**Indicatorenset Diabetes**

Uitvraag ziekenhuizen/ZBC’s over verslagjaar 2017

Versie, september 2016

**Colofon**

**Internet:**

* OmniQ (portaal van DHD) voor aanlevering kwaliteitsgegevens verslagjaar 2017 (beschikbaar vanaf 1 februari voor leden van de NVZ en NFU): <https://extranet.dhd.nl/producten/OmniQ>
* Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen: [www.nvz-ziekenhuizen.nl/onderwerpen/ transparantiekalender-kwaliteitsinstituut](http://www.nvz-ziekenhuizen.nl/onderwerpen/%20transparantiekalender-kwaliteitsinstituut)
* Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra: [www.nfu.nl](http://www.nfu.nl).
* Zorginstituut Nederland: <http://www.zorginstituutnederland.nl/kwaliteit>

**Samengesteld door:**

*Diabetesvereniging Nederland*

*Federatie Medisch Specialisten*

*Nederlandse Internisten Vereniging*

*Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra*

*Patiëntenfederatie Nederland*

*Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde*

*Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen*

*Zorgverzekeraars Nederland*

*Zelfstandige Klinieken Nederland*

**Deze indicatorenset is opgenomen in het register van Zorginstituut Nederland waarmee het aanleveren van deze kwaliteitsgegevens in 2018 over verslagjaar 2017 wettelijk verplicht is.**

**Inhoudsopgave**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Samenvatting indicatoren Diabetes** | **4** |
|  |  |  |
|  | **Zorginhoudelijke indicatoren Diabetes** |  |
|  |  1. Algemene informatie | **6** |
|  |  2. Zorginhoudelijke indicatoren Diabetes | **8** |
|  |  |  |
|  | **Klantpreferentievragen**  | **26** |
|  |  |  |
| **Bijlagen** | I. Wijzigingstabel | **33** |
|  | II. Samenvattingskaart kernset Diabetes Mellitus | **34** |

**Overzicht Indicatoren Diabetes over verslagjaar 2017**

|  |  |
| --- | --- |
| **Zorginhoudelijke indicatoren** |  |
| **1** | **Laboratorium controle** | Percentage mensen met diabetes mellitus onder behandeling van de internist bij wie in betreffende registratieperiode de volgende laboratoriumparameters zijn gemeten in de 365 dagen voorafgaand aan het sluiten van DOT.1a: HbA1c,1b: kreatinine, 1c: microalbumine, 1d: totaal cholesterol, 1e: HDL-cholesterol. | Vrijwillig transparant\* |
| **2** | **Bloeddruk gemeten (volwassenen)** | Percentage mensen met diabetes mellitus onder behandeling van de internist waarbij in 365 dagen voorafgaand aan het afsluiten van DOT minstens éénmaal de bloeddruk is gemeten | Vrijwillig transparant\* |
| **3** | **Voetzorg (volwassenen)** | Percentage mensen met diabetes mellitus onder poliklinische behandeling van een internist, waarbij in het verslagjaar voetonderzoek heeft plaatsgevonden | Verplicht transparant\*\* |
| **4** | **HbA1c (kinderen en adolescenten)** | 4a: Percentage kinderen met diabetes ≤18 jaar onder behandeling op de ziekenhuislocatie met een laatst gemeten HbA1c <58 mmol/mol4b: Percentage adolescenten met diabetes > 18 jaar onder behandeling op de ziekenhuislocatie met een laatst gemeten HbA1c <58 mmol/mol4c: Percentage kinderen met diabetes ≤18 jaar onder behandeling op de ziekenhuislocatie met een laatst gemeten HbA1c >86 mmol/mol4d: Percentage adolescenten met diabetes > 18 jaar onder behandeling op de ziekenhuislocatie met een laatst gemeten HbA1c >86 mmol/mol | Vrijwillig transparant\* |
| **5** | **Acute opnames (kinderen en adolescenten)** | 5a: Aantal diabetesgerealateerde acute opnames van kinderen, onder behandeling op de eigen klinische locatie, op een ziekenhuislocatie in het verslagjaar. 5b: Aantal kinderen ≤18 jaar, onder behandeling op de eigen ziekenhuislocatie, dat één of meerdere diabetesgerelateerde acute opnames had in het verslagjaar5c: Aantal adolescenten >18 jaar, onder behandeling op de eigen ziekenhuislocatie, dat één of meerdere diabetesgerelateerde acute opnames had in het verslagjaar | Vrijwillig transparant\* |

\* Indicatoren waarvoor afgesproken is dat deze vrijwillig transparant gemaakt kunnen worden. De route (aanlevering en publicatie) voor vrijwillige transparantie wordt gefaciliteerd via het door de koepelorganisaties gekozen aanleverportaal (gegevensmakelaar). Deze vrijwillig aangeleverde gegevens worden niet door Zorginstituut Nederland gepubliceerd.

