzorg tot een minimum beperkt moeten worden en onder de Treeknormen moeten liggen (KWF, 2006). De kwantitatieve gevolgen van wachttijden voor de prognose van de patiënt met kanker zijn niet voorhanden. Uit de literatuur blijkt echter wel dat de negatieve psychosociale gevolgen van wachttijden groot zijn (Schag, 1993; Risberg, 1996). Vanwege het levensbedreigende karakter van de ziekte staan patiënten met (verdenking op) kanker onder grote psychosociale druk tijdens het wachten op (een uitslag van) diagnostisch onderzoek, (aanvullend) diagnostisch onderzoek en een (aanvullende) behandeling. De Signaleringscommissie Kanker van KWF Kankerbestrijding stelt dat in het algemeen de normatieve wachttijd voor het traject tussen besluit tot en de aanvang van de (geplande) behandeling(en) maximaal vijftien werkdagen mag bedragen.

### **Mogelijkheden tot verbetering**

De werkgroep verwacht op basis van praktijkervaring dat er ruimte is tot verbetering. Dit wordt bevestigd door resultaten uit een eerder nog niet gepubliceerd onderzoek uitgevoerd door IQ healthcare. Uit dit onderzoek onder 22 ziekenhuizen met patiënten met een non-Hodgkin lymfoom bleek dat de diagnostische fase binnen 15 werkdagen was afgerond bij 45% van de patiënten.

### **Beperkingen bij gebruik en interpretatie**

Deze indicator zegt iets over snelheid van de diagnostiek, niets over kwaliteit daarvan.

De datum waarop de definitieve diagnose en het behandelplan zijn besproken met de patiënt zijn niet altijd eenduidig geregistreerd tussen de verschillende ziekenhuizen, dit leidt mogelijk tot interpretatieverschillen. Indien een patiënt wordt verwezen naar een ander ziekenhuis voor (een deel van) de diagnostiek, dient de patiënt ter bepaling van de indicator te worden meegerekend onder het ziekenhuis waar de definitieve diagnose en het behandelplan met de patiënt worden besproken.

De verwachte aantallen per ziekenhuis zijn klein bij deze selectie.

### **Validiteit**

De mate van bewijskracht hiervoor is D, dat wil zeggen dat de werkgroep consensus heeft bereikt.

### **Betrouwbaarheid**

De betrouwbaarheid van de indicator hangt samen met de verslaglegging in het ziekenhuis (zie ook beperkingen).

### **Discriminerend vermogen**

Met de indicator kan een goed onderscheid worden gemaakt tussen ziekenhuizen in de mate waarin de diagnostiek voor patiënten met een maligne lymfoom binnen 15 werkdagen is afgerond. De indicator geeft daarmee een beeld van de wijze waarop het diagnostisch traject per ziekenhuis is ingericht.

### **Minimale bias/ beschrijving relevante case-mix**

Er bestaat voor deze indicator geen case-mix discussie.

### **Registreerbaarheid/ haalbaarheid registratie/tijdsinvestering**

De noemer kan door de NKR worden aangeleverd. Binnen het ZIS kan geen (geautomatiseerd) overzicht worden gegenereerd van de teller. De werkgroep is van mening dat de indicator van dusdanig belang is voor de kwaliteit van de zorg dat het inzicht in deze indicator opweegt tegen de registratielast, mede gezien de kleine aantallen patiënten per ziekenhuis die het betreft.

### **Referenties**

- TreekoverlegTR-039. Notitie 'Streefnormstelling wachttijden curatieve zorg'. Zeist, 2000: Zorgverzekeraars Nederland.

- KWF. Advies inzake wachttijdnormen in de kankerzorg. Signalement Signaleringscommissie Kanker van KWF Kankerbestrijding. Oisterwijk, 2006: Drukkerij van den Boogaard. [www.kwfkankerbestrijding.nl](http://www.kwfkankerbestrijding.nl)
- College voor zorgverzekeringen (CVZ): Radiotherapie van meten naar weten. Wachttijdmeting 2002. Den Haag, 2004: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag.
- Schag CA, Ganz PA, Polinsky ML, Fred C, Hirji K, Petersen L. Characteristics of women at risk for psychosocial distress in the years after breast cancer. J Clin Oncol 1993;11:783-93.
- Risberg T, Sorbey SW, Norum J, Wist EA. Diagnostic delay causes more psychological distress in female than in male cancer patients. Anticancer Res 1996;16:995-9.

5. MDO	
<b>Relatie tot kwaliteit</b>	De behandeling van patiënten met kanker vereist op elkaar afgestemde deskundigheid vanuit verscheidene disciplines. Door het beschikbaar komen van verbeterde behandelingen die gebruik maken van zowel chirurgische, radiotherapeutische als medicinale interventies, is overleg al direct na de diagnostische fase in steeds meer situaties gewenst. Een bespreking in multidisciplinair verband kan daarbij bijdragen aan optimale behandeling van oncologische patiënten volgens de landelijke richtlijnen. De uitkomst van het MDO moet worden vastgelegd in een behandelplan en aan alle betrokkenen worden gecommuniceerd. De werkgroep stelt dat minimaal 80% van de patiënten besproken dient te worden in een MDO.
<b>Operationalisatie</b>	Het percentage nieuwe patiënten met een maligne lymfoom, dat is besproken in een MDO.
<b>Teller</b>	Aantal nieuwe patiënten met een maligne lymfoom dat is besproken in een MDO.
<b>Noemer</b>	Aantal nieuwe patiënten met een maligne lymfoom.
<b>Definitie (s)</b>	Aan het MDO nemen tenminste deel: hematoloog/internist, radiotherapeut, klinisch patholoog, radioloog, (nucleair geneeskundige) en gespecialiseerd verpleegkundige.
<b>In/ exclusiecriteria</b>	Inclusie: alleen nieuwe patiënten Exclusie: patiënten met cutaan of CZS lymfoom
<b>Bron</b>	Bron teller: EPD/ zorgdossier Bron noemer: Nederlandse Kankerregistratie (NKR)
<b>Meetfrequentie</b>	1x per verslagjaar
<b>Verslagjaar</b>	01-01-2010 tot en met 30-06-2010*
<b>Rapportagefrequentie</b>	1x per verslagjaar
<b>Type indicator</b>	Procesindicator
<b>Meetniveau</b>	Patiëntniveau
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Effectiviteit, veiligheid, patiëntgerichtheid, doelmatigheid

\* Indien gebruik wordt gemaakt van aanlevering vanuit de NKR geldt normaal gesproken als verslagjaar 01-07-2009 t/m 30-06-2010. In verband met de gevolgen van de gewijzigde TNM-classificatie per 01-01-2010 is de periode voor aanlevering in 2011 eenmalig beperkt tot 01-01-2010 t/m 30-06-2010.

