

Indicatorenset DASA

Uitvraag ziekenhuizen/ZBC's over verslagjaar 2020

Versie, 2020.2

Meer informatie op:
www.transparantieportaal.nl
www.dica.nl
www.zorginzicht.nl

Samengesteld door:
NVN
ZN
PFN

Contactinformatie:
DICA
indicatoren@dica.nl

Deze indicatorset is opgenomen in het register van Zorginstituut Nederland. Vrijwillige en verplichte indicatoren worden aangeleverd via het door de koepelorganisaties gekozen aanleverportaal (gegevensmakelaar). Die faciliteert de route (aanlevering en publicatie) voor verplichte transparantie. De verplicht aangeleverde gegevens worden door Zorginstituut Nederland gepubliceerd.

Inhoud

1	Overzicht indicatoren	3
2	Algemene informatie	4
2.1	Uitgangspunten	4
2.2	Populatiebepaling	4
2.3	Aanlevering van de gegevens	4
2.4	Indicatorenwerkgroep	4
3	Indicatoren	5
4	Wijzigingstabel	13
5	Bijlage: toelichting op informatie per indicator	14

1 Overzicht indicatoren

Indicator-nummer	Indicatornaam	Bron¹	Transparantie?²
1	Aantal CVA-patiënten	DASA	Verplicht
2	Vullingsgraad NIHSS bij opname	DASA	Verplicht
3	Begin-tot-deur tijd	DASA	Verplicht
4A	Intraveneuze trombolyse	DASA	Verplicht
4B	Deur-tot-naald tijd	DASA	Verplicht
5A	Intra-arteriële trombectomie	DASA	Verplicht
5B	Deur-tot-lies tijd	DASA	Verplicht
6	Vullingsgraad mRs na 3 maanden	DASA	Verplicht

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

² 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 DASA kwaliteitsregistratie.
Aanlevering op ziekenhuisniveau/ZBC.

2.2 Populatiebepaling

Voor alle indicatoren in deze indicatorenset bestaat de populatie uit:

Alle patiënten met een cerebrovasculair accident (CVA) die zich in de acute fase presenteren op de spoedeisende hulp en/of klinisch zijn opgenomen. Onder CVA valt: (primaire) intracerebrale bloeding of herseninfarct.

- (primaire) Intracerebrale bloeding
Hierbij hoort diagnosecode hersenbloeding (1102). Niet bedoeld worden: primaire subarachnoïdale bloeding, subduraal hematoom, epiduraal hematoom, bloeding ten gevolge van arterioveneuze malformatie of hemorragische transformatie van cerebraal ruimte-innemend proces.
- Herseninfarct
Hierbij hoort diagnosecode herseninfarct (1111). Niet bedoeld wordt: transient ischemic attack (TIA) of (infarct ten gevolge van) sinustrombose.

DASA registratiejaar 2020: 01-01-2020 t/m 31-12-2020. Datum van presentatie van patiënt in het ziekenhuis wordt gebruikt om te bepalen in welk jaar de patiënt wordt meegenomen bij berekening van de indicatoren.

2.3 Aanlevering van de gegevens

Via www.zorginzicht.nl is het processchema te raadplegen voor de aanlevering van de gegevens behorende bij de indicatoren.

2.4 Indicatorenwerkgroep

De werkgroep voor het onderhoud van de indicatorset DASA bestond in 2019 uit de volgende personen:

Dhr. dr. P.J. Nederkoorn (voorzitter)