\*\* Verplichte indicatoren moeten worden aangeleverd aan Zorginstituut Nederland. Deze indicatoren worden door Zorginstituut Nederland openbaar gepubliceerd.

|  |  |
| --- | --- |
| **Klantpreferenties** |  |
| **6** | **Volume (volwassenen)** | **A.** Hoeveel internisten behandelen mensen met diabetes op de peildatum? **B.** Hoeveel mensen met diabetes zijn op uw ziekenhuislocatie behandeld door internisten in het verslagjaar?**C.** Hoeveel internisten houden zich 20% of meer bezig met diabeteszorg? **D.** Hoeveel fte diabetesverpleegkundigen/verpleegkundig specialisten op het gebied van diabetes werken er op uw locatie?  | Verplicht transparant\*\* |
| **7** | **Volume (kinderen)** | **A.** Hoeveel kinderartsen participeren in het kinderdiabetesteam op uw ziekenhuislocatie op de peildatum?**B.** Hoeveel kinderen/adolescenten werden in het verslagjaar op uw ziekenhuislocatie behandeld door het kinderdiabetesteam?**C.** Hoeveel fte kinderdiabetesverpleegkundigen/verpleegkundig specialisten op het gebied van diabetes werken er op uw locatie?**D.** Is er een 24-uurs servicevoor kinderen/adolescenten met diabetes op uw ziekenhuislocatie? | Verplicht transparant\*\* |
| **8** | **Multidisciplinair team/MDO** | **A.** Welke van onderstaande zorgprofessionals maken deel uit van het multidisciplinaire team (voor de behandeling van volwassenen)?**B.** Welke van onderstaande zorgprofessionals maken deel uit van het MDO kinderdiabetes**C.** Welke van onderstaande zorgprofessionals maken deel uit van het multidisciplinaire voetenteam (voor de behandeling van volwassenen)?  | Verplicht transparant\*\* |
| **9** | **Insulinepomptherapie** | **A.** Hoeveel soorten insulinepompen kunnen worden ingezet op uw ziekenhuislocatie bij volwassenen met diabetes?**B**. Hoeveel soorten insulinepompen kunnen worden ingezet op uw ziekenhuislocatie bij kinderen/adolescenten met diabetes?**C.** Hoeveel mensen met diabetes mellitus, die onder behandeling zijn van de internist, krijgen insulinepomptherapie?**D.** Hoeveel mensen met diabetes mellitus, die onder behandeling zijn van de internist, zijn in verslagjaar 2017 gestart met insulinepomptherapie?**E.** Hoeveel kinderen/adolescenten met diabetes mellitus, die onder behandeling zijn van de kinderarts, krijgen insulinepomptherapie? | Verplicht transparant\*\* |
| **10** | **Bevorderen zelfmanagement** | **A.** Biedt uw ziekenhuislocatie Real Time Continue Glucose Monitoring voor mensen met diabetes die onder behandeling zijn van de internist??**B.**  Biedt uw ziekenhuislocatie Real Time Continue Glucose Monitoring voor kinderen/adolescenten met diabetes die onder behandeling zijn van de kinderarts?**C.** Welke faciliteiten biedt uw ziekenhuislocatie nog meer aan voor mensen met diabetes onder behandeling bij de internist? **E.** Welke faciliteiten biedt uw ziekenhuislocatie nog meer aan voor kinderen met diabetes onder behandeling bij de kinderarts? | Verplicht transparant\*\* |
| **11** | **Psychosociale ondersteuning** | **A.** Heeft het diabetesteam beleid opgesteld wanneer en door wie mensen met DM actief gescreend worden op het hebben van depressieve stoornissen?**B.** Heeft het diabetesteam beleid opgesteld over vervolgstappen na vaststelling van een depressieve stoornis/manifeste depressie?**C.** Biedt uw ziekenhuislocatie kwaliteit van leven screening bij kinderen/adolescenten met diabetes? | Verplicht transparant\*\* |

\* Indicatoren waarvoor afgesproken is dat deze vrijwillig transparant gemaakt kunnen worden. De route (aanlevering en publicatie) voor vrijwillige transparantie wordt gefaciliteerd via het door de koepelorganisaties gekozen aanleverportaal (gegevensmakelaar). Deze vrijwillig aangeleverde gegevens worden niet door Zorginstituut Nederland gepubliceerd.