#### Rekenregels

Indicator 5	Patiënten besproken in het multidisciplinair overleg (MDO)	Formule
<b>Teller</b>	Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie patiënten verzameld onder de noemer. Selecteer vervolgens alle patiënten die besproken zijn in het MDO.	# patiënten noemer waarvoor geldt ML17 = ja
<b>Noemer</b>	Selecteer alle patiënten ouder dan 18 jaar bij wie de diagnose maligne lymfoom is gesteld.	# patiënten waarvoor ML6 geldt en waarvoor geldt ML18 > 18 jaar

### **Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg**

De behandeling van patiënten met kanker vereist op elkaar afgestemde deskundigheid vanuit verscheidene disciplines. Door het beschikbaar komen van verbeterde behandelingen die gebruik maken van zowel chirurgische, radiotherapeutische als medicinale interventies, is overleg al direct na de diagnostische fase in steeds meer situaties gewenst. Een bespreking in multidisciplinair verband kan daarbij bijdragen aan optimale behandeling van oncologische patiënten volgens de landelijke richtlijnen. De uitkomst van het MDO moet worden vastgelegd in een behandelplan en aan alle betrokkenen worden gecommuniceerd (Ouwens, 2007; IGZ 2009; IGZ, 2009). Patiënten dienen besproken te worden in het MDO, indien mogelijk voordat de behandeling begint, zodat een optimale definitieve stadiëring en bij het stadium passende optimale behandeling kunnen worden gekozen. De werkgroep is van mening dat minimaal 80% van de patiënten besproken dient te worden in een MDO.

### **Mogelijkheden tot verbetering**

De werkgroep verwacht dat er ruimte is tot verbetering in het percentage patiënten met een maligne lymfoom dat wordt besproken in een MDO. Deze verwachting is gebaseerd op een nog niet gepubliceerd onderzoek uitgevoerd door IQ healthcare in 22 ziekenhuizen bij patiënten met een non-Hodgkin lymfoom. Uit dit onderzoek blijkt dat slechts 21% van de patiënten besproken werd in een MDO.

### **Beperkingen bij gebruik en interpretatie**

Afhankelijk van de verslaglegging in het ziekenhuis is mogelijk moeilijk terug te vinden of een patiënt in een MDO is besproken. Bovendien moet rekening worden gehouden in interpretatieverschillen in de (structurele) samenstelling van het MDO. Niet altijd wordt genoteerd of alle vereiste disciplines (structureel) aanwezig zijn (zie definities). De verwachte aantallen per ziekenhuis zijn klein bij deze selectie.

### **Validiteit**

De mate van bewijskracht hiervoor is D, dat wil zeggen dat de werkgroep consensus heeft bereikt.

### **Betrouwbaarheid**

De betrouwbaarheid van de indicator hangt samen met de verslaglegging in het ziekenhuis (zie ook beperkingen).

### **Discriminerend vermogen**

Met de indicator kan een goed onderscheid worden gemaakt tussen ziekenhuizen in de mate waarin patiënten met een maligne lymfoom zijn besproken in een MDO.

### **Minimale bias/ beschrijving relevante case-mix**

Er bestaat voor deze indicator geen case-mix discussie.

### **Registreerbaarheid/ haalbaarheid registratie/tijdsinvestering**

De noemer kan door de NKR worden aangeleverd. Binnen het ZIS kan geen (geautomatiseerd) overzicht worden gegenereerd van de teller. De werkgroep is van mening dat de indicator van dusdanig belang is voor de kwaliteit van de zorg dat het inzicht in deze indicator opweegt tegen de registratielast, mede gezien de kleine aantallen patiënten per ziekenhuis die het betreft.

### **Referenties**

- Ouwens M, Hermens R et al. Quality of integrated care for patients with nonsmall cell lung cancer. *Cancer* 2007;10:1782-90.
- IGZ. Prestatie-indicatoren ziekenhuizen. Basisset 2010: Indicator Multidisciplinair overleg. Utrecht, 2009: Inspectie voor de Gezondheidszorg, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- IGZ. Zorgketen voor kankerpatienten moet verbeteren. Den Haag, 2009: Inspectie voor de Gezondheidszorg, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

### 3. Lijst te verzamelen variabelen

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe de gegevens voor het bepalen van de indicatoren verzameld worden. Dit gebeurt aan de hand van een variabelenlijst. Een variabele is een te verzamelen data-element.

#### Variabelenlijst

Structuurindicatoren worden op ziekenhuisniveau verzameld. Het is voor deze indicatoren voldoende om één keer per jaar een vraag met ja of nee te beantwoorden. Om de proces- en uitkomstindicatoren te kunnen bepalen, worden gegevens op patiëntniveau verzameld en worden verschillende bronnen geraadpleegd.

Op de volgende pagina's worden alle variabelen beschreven die nodig zijn om de indicatoren te kunnen bepalen van de set Maligne Lymfoom. Van de variabelen worden de volgende gegevens vastgelegd:

- **Variabele nummer:** Het nummer van de variabele wordt later gebruikt om uit te kunnen leggen welke variabelen gebruikt moeten worden voor de berekening van een indicator.
- **Naam:** Naam/beschrijving van de variabele.
- **Vast te leggen waarde:** De vast te leggen waarde is een omschrijving om aan te geven wat een ziekenhuis moet vastleggen. Dit kan bijvoorbeeld een behandelas van een DBC zijn, ja/nee of een datum.
- **Bron:** De bron is bedoeld om het zoeken naar de variabele (het data-element) te vereenvoudigen. Dit is gebaseerd op de bevindingen van de ziekenhuizen uit de praktijktest. Het kan zijn dat dit in andere ziekenhuizen onder een andere naam of op een andere plaats/systeem wordt vastgelegd.
- **Instructie:** Deze beschrijft met welke zoekwaarden gezocht moet worden. Ook worden praktijktips gegeven.
- **Nodig voor indicator:** Als laatste staat aangegeven voor welke indicatoren de variabele gebruikt wordt.