3 Indicatoren

Indicatornaam	Aantal CVA-patiënten
Indicatornummer	1
Operationalisatie	Aantal CVA-patiënten, uitgesplitst voor herseninfarct en hersenbloeding.
Informatie voor cliënten	Inzicht in het aantal behandelde CVA-patiënten per ziekenhuis.
Transparantie	Verplicht
Type indicator	Structuur
Relevantie	Het aantal patiënten dat wordt gepresenteerd aan het centrum is belangrijk om transparant te maken om aan de norm te toetsen en de behandelpercentages in context te plaatsen.
Datatype	Aantal
Bron (achtergrond) van de indicator	DASA
Rekenregels en definities	
Teller A	Aantal patiënten met een CVA.
Teller B	Aantal patiënten met een herseninfarct.
Teller C	Aantal patiënten met een hersenbloeding.
Antwoordopties	Aantal; één antwoord mogelijk
In-/exclusiecriteria	<p>Alle patiënten met een cerebrovasculair accident (CVA) die zich in de acute fase presenteren op de spoedeisende hulp en/of klinisch zijn opgenomen. Onder CVA valt: (primaire) intracerebrale bloeding of herseninfarct.</p> <ul style="list-style-type: none"> (primaire) Intracerebrale bloeding Hierbij hoort diagnosecode hersenbloeding (1102). Niet bedoeld worden: primaire subarachnoïdale bloeding, subduraal hematoom, epiduraal hematoom, bloeding ten gevolge van arterioveneuze malformatie of hemorragische transformatie van cerebraal ruimte-innemend proces. Herseninfarct Hierbij hoort diagnosecode herseninfarct (1111). Niet bedoeld wordt: transient ischemic attack (TIA) of (infarct ten gevolge van) sinustrombose.
Databron (registratie)	DASA
Meetperiode	01-01-2020 t/m 31-12-2020
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Aanleverniveau	Locatieniveau

Indicatornaam	Vullingsgraad NIHSS bij opname
Indicatornummer	2
Operationalisatie	Vullingsgraad van de NIHSS totaalscore bij opname, uitgesplitst voor patiënten met een herseninfarct en hersenbloeding.
Informatie voor cliënten	Inzicht in de mate waarin ziekenhuizen werken met de NIHSS.
Transparantie	Verplicht
Type indicator	Proces
Relevantie	De NIHSS score bij opname is een zeer noodzakelijke variabele om als casemixfactor toe te passen op een uitkomstindicator. Deze indicator heeft als doel het invullen van de NIHSS te motiveren.
Datatype	Percentage
Bron (achtergrond) van de indicator	DASA
Rekenregels en definities	
Teller	Aantal patiënten waarbij de NIHSS totaalscore* bekend is bij opname.
Noemer A	Aantal patiënten met een herseninfarct.
Noemer B	Aantal patiënten met een hersenbloeding.
Antwoordopties	Percentage; één antwoord mogelijk
Definitie	*NIHSS: National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS): maat voor de ernst en uitgebreidheid van de neurologische uitval bij opname.
In-/exclusiecriteria	Alle patiënten met een cerebrovasculair accident (CVA) die zich in de acute fase presenteren op de spoedeisende hulp en/of klinisch zijn opgenomen. Onder CVA valt: (primaire) intracerebrale bloeding of herseninfarct. <ul style="list-style-type: none"> (primaire) Intracerebrale bloeding Hierbij hoort diagnosecode hersenbloeding (1102). Niet bedoeld worden: primaire subarachnoïdale bloeding, subduraal hematoom, epiduraal hematoom, bloeding ten gevolge van arterioveneuze malformatie of hemorragische transformatie van cerebraal ruimte-innemend proces. Herseninfarct Hierbij hoort diagnosecode herseninfarct (1111). Niet bedoeld wordt: transient ischemic attack (TIA) of (infarct ten gevolge van) sinustrombose.
Databron (registratie)	DASA
Meetperiode	01-01-2020 t/m 31-12-2020
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Aanleverniveau	Locatieniveau