\*\* Verplichte indicatoren moeten worden aangeleverd aan Zorginstituut Nederland. Deze indicatoren worden door Zorginstituut Nederland openbaar gepubliceerd.

**1.** **Algemene informatie over indicatoren Diabetes**

**Indicatorenwerkgroep**

De volgende personen waren betrokken bij het opstellen van deze indicatorengids:

DVN: Mw. E. Barents, beleidsadviseur

Mw. D. Coffie, beleidsadviseur

FMS: Mw. D.A. Trip, beleidsadviseur

NVK: Mw. P. Stouthart, kinderarts

 Mw. J. Schermer, kinderarts

NIV: Dhr. T. van Bemmel, internist

 Mw. T. Brouwer, internist

 Dhr. H. de Valk, internist

 Dhr. H. Bilo, internist

NFU: Mw. M. Havinga, projectmedewerker inhoudelijke zaken

 Dhr. A. Schuurmans, adviseur

Patiëntenfederatie: Mw. R. Lammers, beleidsmedewerker

Mw. M. ten Horn, beleidsmedewerker

NVZ: Mw. M. Terlingen, beleidsadviseur Kwaliteit & Organisatie

ZN: Mevr. M. Schepens, vertegenwoordiger Zorgverzekeraars Nederland

**Kwaliteitsregistratie voor Diabetes**

Vanuit de NIV, NVK en DVN wordt momenteel gewerkt aan de implementatie van een nieuwe kwaliteitsregistratie voor Diabetes. De indicatorwerkgroep verwacht dat ziekenhuizen over een aantal jaren via deze kwaliteitsregistratie de gegevens uit de kernset Diabetes transparant maken. De kernset is toegevoegd als bijlage bij deze indicatorengids, zodat ziekenhuizen hierop voorbereid zijn (zie bijlage 2), en is dezelfde kernset als in de eerste lijn reeds langere tijd wordt gehanteerd.

**Populatiebepaling**

De eerste stap in het bepalen van de indicatoren is het vaststellen van de populatie. Voor de indicatorensets was als uitgangspunt gekozen om de populatie te bepalen aan de hand van de DOT.

Diabetes Volwassenen

De populatie bestaat uit het aantal patiënten dat op enig moment in het verslagjaar een DOT heeft die voldoet aan:

* Variabele D1 (betekent automatisch dat het patiënten met diabetes zijn en dat ze onder behandeling zijn van de internist). Hierbij gaat het om een combinatie van onderstaande onderdelen:

 Zorgtype 11 reguliere zorg

 21 vervolg

 Diagnoses 221 DM znd secundaire complicaties

 222 DM met secundaire complicaties

 223 DM chronische pomptherapie

 Behandelingen 1101 behandeling nno/niet verbijzonderd poliklinisch

 1102 behandeling nno/niet verbijzonderd dagbehandeling

 1103 behandeling nno/niet verbijzonderd klinisch

 1104 behandeling nno/niet verbijzonderd enkelvoudig poliklinisch

* Het gaat om volwassen patiënten. Voor kinderen die in het ziekenhuis behandeld worden opent de kinderarts een DOT. Als er een internistische DOT geopend is mag er van worden uitgegaan dat het gaat om volwassen patiënten.

- Inclusie/exclusiecriteria zoals benoemd in de factsheets

- Patiënten 1 keer tellen: de telling gebeurt aan de hand van vastgestelde DBC-codes:

* dit gebeurt niet per diagnose, maar voor alle drie de diagnose DOTs. Als een patiënt bijvoorbeeld diagnose 221 en 222 heeft, dan dient deze 1 keer geteld te worden.
* indien een patiënt 2 DOTs heeft met dezelfde diagnose, dan dient deze 1 keer geteld te worden.

Diabetes Kinderen

De populatie voor de indicatorenset Diabetes Kinderen bestaat uit het aantal patiënten dat op enig moment in het verslagjaar een DOT heeft die voldoet aan:

* Specialisme code 316 (patiënten onder behandeling van de kinderarts).
* Diagnose code 7113 (diabetes mellitus met chronische pomptherapie) óf 7114 (diabetes mellitus overig)

- Inclusie/exclusiecriteria zoals benoemd in de factsheets

- Patiënten één keer tellen: de telling gebeurt aan de hand van vastgestelde DOT-codes:

* dit gebeurt niet per diagnose, maar voor alle twee de diagnose DOTs. Als een patiënt meerdere diagnoses heeft, dan dient deze één keer geteld te worden
* indien een patiënt 2 DOTs heeft met dezelfde diagnose, dan dient deze één keer geteld te worden.