Voor sommige variabelen is het niet mogelijk om direct uit de data de waarde van de variabele te bepalen. Leeftijd is hierbij het meest duidelijke voorbeeld. Om de leeftijd te kunnen bepalen is een peildatum en een geboortedatum nodig. Deze eerste twee gegevens zijn opgenomen bij de variabelen. Bij de indicatoren zijn rekenregels gedefinieerd die de uiteindelijke variabele berekenen. Een voorbeeld is:  $\text{peildatum} - \text{geboortedatum} = \text{leeftijd}$ .

Tabel 1: Variabelen uit verschillende bronnen in het ziekenhuis

Variable	Naam	Vast te leggen waarde	Bron	Instructie	Benodigd voor indicator
ML0	Patiëntnummer		ZIS	Het patiëntnummer is het unieke element dat de basis vormt om koppelingen tussen registratiesystemen mogelijk te maken	1: Kwaliteitseisen DLBCL 2: Kwaliteitseisen initiële stadiëring 3: Responseevaluatie 4: Doorlooptijd diagnostiek 5: MDO
ML1	Geboortedatum	Dd/mm/jjjj	ZIS	De geboortedatum van de betreffende persoon	1: Kwaliteitseisen DLBCL 2: Kwaliteitseisen initiële stadiëring 3: Responseevaluatie 4: Doorlooptijd diagnostiek 5: MDO
ML2	Primair diagnose diffuus grootcellig B-cel lymfoom (DLBCL)	DBC code voor non-Hodgkin, intermediair/hoggradig (hiervan is de DLBCL onderdeel) 0313.11.753	NKR	De patiënten met een DLBCL kunnen uit de NKR geselecteerd worden	1: Kwaliteitseisen DLBCL
ML3	WHO 2008 classificatie	Ja/nee	NKR	Is de patiënt met een maligne lymfoom volgens WHO 2008 geclassificeerd. Dit wil je per patiënt weten (het aantal patiënten dat via de WHO 2008 is geclassificeerd)	1: Kwaliteitseisen DLBCL
ML4	Ann Arbor	Ja/nee	NKR	Is de patiënt volgens Ann Arbor gestadieerd. Dit wil je per patiënt weten (het aantal patiënten dat via de Ann Arbor is gestadieerd)	1: Kwaliteitseisen DLBCL
ML5	Internationale	Ja/nee	EDP /	Is de patiënt volgens IPI geprognosticeerd.	1: Kwaliteitseisen

Varia- bele	Naam	Vast te leggen waarde	Bron	Instructie	Benodigd voor indicator
	prognostische index (IPI)		zorgdossier	Dit wil je per patiënt weten (het aantal patiënten dat via IPI is geprognoseerd).	DLBCL
ML6	Primaire diagnose maligne lymfoom	DBC codes voor maligne lymfoom 0313.11.751 , Hodgkin 0313.11.752, non-Hodgkin, laaggradig 0313.11.753, non-Hodgkin, intermediair/hoggradig	NKR	De patiënten met een maligne lymfoom kunnen uit de NKR geselecteerd worden	2: Kwaliteitseisen initiële stadiëring 4: Doorlooptijd diagnostiek 5: MDO
ML7	CT hals	Ja/Nee CTG code 082042: CT onderzoek van de aangezichtsschedel, met of zonder intraveneus contrast	Verrichtingen- registratie	Is bij de patiënt met een maligne lymfoom een CT hals uitgevoerd als onderdeel van de stadiëring?	2: Kwaliteitseisen initiële stadiëring 3: Responsevaluatie
ML8	CT thorax met contrast	Ja/Nee CTG code 85042: CT onderzoek van de thorax, het hart en grote vaten inclusief inbrengen contrastmiddel.	Verrichtingen- registratie	Is bij de patiënt met een maligne lymfoom een CT-thorax met contrast uitgevoerd als onderdeel van de stadiëring?	2: Kwaliteitseisen initiële stadiëring 3: Responsevaluatie
ML9	CT abdomen met intraveneus contrast	Ja/nee CTG code 87042: CT onderzoek van het abdomen, retroperitoneum, inclusief inbegrepen orale en/of rectale contraststof, met of onder toediening van een intraveneus contrastmiddel.	EPD/ zorgdossier Verrichtingen registratie	Is bij de patiënt met een maligne lymfoom een CT hals / CT thorax of CT abdomen met contrast uitgevoerd als onderdeel van de stadiëring?	2: Kwaliteitseisen initiële stadiëring 3: Responsevaluatie
ML10	Beenmergaspiratie	Ja /nee 120095: Beenmergonderzoek (093).	Verrichtingen- registratie	Is bij de patiënt met een maligne lymfoom een beenmergaspiratie uitgevoerd als onderdeel van de stadiëring?	2: Kwaliteitseisen initiële stadiëring
ML11	Cristabiopt	Ja /nee	EPD/ zorgdossier Verrichtingen registratie	Is bij de patiënt met een maligne lymfoom een cristabiopt uitgevoerd als onderdeel van de stadiëring?	2: Kwaliteitseisen initiële stadiëring
ML12	Primair	DBC code voor Hodgkin lymfoom	NKR	De patiënten met een Hodgkin lymfoom	3: Responsevaluatie

Variable	Naam	Vast te leggen waarde	Bron	Instructie	Benodigd voor indicator
	diagnose Hodgkin lymfoom	0313.11.751		kunnen uit de NKR geselecteerd worden	
ML13	FDG-PET scan	Ja/nee CTG code 120501: PET WB (whole body)	Verrichtingenregistratie	Is bij de patiënt met een Hodgkin lymfoom of een DLBCL ter evaluatie effect een FDG-PET scan uitgevoerd?	3: Responseevaluatie
ML14	Behandeling	Ja/nee	EPD/zorgdossier	Heeft de patiënt met een Hodgkin lymfoom of een diffuus grootcellig B-cel lymfoom een voor de ziekte relevante behandeling ondergaan?	3: Responseevaluatie
ML15	Datum 1e polikliniekbezoek hematologie	Dd/mm/jjjj	EPD/zorgdossier	Datum waarop de patiënt met een maligne lymfoom voor het eerst op de polikliniek hematologie komt	4: Doorlooptijd diagnostiek
ML16	Datum definitieve diagnose en behandelplan besproken met de patiënt	Dd/mm/jjjj	EPD/zorgdossier	Datum waarop met de patiënt met een maligne lymfoom zijn definitieve diagnose en definitieve behandelplan wordt besproken	1: Kwaliteitseisen DLBCL 2: Kwaliteitseisen initiële stadiëring 3: Responseevaluatie 4: Doorlooptijd diagnostiek 5: MDO
ML17	Besproken MDO	Ja/nee	EPD/Zorgdossier	Is de patiënt met een maligne lymfoom besproken in het MDO?	5: MDO