Indicatornaam	Begin-tot-deur tijd
Indicatornummer	3
Operationalisatie	Mediane begin-tot-deur tijd van het totaal aantal patiënten met een herseninfarct.
Informatie voor cliënten	Inzicht in de tijd tot aankomst van de patiënten in het ziekenhuis; dit geeft een indicatie van de behandelmogelijkheden.
Transparantie	Verplicht
Type indicator	Proces
Relevantie	De tijd tot aankomst in het ziekenhuis zegt iets over de behandelmogelijkheden van de patiënten die in dat ziekenhuis komen, aangezien het/wel of niet kunnen behandelen van patiënten grotendeels tijdsafhankelijk.
Datatype	Aantal minuten
Bron (achtergrond) van de indicator	DASA
Rekenregels en definities	
Teller	Mediane begin-tot-deur tijd* van het totaal aantal patiënten met een herseninfarct.
Antwoordopties	Aantal minuten; één antwoord mogelijk
Definitie	*Begin: tijdstip van ontstaan klachten en/of symptomen van het herseninfarct; deur: tijdstip van presentatie op de spoedeisende hulp. Indien patiënt reeds opgenomen is, geldt het tijdstip waarop de neuroloog de patiënt ziet.
In-/exclusiecriteria	Herseninfarct: hierbij hoort diagnosecode herseninfarct (I111). Niet bedoeld wordt: transient ischemic attack (TIA) of (infarct ten gevolge van) sinustrombose.
Databron (registratie)	DASA
Meetperiode	01-01-2020 t/m 31-12-2020
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Aanleverniveau	Locatieniveau

Indicatornaam	Intraveneuze trombolyse
Indicatornummer	4A
Operationalisatie	Percentage patiënten dat intraveneuze trombolyse heeft ondergaan als fractie van het totaal aantal patiënten met een herseninfarct.
Informatie voor cliënten	Inzicht in de verschillen tussen ziekenhuizen wat betreft het aantal patiënten dat intraveneuze trombolyse krijgt.
Transparantie	Verplicht
Type indicator	Proces
Relevantie	Het trombolysepercentage is een belangrijke indicator te evalueren hoeveel procent van de patiënten intraveneuze trombolyse krijgt en of dit verschillend is tussen de verschillende ziekenhuizen.
Datatype	Percentage
Bron (achtergrond) van de indicator	DASA
Rekenregels en definities	
Teller	Aantal patiënten dat intraveneuze trombolyse heeft ondergaan.
Noemer	Aantal patiënten met een herseninfarct.
Antwoordopties	Percentage; één antwoord mogelijk
In-/exclusiecriteria	Herseninfarct: hierbij hoort diagnosecode herseninfarct (I111). Niet bedoeld wordt: transient ischemic attack (TIA) of (infarct ten gevolge van) sinustrombose.
Databron (registratie)	DASA
Meetperiode	01-01-2020 t/m 31-12-2020
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Aanleverniveau	Locatieniveau

Indicatornaam	Deur-tot-naald tijd
Indicatornummer	4B
Operationalisatie	Mediane deur-tot-naald tijd van het totaal aantal patiënten met een herseninfarct dat intraveneuze trombolysie heeft ondergaan.
Informatie voor cliënten	Inzicht in de tijd van presentatie in het ziekenhuis tot intraveneuze trombolysie.
Transparantie	Verplicht
Type indicator	Proces
Relevantie	De tijd van presentatie in het ziekenhuis tot intraveneuze trombolysie is een belangrijke kwaliteitsindicator, aangezien het effect van de behandeling grotendeels tijdsafhankelijk is.
Datatype	Aantal minuten
Bron (achtergrond) van de indicator	DASA
Rekenregels en definities	
Teller	Mediane deur-tot-naald tijd* van het totaal aantal patiënten met een herseninfarct dat intraveneuze trombolysie heeft ondergaan.
Antwoordopties	Aantal minuten; één antwoord mogelijk
Definitie	*Deur: tijdstip van presentatie op de spoedeisende hulp. Indien patiënt reeds opgenomen is, geldt het tijdstip waarop de neuroloog de patiënt ziet; naald: tijdstip van start toediening van intraveneuze trombolysie.
In-/exclusiecriteria	Alle patiënten met een herseninfarct die intraveneuze trombolysie hebben ondergaan. Herseninfarct: hierbij hoort diagnosecode herseninfarct (I111). Niet bedoeld wordt: transient ischemic attack (TIA) of (infarct ten gevolge van) sinustrombose.
Databron (registratie)	DASA
Meetperiode	01-01-2020 t/m 31-12-2020
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Aanleverniveau	Locatieniveau