- Patiënten worden soms gestratificeerd in twee leeftijdsgroepen:

 (1) patiënten ≤18 jaar

 (2) patiënten >18 jaar

De populatie wordt uiteindelijk bepaald door de in 2017 afgesloten DOT, tenzij anders staat vermeld bij de indicator.

**Peildatum**

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

**In- en exclusiecriteria**

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 worden gesteld aan het DOT. Bijvoorbeeld de aanwezigheid van een specifieke verrichting.

In- en exclusiecriteria hoeven niet per definitie voor alle indicatoren in de set gelijk 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 exclusiecriteria wordt de noemer van de indicator vastgesteld.

**2. Zorginhoudelijke indicatoren Diabetes**

|  |
| --- |
| **1. Laboratorium jaarcontrole (volwassenen)** |
| **Relatie tot kwaliteit** | Het doel van de diabetesbehandeling is het voorkomen van korte- en lange termijn complicaties van diabetes mellitus door een zo optimaal mogelijke regulatie van de bloedsuikers van mensen met diabetes, en door een optimale regulatie van additionele risicofactoren voor het ontwikkelen van lange termijn complicaties. Regelmatige monitoring van de mate van diabetesregulatie, van de risicofactoren voor complicaties, en het door middel van laboratoriumonderzoek vaststellen van de ernst waarmee sommige van deze complicaties optreden zijn essentieel om het proces van zorgverlening tijdig bij te kunnen sturen. |
| **Operationalisatie** | Percentage mensen met diabetes mellitus onder behandeling van de internist bij wie in betreffende registratieperiode de volgende laboratoriumparameters zijn gemeten in de 365 dagen voorafgaand aan het sluiten van DOT 1a: HbA1c, 1b: kreatinine, 1c: microalbumine, 1d: totaal cholesterol, 1e: HDL-cholesterol. |
| **Teller 1a** | Aantal mensen met diabetes mellitus onder behandeling van de internist waarbij HbA1c waarde is gemeten in 365 dagen voorafgaand aan het afsluiten van DOT. |
| **Noemer 1a** | Aantal mensen met diabetes mellitus onder behandeling van internist.  |
| **Teller 1b** | Aantal mensen met diabetes mellitus onder behandeling van de internist waarbij kreatinine is gemeten in 365 dagen voorafgaand aan het afsluiten van DOT. |
| **Noemer 1b** | Aantal mensen met diabetes mellitus onder behandeling van internist. |
| **Teller 1c** | Aantal mensen met diabetes mellitus onder behandeling van de internist waarbij microalbumine is gemeten in 365 dagen voorafgaand aan het afsluiten van DOT. |
| **Noemer 1c** | Aantal mensen met diabetes mellitus onder behandeling van internist. |
| **Teller 1d** | Aantal mensen met diabetes mellitus onder behandeling van de internist waarbij totaal cholesterol is gemeten in 365 dagen voorafgaand aan het afsluiten van DOT. |
| **Noemer 1d** | Aantal mensen met diabetes mellitus onder behandeling van internist. |
| **Teller 1e** | Aantal mensen met diabetes mellitus onder behandeling van de internist waarbij HDL-cholesterol is gemeten in 365 dagen voorafgaand aan het afsluiten van DOT. |
| **Noemer 1e** | Aantal mensen met diabetes mellitus onder behandeling van internist. |
| **Definitie (s)** | *Diabetes Mellitus:*Stofwisselingsziekte waarbij de glucoseregulatie defect is door óf het volledig ontbreken van het hormoon insuline (type 1 diabetes), óf door het niet juist functioneren en/of onvoldoende aanwezig zijn van insuline in combinatie met insulineresistentie (type 2 diabetes; zo’n 90 % van de mensen met diabetes). Daarnaast bestaat een aantal vormen die overeenkomsten met type 2 hebben, zoals bijvoorbeeld zwangerschapsdiabetes. Er is (nog) geen genezing voor diabetes. |
| **In/ exclusiecriteria** | Inclusie: volwassenen met diabetes (deze vallen automatisch onder DOT van de internisten; kinderen hebben een aparte DOT) |
| **Bron teller** | Specifiek Laboratorium Informatie Management Systeem (LIMS), Meting laboratorium gegevens LIMS: HbA1c, kreatinine, microalbumine, totaal cholesterol, HDL-cholesterol; DOT-registratie, zorgverrichtingen registratie; EPD |
| **Bron noemer** | DOT-registratie, Ziekenhuisregistratie |
| **Meetfrequentie** | continu |
| **Verslagjaar** | 01-01-2017 tot en met 31-12-2017 |
| **Rapportagefrequentie** | 1x per verslagjaar |
| **Type indicator** | Procesindicator |
| **Meetniveau** | Patiëntniveau. Rapportage op ziekenhuisniveau. |
| **Kwaliteitsdomein** | Effectiviteit |