Tabel 2: Rekenregels voor te berekenen variabelen

Variabele	Te berekenen gegevens	Berekening	Formule	Validatie-regels	Nodig voor indicator
ML 18	Leeftijd	Datum diagnose- geboortedatum	ML16 – ML1	> 18 jaar	1: Kwaliteitseisen DLBCL 2: Kwaliteitseisen initiële stadiëring 3: Responsevaluatie 4: Doorlooptijd diagnostiek 5: MDO
ML19	WHO2008, Ann Arbor, IPI	Selectie patiënten waarbij ML3 = ja én ML4 = ja én ML5 = ja	ML19 = ja als ML3 = ja én ML4 = ja én ML5 = ja		1: Kwaliteitseisen DLBCL
ML20	CT-hals, CT-thorax met contrast, CT abdomen met intraveneus contrast, cristaopt, beenmergaspiratie	Selectie patiënten waarbij (ML7, ML8 of ML9) = ja én ML10 = ja én ML11 = ja	ML20 = ja als (ML7 of ML8 of ML9) = ja én ML10 = ja én ML11 = ja		2: Kwaliteitseisen initiële stadiëring
ML21	CT-scan, FDG-PET, respons evaluatie	Selectie patiënten waarbij (ML7 of ML8 of ML9) = ja én ML13 = ja	(ML7 of ML8 of ML9) = ja en ML13 = ja		3: Responsevaluatie
ML22	Doorlooptijd diagnose	Datum diagnose definitief en behandelplan besproken met patiënt (dit is 1 datum) – datum van het 1 <sup>e</sup> polikliniek bezoek	ML16-ML15	< 15 werkdagen	4: Doorlooptijd diagnostiek

## **Bijlage 1: Autorisatie zorginhoudelijke indicatoren door wetenschappelijke vereniging**

De zorginhoudelijke indicatoren uit deze set zijn in 2010 geautoriseerd door:

- Nederlandse Internisten Vereniging
- Nederlandse Vereniging voor Keel-, Neus- & Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied
- Nederlandse Vereniging voor Nucleaire Geneeskunde
- Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie
- Nederlandse Vereniging voor Pathologie

## Bijlage 2: Lijst met besproken en afgewezen indicatoren

Potentiële indicator	Type	Reden voor afwijzing
<b>Afgevallen indicatoren na praktijktest en commentaarronde</b>		
Het percentage patiënten met een maligne lymfoom bij wie de therapie (curatief en palliatief) binnen twee weken na afronding van de diagnostiek is gestart.	Proces	Onduidelijk is welke selectie te maken. Op basis van het gestelde kwaliteitscriterium 'haalbaarheid' is deze indicator moeilijk te gebruiken bij patiënten die niet behandeld worden. Bij een aantal patiënten met een lymfoom wordt een "wait en see beleid" gehanteerd.
Het percentage nieuwe patiënten van wie de diagnose is besproken in een lymfoompanel, voor dan wel na start van de behandeling.	Proces	Er is geen goede definitie van de criteria waaraan een lymfoompanel moet voldoen. Lymfoompanels functioneren in de verschillende regio's anders. Er loopt momenteel een SKMS-project naar de toegevoegde waarde van een lymfoompanel.
Het percentage patiënten met een DLBCL of een Hodgkin lymfoom, bij wie dosisreductie van chemotherapie (ABVD of (R)-CHOP) heeft plaatsgevonden.	Uitkomst	Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen uitstel en dosisreductie. Het is niet goed de verschillende bestanddelen van de cytostatica over één kam te scheren. Omschrijven naar een indicator die inhoudelijk waardevol blijft is niet haalbaar met inachtneming van een acceptabele registratielast.
<b>Afgevallen indicatoren na schriftelijke ronde</b>		
Het percentage patiënten verdacht voor een non-Hodgkin lymfoom (NHL) bij wie de diagnose voor NHL door de arts gesteld wordt op grond van histologisch onderzoek van een excisiebipt of ruim incisiebipt van een lymfeklier, lymfatisch weefsel of extranodale lokalisatie.	Proces	Geen consensus werkgroep/geen selectie op basis van criteria consensusprocedure.
Het percentage patiënten, verdacht voor een T of B-cel lymfoom, bij wie de diagnose gesteld of bevestigd is met morfologie en immunofenotypering en niet in eerste instantie met moleculaire klonaliteitsdiagnostiek.	Proces	Geen consensus werkgroep/geen selectie op basis van criteria consensusprocedure.
Het percentage lymfklierbiopsieën bij lymfoomverdenking dat ongefixeerd naar het laboratorium is verzonden. Dit vereist lokale regelingen voor het snelle en veilige vervoer van het tumorspecimen (norm is 100%).	Proces	Geen consensus werkgroep/geen selectie op basis van criteria consensusprocedure.

Potentiële indicator	Type	Reden voor afwijzing
<p>Het percentage patiënten bij wie de diagnose van een maligne lymfoom in een laboratorium met de benodigde specialistendeskundigheid en faciliteiten is gesteld of is gereviseerd.</p> <p>Een laboratorium van specifieke haematopathologie vereist toegang tot de volgende middelen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• morfologische deskundigheid</li> <li>• moleculair-biologische technieken</li> <li>• immunofenotypering</li> <li>• geïntegreerde rapportage</li> </ul>	Proces	Van deze indicator is moeilijk aan te geven wat benodigde specialistendeskundigheid inhoudt en welke faciliteiten beschikbaar zouden moeten zijn.
<p>Het percentage pathologieverslagen dat de volgende items bevat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• procedure</li> <li>• WHO-classificatie</li> <li>• locatie tumor</li> <li>• tumorkenmerken</li> <li>• beschikbaarheid ingevroren weefsel</li> <li>• aanvullende technieken (IGT, IF, moleculair, cytogen etc).</li> </ul>	Proces	Geen consensus werkgroep/geen selectie op basis van criteria consensusprocedure.
Het percentage patiënten bij wie de resultaten van de laboratoriumonderzoeken voor start van de behandeling beschikbaar zijn.	Proces	Geen consensus werkgroep/geen selectie op basis van criteria consensusprocedure.
Het percentage patiënten bij wie de toegangstijd tussen de huisarts en het eerste polikliniekbezoek maximaal 7 kalenderdagen is.	Proces	Geen consensus werkgroep/geen selectie op basis van criteria consensusprocedure.
Is er voorrang bij bloedafnames (groene enveloppe) ja / nee.	Structuur	Geen consensus werkgroep/geen selectie op basis van criteria consensusprocedure.
Het percentage patiënten bij wie het tweede gesprek op de polikliniek binnen maximaal 1 week (7 kalenderdagen) na het eerste gesprek heeft plaatsgevonden.	Proces	Geen consensus werkgroep/geen selectie op basis van criteria consensusprocedure.
Het percentage patiënten waarbij relevante gegevens alsook de adviezen schriftelijk worden vastgelegd (MDO).	Proces	Geen consensus werkgroep/geen selectie op basis van criteria consensusprocedure.
Duidelijk is wie hoofdbehandelaar is en in welke frequentie de patiënt door de verschillende betrokken disciplines wordt	Structuur	Geen consensus werkgroep/geen selectie op basis van criteria consensusprocedure.