Indicator naam	Intra-arteriële trombectomie
Indicator nummer	5A
Operationalisatie	Aantal patiënten met een herseninfarct dat een intra-arteriële trombectomie heeft ondergaan, uitgesplitst voor verwezen en niet-verwezen patiënten.
Informatie voor cliënten	Inzicht in het aantal patiënten dat een trombectomie krijgt.
Transparantie	Verplicht
Type indicator	Proces
Relevantie	Het aantal patiënten dat een trombectomie krijgt is belangrijk om transparant te maken om te toetsen aan de norm. Het onderscheid tussen verwezen en niet-verwezen patiënten hangt samen met de behandel tijden, aangezien bij een verwezen patiënt de deur-tot-lies tijd korter is omdat in het primaire centrum de diagnostiek al is afgerond en de indicatie is gesteld.
Datatype	Aantal
Bron (achtergrond) van de indicator	DASA
Rekenregels en definities	
Teller A	Aantal patiënten met een herseninfarct dat een intra-arteriële trombectomie heeft ondergaan.
Teller B	Aantal verwezen patiënten* met een herseninfarct dat intra-arteriële trombectomie heeft ondergaan.
Teller C	Aantal niet-verwezen patiënten met een herseninfarct dat intra-arteriële trombectomie heeft ondergaan**.
Antwoordopties	Aantal; één antwoord mogelijk
Definitie	*Verwezen patiënt: patiënt is door een ander centrum verwezen naar een centrum voor intra-arteriële trombectomie. **Niet-verwezen patiënt: patiënt presenteerde zich primair op de spoedeisende hulp van een centrum voor intra-arteriële trombectomie of was hier reeds klinisch opgenomen.
In-/exclusiecriteria	Herseninfarct: hierbij hoort diagnosecode herseninfarct (1111). Niet bedoeld wordt: transient ischemic attack (TIA) of (infarct ten gevolge van) sinustrombose.
Databron (registratie)	DASA
Meetperiode	01-01-2020 t/m 31-12-2020
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Aanleverniveau	Locatieniveau

Indicator naam	Deur-tot-lies tijd
Indicator nummer	5B
Operationalisatie	Mediane deur-tot-lies tijd van het totaal aantal patiënten met een herseninfarct dat een intra-arteriële trombectomie heeft ondergaan, uitgesplitst voor verwezen en niet-verwezen patiënten.
Informatie voor cliënten	Inzicht in de tijd van presentatie in het ziekenhuis tot intraveneuze trombolysie.
Transparantie	Verplicht
Type indicator	Proces
Relevantie	De tijd van presentatie in het ziekenhuis tot intra-arteriële trombectomie is een belangrijke kwaliteitsindicator, aangezien het effect van de behandeling grotendeels tijdsafhankelijk is. Het onderscheid hierbij tussen verwezen en niet-verwezen patiënten is belangrijk omdat bij verwezen patiënten de deur-tot-lies tijd korter is omdat in het primaire centrum de diagnostiek al is afgerond en de indicatie is gesteld.
Datatype	Aantal minuten
Bron (achtergrond) van de indicator	DASA
Rekenregels en definities	
Teller A	Mediane deur-tot-lies tijd* van het totaal aantal patiënten met een herseninfarct dat een intra-arteriële trombectomie heeft ondergaan.
Teller B	Mediane deur-tot-lies tijd* van het totaal aantal verwezen patiënten** met een herseninfarct dat een intra-arteriële trombectomie heeft ondergaan.
Teller C	Mediane deur-tot-lies tijd* van het totaal aantal niet-verwezen patiënten*** met een herseninfarct dat een intra-arteriële trombectomie heeft ondergaan.
Antwoordopties	Aantal minuten; één antwoord mogelijk
Definitie	*Deur: tijdstip van presentatie op de spoedeisende hulp. Indien patiënt reeds opgenomen is, geldt het tijdstip dat de neuroloog de patiënt ziet; lies: tijdstip van aanpakken van de lies voor start intra-arteriële trombectomie. **Verwezen patiënt: patiënt is door een ander centrum verwezen naar een centrum voor intra-arteriële trombectomie. ***Niet-verwezen patiënt: patiënt presenteerde zich primair op de spoedeisende hulp van een centrum voor intra-arteriële trombectomie of was hier reeds klinisch opgenomen.
In-/exclusiecriteria	Alle patiënten met een herseninfarct die intraveneuze trombolysie hebben ondergaan. Herseninfarct: hierbij hoort diagnosecode herseninfarct (1111). Niet bedoeld wordt: transient ischemic attack (TIA) of (infarct ten gevolge van) sinustrombose.
Databron (registratie)	DASA
Meetperiode	01-01-2020 t/m 31-12-2020
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Aanleverniveau	Locatieniveau

Indicatornaam	Vullingsgraad mRs na 3 maanden
Indicatornummer	6
Operationalisatie	Vullingsgraad van modified Rankin scale (mRs) score (maat voor functionele gezondheidstoestand) 3 maanden na presentatie, uitgesplitst voor patiënten met een herseninfarct en hersenbloeding.
Informatie voor cliënten	Inzicht in de mate waarin ziekenhuizen werken met de modified Ranking Scale.
Transparantie	Verplicht
Type indicator	Proces
Relevantie	De modified Rankin Scale score is een globaal veel gebruikte uitkomstmaat.
Datatype	Percentage
Bron (achtergrond) van de indicator	DASA
Rekenregels en definities	
Teller	Aantal patiënten waarbij de mRs score* bekend is.
Noemer A	Aantal patiënten met een herseninfarct.
Noemer B	Aantal patiënten met een hersenbloeding.
Antwoordopties	Percentage; één antwoord mogelijk
Definitie	*De mRs score dient te worden uitgevraagd 3 maanden na presentatie van de patiënt met klachten en/of symptomen van een CVA.
In-/exclusiecriteria	<p>Alle patiënten met een cerebrovasculair accident (CVA) die zich in de acute fase presenteren op de spoedeisende hulp en/of klinisch zijn opgenomen. Onder CVA valt: (primaire) intracerebrale bloeding of herseninfarct.</p> <ul style="list-style-type: none"> (primaire) Intracerebrale bloeding Hierbij hoort diagnosecode hersenbloeding (1102). Niet bedoeld worden: primaire subarachnoïdale bloeding, subduraal hematoom, epiduraal hematoom, bloeding ten gevolge van arterioveneuze malformatie of hemorragische transformatie van cerebraal ruimte-innemend proces. Herseninfarct Hierbij hoort diagnosecode herseninfarct (1111). Niet bedoeld wordt: transient ischemic attack (TIA) of (infarct ten gevolge van) sinustrombose.
Databron (registratie)	DASA
Meetperiode	01-10-2019 t/m 01-10-2020
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Aanleverniveau	Locatieniveau