Potentiële indicator	Type	Reden voor afwijzing
gezien.		
Het percentage nieuwe oncologiepatiënten dat in 2011 in zorg is bij een gespecialiseerd oncologieverpleegkundige.	Structuur	Wordt bij de klantpreferenties uitgevraagd en derhalve niet geselecteerd.
Percentage van de maatschap dat zich voor $\geq 60\%$ van de werktijd toelegt op oncologie.	Structuur	Geen consensus werkgroep/geen selectie op basis van criteria consensusprocedure.
Percentage van de werktijd dat iedere medisch specialist besteedt aan oncologie.	Structuur	Geen consensus werkgroep/geen selectie op basis van criteria consensusprocedure.
Percentage trials waaraan het ziekenhuis deelneemt in 2011.	Proces	Deze indicator is lastig uit te vragen. Er zijn zeer veel verschillende trials en het is moeilijk de noemer hiervan te bepalen, omdat niet eenduidig te bepalen is welke groep in aanmerking komt voor een trial.
Percentage patiënten met een maligne lymfoom, dat deelneemt aan trials.	Proces	Deze indicator is lastig uit te vragen. Er zijn zeer veel verschillende trials en het is moeilijk de noemer hiervan te bepalen, omdat niet eenduidig te bepalen is welke groep in aanmerking komt voor een trial.
Wat is het percentage patiënten bij wie tijdens de restadiëring de PET/CT is gebruikt?	Proces	Deze indicator komt deels overeen met de geselecteerde indicator over de respons(criteria) van de CT/PET scan. En wordt derhalve niet geselecteerd.
Is er een uitgebreid panel aan immunohistochemie onderzocht tijdens diagnostiek (te weten: CD15, CD20, CD30, CD79a) Of het percentage patiënten bij wie tijdens diagnostiek een uitgebreid panel aan immunohistochemie onderzocht wordt.	Proces	Geen consensus werkgroep/geen selectie op basis van criteria consensusprocedure.
Hoe vaak zijn er besprekingen met consultants in een perifere ziekenhuis? (aantal keer per maand)	Structuur	Inhoudelijk wordt de indicator relevant geacht, maar niet opgenomen, omdat het lastig is om te bepalen wat de uitkomst van deze indicator zegt over de kwaliteit van zorg. Bovendien liggen er logistieke beperkingen in een wekelijkse bespreking met consultants van patiënten met een maligne lymfoom.
Wat is het percentage patiënten met een maligne lymfoom per hematoloog?	Structuur	Wordt bij de klantpreferenties uitgevraagd en derhalve niet geselecteerd.
Vrijgifte van cytostatica.	Structuur	Wordt door IGZ reeds uitgevraagd en derhalve niet geselecteerd..
Het percentage complicaties na start behandeling.	Uitkomst	Deze indicator wordt niet geselecteerd, omdat moeilijk te

Potentiële indicator	Type	Reden voor afwijzing
		definiëren is welke complicaties hiervoor wel en niet in aanmerking zouden moeten komen.

### Bijlage 3: Verwerking commentaar consultatieronde

In de onderstaande tabel zijn alleen commentaren opgenomen die deels of niet verwerkt zijn, of ter kennisgeving zijn aangenomen door de indicatorwerkgroep. Overige commentaren zijn doorgevoerd in de indicatorenengids en zijn daarom niet nogmaals in de tabel benoemd.

Commentaar*	Vereniging/organisatie	Verwerkt/Niet verwerkt	Toelichting
<b>Algemene opmerkingen</b>			
De KNO vereniging heeft geen commentaar op de concept indicatoren.	NVKNO	Ter kennisneming	
Lymfoomvoorstellen zien er alleszins redelijk uit! Bij diagnostiek en evaluatie van het maligne lymfoom zijn de belangrijkste punten die aan minimum kwaliteitsnormen moeten voldoen genoemd.	voorzitter van de HOVON lymfoomgroep	Ter kennisneming	
A. Pathologie. Ik ga er korthedshalve vanuit dat de PA kwaliteitseisen (Panel beoordeling, IHC etc) goed gedekt zijn en zullen kunnen worden beoordeeld op hun kwaliteit. (In dat kader neem ik aan dat consultatie met hematopathologen heeft plaatsgevonden).	voorzitter van de HOVON lymfoomgroep	Ter kennisneming	
De naam is Non-Hodgkin Lymfomen terwijl de Hodgkin lymfomen ook betrokken worden. We weten niet wat de opdracht was maar dat zal eenduidig moeten zijn. Ook is het onduidelijk of alle lymfoproliferatieve aandoeningen zoals ook CLL hier onder vallen.	NVVP	Ter kennisneming	De werkgroep is autonoom in het bepalen voor welke aandoeningen de indicatoren gelden. Per indicator wordt gekeken welke aandoeningen er worden geïnccludeerd. De inclusie dient op basis van de DBC te gebeuren.
Persoonlijk i.h.a.: Het is mij onduidelijk waarom cutane lymfomen en CNS lymfomen zijn uitgesloten.	Lid van NVVP	Ter kennisneming	
Voor de indicatoren geldt een hoge arbeidsintensiviteit daar waar de data uit de statussen moeten worden gehaald.	NIV	Ter kennisneming	

Commentaar*	Vereniging/organisatie	Verwerkt/Niet verwerkt	Toelichting
Concluderend gaat de voorkeur van de NIV uit naar de indicatoren 2 en 8. Daarnaast komen nog in aanmerking indicator 1 met de aantekening of deze niet zou moeten worden uitgebreid en indicator 4 en 6 met de daarbij vermelde kanttekening. Indien nodig, zijn wij uiteraard bereid bovenstaande nader toe te lichten.	NIV	Ter kennisneming	
ZN kan zich voorstellen dat de indicatoren 1, 2, 3 en 7 belangrijk zijn voor medical auditing door de beroepsgroep, maar vindt deze niet geschikt als externe indicator. Van de voorgestelde zouden wij derhalve indicator 4, 5, 6 en 8 selecteren. Helaas ontbreekt een uitkomstindicator.	ZN	Ter kennisneming	
<b>Indicator 1: Kwaliteitseisen classificatie, stadiëring en prognosestelling van het diffuus grootcellig B-cel lymfoom</b>			
Is nog discussie over of FLIPI ook niet gescoord moet worden (waarom geen FLIPI).	Voorzitter van de HOVON lymfoomgroep	Niet verwerkt	De indicator wordt beperkt voor het DLBCL en derhalve wordt FLIPI niet toegevoegd. FLIPI wordt niet toegevoegd aangezien deze niet voor DLBCL geldt, hiervoor geldt IPI.
Persoonlijk ad indicator 1: het is onduidelijk waarom de WHO classificatie 2008 al zo snel na introductie (publicatie sept. 2008, voor meesten beschikbaar in jan 2009) zou moeten worden toegepast. In het algemeen pleit het klakkeloos gebruiken van een nieuwe classificatie (zie TNM colorectale tumoren, classificatie voor urotheelcelcarcinomen) niet direct voor kwaliteit. Vernieuwing vergt ook afspraken maken, instructie en het zich eigen maken. Bovendien: niet elke vernieuwing is een verbetering.	Lid van NVVP	Ter kennisneming	
Ad indicator 1: Het is onduidelijk hoe het	Lid NVVP	Ter kennisneming	

Commentaar*	Vereniging/organisatie	Verwerkt/Niet verwerkt	Toelichting
gebruik van de WHO classificatie 2008 zou moeten worden gecontroleerd.			
<b>Indicator 2: Kwaliteitseisen complete initiële stadiëring van het maligne lymfoom</b>			
Is een beenmergbipt ook nodig voor een CLL (en ALL)? (Of wordt CLL niet tot de lymfomen gerekend? Volgens de WHO classificatie wel). Bij ALL hebben we om kwalitatieve redenen het beenmergbipt in het UMCG zelfs afgeschaft: geen meerwaarde en na therapie teveel onbetrouwbare (zowel vals positieve en negatieve) uitslagen ook volgens de literatuur.	Lid NVVP	Ter kennisneming	Niet van toepassing, zit niet in de selectie.
Er wordt geen enkele eis gesteld aan de afmeting van het bipt. Is misschien wel belangrijker dan het doen ervan. Een additioneel criterium zou kunnen / moeten zijn dat (een bepaald percentage van de) bipten met stagering voor een DLBCL een lengte van 20 mm moet hebben.	Lid NVVP	Ter kennisneming.	Te grote registratielast om de grootte van de bipten mee te nemen.
<b>Indicator 3: Responseevaluatie diffuus grootcellig B-cel lymfoom en Hodgkin lymfoom</b>			
PET CT na behandeling: geldt op dit moment alleen voor m Hodgkin en DLBCL. Dient ook aldus vermeld te worden	HOVON	Ter kennisneming	
Op basis van het gestelde kwaliteitscriterium haalbaarheid wijst de NIV indicator 3 af. De PET scan is nog niet standaard bij DLBCL lymphoma. Daarnaast wordt bij indicator 3 gesproken over patiënten met een Hodgkin lymfoom, terwijl de indicatorenset gaat over Non-Hodgkin lymfomen. Verder is via een internist het volgende commentaar van een radioloog ontvangen: In de referentie over de gereviseerde respons criteria (Cheson et al. J	NIV	Ter kennisneming, deels verwerkt.	De PET-scan zou wel standaard moeten zijn in geval van DLBCL. Criteria PET en CT eventueel opnemen in latere fase van het traject.

Commentaar*	Vereniging/organisatie	Verwerkt/Niet verwerkt	Toelichting
<p>Clin Oncol 2007;25:579-586) staat nergens hoeveel lymfoom lokalisaties bij aanvang gemeten moeten worden, ook niet in het oorspronkelijke artikel over de respons criteria (Cheson et al. J Clin Oncol 1999; 17: 1244-1253). Het artikel gaat alleen over het meten van response, niet over het CT uitgangsonderzoek en wat hierover moet worden vastgelegd in het verslag. Het is in het algemeen gebruikelijk dat getracht wordt een betrouwbare meting te verrichten in elke afzonderlijke lokalisatie (bijvoorbeeld mediastinum, retroperitoneum, mesenterium, etc.). Het komt regelmatig voor dat er maar 1 of 2 aangedane klierstations zijn of dat ze niet allemaal betrouwbaar te meten en te vervolgen zijn. Het aantal van minimaal 6 metingen, genoemd in de algemene opmerkingen, is dus onjuist. De Cheson criteria gaan alleen maar over hoe de response beoordeeld moet worden na afloop van de behandeling. En als bij complete remissie alle lymfklieren genormaliseerd zijn is het ook niet nodig dat de maten van alle indexlesies in het CT verslag worden vermeld; in dat geval volstaat dat er geen vergrote klieren meer aanwezig zijn.</p>			
<b>Indicator 4: Doorlooptijd diagnostiek</b>			
<p>De vraag is natuurlijk of voor elk lymfoom, ook de indolente, een doorlooptijd van 3 weken nu wel zo belangrijk is.</p>	Lid NVVP	Ter kennisneming	Periode is niet belangrijk voor de prognose, wel voor de patiënt
<b>Indicator 5: Patiënten besproken in het multidisciplinair overleg (MDO)</b>			
<p>Ook hier kan men zich afvragen of werkelijk</p>	Lid NVVP	Ter kennisneming	

Commentaar*	Vereniging/organisatie	Verwerkt/Niet verwerkt	Toelichting
<p>alle patiënten categorieën multidisciplinair (met alle genoemde specialisten) besproken moeten worden. Zo zal een patiënt met een MALT lymfoom van de maag vrijwel nooit meer zodanig besproken worden sinds de introductie van HP eradicatie. Hetzelfde geldt voor CLL etc. Waarom zou daar een radiotherapeut bij moeten zijn?</p>			
<p>De registratie van het MDO lijkt me lastig, nog niet overal digitaal, hoe ga je dit meten, ga alle statussen na? Kan dus een lastig punt worden. Wel erg belangrijk, zal dus vooral een proces indicator zijn.</p>	NVRO	Ter kennisneming	

\* Indien nodig is commentaar samengevat

## Deel 2: Klantpreferentievragen

## 1. Klantpreferentievragen Maligne lymfoom

De volgende vragen gaan in op de structuur van het aanbod van de zorg rond Maligne lymfoom. Deze informatie kan bijdragen aan de beeldvorming van de patiënt om een keuze te maken voor een zorgaanbieder. De klantpreferentievragen zijn tot stand gekomen met behulp van inbreng van patiënten. Bij elke vraag worden definities beschreven en de technische haalbaarheid toegelicht.