4 Wijzigingstabel

Wijzigingstabel ten opzichte van de gids van verslagjaar 2019

Indicator	Wijziging

5 Bijlage: toelichting op informatie per indicator

Operationalisatie	De indicator in één korte zin omschreven. Let op: vermeld duidelijk de eenheid van de indicator in deze zin. Bijvoorbeeld: 'wachtijd in dagen'.
Informatie voor cliënten	Het belang van en de betekenis van de indicator wordt hier kort zonder vaktermen verwoord. Een indicator is een meetbaar onderdeel van de zorg wat iets kan zeggen over de kwaliteit van zorg. In de informatie van cliënten wordt beknopt omschreven wat de indicator betekent en hoe deze geïnterpreteerd moet worden ('lager is beter', 'een instelling moet onder de norm van X scoren').
Transparantie	<ul style="list-style-type: none"> - verplicht (publicatie in Openbare Database van Zorginstituut Nederland) - vrijwillig (geen openbare publicatie. Doorlevering alleen naar patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en zorgaanbieders)
Type indicator	<ul style="list-style-type: none"> - Uitkomst - Proces - Structuur
Relevantie	Geef aan waarom de indicator relevant is en voor wie.
Datatype	Het datatype dat moet worden aangeleverd: <ul style="list-style-type: none"> - tekst (vrije tekst of een keuze uit een lijst in de indicatorgids) - ja/nee - aantal (een geheel getal) - getal - percentage (een getal tussen 0 en 100. Teller/noemer *100)
Bron (achtergrond) van de indicator	Op basis waarvan is de indicator opgesteld? Verwijs naar een richtlijn/standaard, of een internationale indicatorset waarin de indicator ook is opgenomen. Dit vergroot de validiteit van de indicator: zegt deze indicator echt iets over kwaliteit van zorg?
Rekenregels en definities	
Teller(s)	Het getal boven de streep van een breuk. De teller is altijd een deelverzameling van de noemer. Om lange formuleringen te vermijden, is de volledige omschrijving van de deelverzameling niet altijd herhaald in de teller.
Noemer	Het getal onder de streep van een breuk. Nauwkeurige beschrijving van de cliëntenpopulatie. Indien er sprake van een structuurindicator is, dan is noemer niet van toepassing.
Vraag	Wanneer er een vraag wordt gesteld over de organisatie van de zorg (vaak een klantpreferentievraag), dan kan de vraag aan de instelling hier geplaatst worden. De operationalisatie is dan hoe de indicator wordt gepubliceerd. Bijvoorbeeld: Vraag: "Op welke manier kunnen patiënten na de operatie contact opnemen bij vragen?" Operationalisatie: "Aangeboden manieren postoperatief

	contact”
Antwoordopties	Bij vragen is het belangrijk aan te geven of er slechts één antwoord mogelijk is of meerdere antwoorden mogelijk zijn. Daarnaast moeten de antwoordopties vermeld worden.
Definitie	Indien in de indicator termen worden gebruikt die enige toelichting nodig hebben, zodat betrouwbaar kan worden geregistreerd, dan wordt een definitie gegeven.
In- /exclusiecriteria	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.
Casemix	Wanneer het relevant is voor een indicator kunnen cliëntkenmerken gebruikt worden voor het corrigeren van de indicatorwaarde. Hier moet worden aangegeven of er een casemixcorrectie plaatsvindt en op welke variabelen.
Databron (registratie)	De te gebruiken bron voor het berekenen van de indicatorwaarde. Bijvoorbeeld: LROI, NKR, DLCA-R, EPD, Zorgkaart Nederland
Norm	Als de indicator een norm kent, wordt deze hier in de indicatorgids vermeld. Ook de bron van de norm wordt vermeld.
Meetperiode	De meetperiode is de periode waarin de metingen worden gedaan. Dit is standaard het hele kalenderjaar (01-01 t/m 31-12), maar hier kan van worden afgeweken. Bij follow-upmetingen moet een expliciete keuze worden gemaakt: een meting drie maanden postoperatief binnen het verslagjaar betekent dat de operatie ook in de laatste drie maanden van het voorgaande jaar kan zijn uitgevoerd. Soms wordt er een peildatum gebruikt in plaats van een meetperiode (vaak bij structuurindicatoren). De peildatum ligt dan vaak op 01-03 van het jaar ná het verslagjaar.
Aanleverfrequentie	De frequentie waarmee de indicatoren aangeleverd worden. Afspraken over de frequentie worden landelijk gemaakt. Dit is momenteel één keer per jaar.
Aanleverniveau	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.