Let op: De klantpreferentievragenlijst richt zich, in tegenstelling tot de zorginhoudelijke indicatoren, specifiek op non-Hodgkin lymfoom. Waar naar ziekenhuis gerefereerd wordt, kan ook zelfstandig behandelcentrum gelezen worden.

<b>Vraag 1</b>	<p><b>A.</b> Vul in hoeveel patiënten met non-Hodgkin lymfoom (NHL) er <u>per jaar</u> op uw ziekenhuislocatie worden behandeld door het specialisme interne geneeskunde.</p> <p><i>(aantallen invullen)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aantal internist-oncologen<sup>1</sup> op uw ziekenhuislocatie dat patiënten met NHL behandelt (<u>aantal personen</u>)* ___ internist-oncologen</li> <li>- Aantal internist-hematologen<sup>1</sup> op uw ziekenhuislocatie dat patiënten met NHL behandelt (<u>aantal personen</u>)* ___ internist-hematologen</li> <li>- Aantal patiënten met NHL dat op uw ziekenhuislocatie behandeld wordt door het specialisme interne geneeskunde<sup>2</sup> ___ patiënten</li> </ul> <p><b>B.</b> Vul in of het specialisme interne geneeskunde op uw ziekenhuislocatie met coassistenten, artsen niet in opleiding tot specialist (ANIOS) en/of artsen in opleiding tot specialist (AIOS) werkt.*</p> <p><i>(aanvinken, per categorie één antwoord mogelijk)</i></p> <table border="1" data-bbox="423 1157 1377 1251"> <thead> <tr> <th>Specialisme</th> <th colspan="2">coassistenten</th> <th colspan="2">ANIOS</th> <th colspan="2">AIOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Interne geneeskunde</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> nee</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> nee</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> nee</td> </tr> </tbody> </table>	Specialisme	coassistenten		ANIOS		AIOS		Interne geneeskunde	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Specialisme	coassistenten		ANIOS		AIOS										
Interne geneeskunde	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee									
<b>Definities</b>	<p><sup>1</sup> Exclusief ANIOS en AIOS</p> <p><sup>2</sup> Selecteer in het systeem de onderstaande <b>gesloten</b> DBC-codes met een sluitingsdatum tussen 1 januari 2010 tot en met 31 december 2010. Neem alleen unieke patiënten mee in de telling. Parallele DBC's dienen niet in de telling meegenomen te worden. <b>Inclusief</b> patiënten die door ANIOS en AIOS zijn behandeld.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>0313.11.752.****</p> <p>0313.13.752.****</p> <p>0313.21.752.****</p>   <p>0313.11.753.****</p> <p>0313.13.753.****</p> <p>0313.21.753.****</p> </div>														
<b>Technische haalbaarheid</b>	<p>* Peildatum: 1 april 2011</p> <p>Het aantal specialisten wordt gemeten aan de hand van een peildatum, terwijl het aantal patiënten wordt gemeten aan de hand van een verslagjaar dat aan de peildatum voorafgaat. Op deze manier is de data voor beide onderdelen zo actueel mogelijk. Bij de interpretatie van de data dient echter rekening gehouden te worden met het feit dat de data niet uit precies dezelfde periode afkomstig is.</p>														

<b>Toelichting</b>	Patiënten vinden de ervaring van de behandelend artsen uitgedrukt in het aantal behandelde patiënten belangrijk. In de huidige klantpreferentie vragenlijsten wordt enkel gevraagd naar het aantal patiënten per specialisme. Op termijn wordt toegewerkt naar een uitvraag van het aantal patiënten onder behandeling per individuele behandelaar.
--------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>Vraag 2</b>	Neemt uw ziekenhuislocatie deel aan onderzoeken op het gebied van NHL? <sup>1*</sup> <i>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</i>  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<b>Definities</b>	<sup>1</sup> Bijvoorbeeld de HOVON-studies, EORTC Lymphoma Groep studies of de GHSG.
<b>Technische haalbaarheid</b>	* Peildatum: 1 april 2011
<b>Toelichting</b>	Patiënten hebben aangegeven te willen weten of het ziekenhuis deelneemt aan onderzoeken op het gebied van non-Hodgkin lymfoom.

<b>Vraag 3</b>	<b>A.</b> Hebben patiënten met NHL op uw ziekenhuislocatie één vaste internist? <sup>1*</sup> <i>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</i>  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee  <b>B.</b> Hoe worden patiënten met NHL op uw ziekenhuislocatie in eerste instantie toegewezen aan een internist? * <i>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</i>  <input type="checkbox"/> N.a.v. wachttijd <input type="checkbox"/> N.a.v. aandachtsgebied/expertises van de internist <input type="checkbox"/> N.a.v. de voorkeur van de patiënt <input type="checkbox"/> Anders, namelijk: ...
<b>Definities</b>	<sup>1</sup> Met vaste internist wordt bedoeld: de internist-hematoloog of internist-oncoloog die de patiënt bij elk poliklinisch consult, (dag)opname en/of controleafspraak ziet en die het behandelplan opstelt, uitvoert en controleert (situaties uitgezonderd waarbij de patiënt tijdens afwezigheid van de vaste internist wegens medische noodzaak door een vervangend internist wordt gezien).
<b>Technische haalbaarheid</b>	* Peildatum: 1 april 2011

<b>Vraag 4</b>	Op welke wijze(n) wordt op uw ziekenhuislocatie over de onderstaande onderwerpen informatie verstrekt aan patiënten met NHL?*						
	<i>(aanvinken, per onderwerp meerdere antwoorden mogelijk)</i>						
	<b>Methode</b>	<b>Mondeling</b> (persoonlijk gesprek)	<b>Schriftelijk</b> (folder/brief)	<b>Beeld</b> (foto/video)	<b>Digitaal</b> (website <sup>1</sup> )	<b>Anders, namelijk:</b> ...	<b>Geen informatie</b>
	<b>Onderwerp</b>						
	Diagnose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prognose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Voor- en nadelen behandelvormen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Procedure onderzoek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procedure behandelingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uitslagen onderzoeken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anders, namelijk: ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Definities</b>	<sup>1</sup> Met website wordt de website van het ziekenhuis bedoeld.						
<b>Technische haalbaarheid</b>	*Peildatum: 1 april 2011						

<b>Vraag 5</b>	Welke vormen van NHL worden er op uw ziekenhuislocatie behandeld? <sup>1</sup>		
	<i>(aanvinken, per vorm één antwoord mogelijk)</i>		
	<b>Vorm van non-Hodgkin lymfoom</b>	<b>Behandeling</b>	
	Diffuus grootcellig B-cellymfoom (DLBCL)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
	Primair mediastinaal B-cellymfoom	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
	Perifeer T-cellymfoom	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
	Burkitt-lymfoom	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
	Folliculair lymfoom	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
	Lymfocytair lymfoom/chronisch lymfatische leukemie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
	MALT-lymfoom van de maag, speekselklier of elders	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
	Mantelcellymfoom	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
	Lymfoplasmacytair lymfoom/ ziekte van Waldenström	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
	Lymfoom bij afweerstoornissen/ post-transplantatielymfoom	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Primair lymfoom van de huid/ mycosis fungoides	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	
<b>Definities</b>	<sup>1</sup> Behandelingen kunnen onder andere zijn: CHOP-kuren, chemotherapie, bestraling, antibiotica, rituximab, 'wait and see' beleid en onderhoudsbehandelingen.		
<b>Technische haalbaarheid</b>	* Peildatum: 1 april 2011		
<b>Toelichting</b>	Patiënten willen weten welke vormen van non-hodgkin lymfoom behandeld worden op uw ziekenhuislocatie.		

<b>Vraag 6</b>	Biedt uw ziekenhuislocatie immunotherapie aan? *  <i>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</i>  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<b>Definities</b>	Geen bijzonderheden.
<b>Technische haalbaarheid</b>	* Peildatum: 1 april 2011

<b>Vraag 7</b>	<p><b>A.</b> Hoe is de telefonische bereikbaarheid voor NHL-patiënten met ziektespecifieke vragen op uw ziekenhuislocatie geregeld? *</p> <p><i>(aanvinken en invullen, meerdere antwoorden mogelijk)</i></p> <p><input type="checkbox"/> de internist-oncoloog is telefonisch bereikbaar,   uur per dag,   dagen per week  <input type="checkbox"/> de internist-hematoloog is telefonisch bereikbaar,   uur per dag,   dagen per week  <input type="checkbox"/> de oncologieverpleegkundige is telefonisch bereikbaar,   uur per dag,   dagen per week  <input type="checkbox"/> anders, namelijk: ...</p> <p><b>B.</b> Hoe is de telefonische bereikbaarheid voor NHL-patiënten in geval van spoed op uw ziekenhuislocatie geregeld? *</p> <p><i>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</i></p> <p><input type="checkbox"/> er is een spoednummer voor NHL-patiënten, dit wordt op aanvraag verstrekt  <input type="checkbox"/> er is een spoednummer voor NHL-patiënten, dit wordt standaard aan de patiënt verstrekt  <input type="checkbox"/> anders, namelijk: ...</p>
<b>Definities</b>	Geen bijzonderheden.
<b>Technische haalbaarheid</b>	* Peildatum: 1 april 2011
<b>Toelichting</b>	Patiënten willen graag de telefonische bereikbaarheid van het ziekenhuis weten, op het gebied van ziektespecifieke vragen en in geval van spoed.

## Afkortingenlijst indicatorenengids Maligne Lymfoom

<b>ALL</b>	Acute Lymfatische Leukemie
<b>CD15</b>	cluster of differentiation antigen 15
<b>CLL</b>	Chronisch lymfatische leukemie
<b>CT-(scan)</b>	computer tomografie (scan)
<b>CZS</b>	Centraal Zenuwstelsel
<b>DBC</b>	Diagnose Behandel Combinaties
<b>DLBCL</b>	diffuus grootcellig B-cel lymfoom
<b>EPD</b>	Elektronisch Patiëntendossier
<b>FDG-PET</b>	Fluoro-2-deoxyglucose positron emission tomografie
<b>FLIPI</b>	Folliculair Lymfoom Internationale Prognostische Index
<b>HE</b>	Hematoxyline Eosine
<b>HOVON</b>	Stichting Hemato-Oncologie voor Volwassenen Nederland
<b>HP eradicaatie</b>	Helicobacter Pylori-eradicatie
<b>IF</b>	ImmunoFluorescentie
<b>IGT</b>	Impaired glucose tolerance: bloedglucosewaarden tussen normaal en diabetes
<b>IGZ</b>	Inspectie voor de Gezondheidszorg
<b>IPI</b>	Internationale prognostische index
<b>IQ healthcare</b>	Scientific Institute for Quality of Healthcare, UMC St Radboud
<b>LDH</b>	lactaatdehydrogenase
<b>LVN</b>	Lymfklierkanker Vereniging Nederland
<b>MALT</b>	mucosa-associated lymphoid tissue
<b>MDO</b>	multidisciplinair overleg
<b>MGG</b>	May-Grünwald-Giemsa kleuring
<b>NHL</b>	non-Hodgkin lymfoom
<b>NIV</b>	Nederlandsche Internisten Vereniging
<b>NKR</b>	Nederlandse Kankerregistratie
<b>NPCF</b>	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
<b>NVKNO</b>	Nederlandse Vereniging voor Keel- Neus- en Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd Halsgebied
<b>NVNG</b>	Nederlandse Vereniging voor Nucleaire Geneeskunde
<b>NVRO</b>	Nederlandse Vereniging Radiotherapie en Oncologie
<b>NVVP</b>	Nederlandse Vereniging voor Pathologie
<b>PACS</b>	Picture Archiving and Communication System
<b>SKMS</b>	Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten
<b>TNM</b>	Classificatie van maligne tumoren, de T staat voor tumor en beschrijft de lokale uitbreiding, de N staat voor lymfekliermetastasering en de M staat voor metastase op afstand.
<b>VIKC</b>	Vereniging van Integrale Kankercentra
<b>WHO</b>	World Health Organisation
<b>ZIS</b>	Ziekenhuis Informatiesysteem
<b>ZN</b>	Zorgverzekeraars Nederland