**Rekenregels**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Indicator 1a** | **Laboratorium jaarcontrole (HbA1c)**  | **Formule** |
| Teller | Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie die is verzameld voor de noemer. Bepaal van de geselecteerde populatie mensen met diabetes mellitus onder behandeling bij de internist of HbA1c is bepaald. | # mensen noemer waarvoor D3 geldt en waarvoor geldt D17<12 mnd |
| **Noemer** | Totaal aantal mensen met diabetes mellitus onder behandeling van internist *Alle noemers van 1a t/m 1een 2 zijn hetzelfde* | # mensen waarvoor D1 geldt |
| **Indicator 1b** | **Laboratorium jaarcontrole (kreatinine)**  | **Formule** |
| Teller | Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie die is verzameld voor de noemer. Bepaal van de geselecteerde populatie mensen met diabetes mellitus onder behandeling bij de internist of kreatinine is gemeten. | # mensen noemer waarvoor D5 geldt en waarvoor geldt D18<12 mnd |
| **Noemer** | Totaal aantal mensen met diabetes mellitus onder behandeling van internist*Alle noemers van 1a t/m 1een 2 zijn hetzelfde*  | # mensen waarvoor D1 geldt |
| **Indicator 1c** | **Laboratorium jaarcontrole (microalbumine)**  | **Formule** |
| Teller | Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie die is verzameld voor de noemer. Bepaal van de geselecteerde populatie mensen met diabetes mellitus onder behandeling bij de internist of microalbumine is gemeten. | # mensen noemer waarvoor D7 geldt en waarvoor geldt D19<12 mnd |
| **Noemer** | Totaal aantal mensen met diabetes mellitus onder behandeling van internist*Alle noemers van 1a t/m 1een 2 zijn hetzelfde*  | # mensen waarvoor D1 geldt |
| **Indicator 1d** | **Laboratorium jaarcontrole (totaal cholesterol)**  | **Formule** |
| Teller | Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie die is verzameld voor de noemer. Bepaal van de geselecteerde populatie mensen met diabetes mellitus onder behandeling bij de internist of totaal cholesterol is bepaald. | # mensen noemer waarvoor D9 geldt en waarvoor geldt D20<12 mnd |
| **Noemer** | Totaal aantal mensen met diabetes mellitus onder behandeling van internist*Alle noemers van 1a t/m 1een 2 zijn hetzelfde*  | # mensen waarvoor D1 geldt |
| **Indicator 1e** | **Laboratorium jaarcontrole (HDL-cholesterol)**  | **Formule** |
| Teller | Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie die is verzameld voor de noemer. Bepaal van de geselecteerde populatie mensen met diabetes mellitus onder behandeling bij de internist of HDL-cholesterol is bepaald. | # mensen noemer waarvoor D11 geldt en waarvoor geldt D21<12 mnd |
| **Noemer** | Totaal aantal mensen met diabetes mellitus onder behandeling van internist*Alle noemers van 1a t/m 1een 2 zijn hetzelfde* | # mensen waarvoor D1 geldt |

|  |
| --- |
| **2. Bloeddruk gemeten (volwassenen)** |
| **Relatie tot kwaliteit** | Bloeddruk speelt een belangrijke rol in het ontstaan van macrovasculaire en microvasculaire complicaties bij mensen met diabetes. Intensieve controle van de bloeddruk beperkt deze complicaties alsmede diabetes gerelateerd overlijden, het ontstaan van CVA (beroerte) en van microvasculaire complicaties (UKPDS, 1998). |
| **Operationalisatie** | Percentage mensen met diabetes mellitus onder behandeling van de internist waarbij in 365 dagen voorafgaand aan het afsluiten van DOT minstens éénmaal de bloeddruk is gemeten |
| **Teller**  | Aantal mensen met diabetes mellitus onder behandeling van de internist waarbij in 365 dagen voorafgaand aan het afsluiten van DOT minstens éénmaal de bloeddruk is gemeten |
| **Noemer**  | Aantal mensen met diabetes mellitus onder behandeling van de internist |
| **Definitie** | *Diabetes Mellitus:*Stofwisselingsziekte waarbij de glucoseregulatie defect is door óf het volledig ontbreken van het hormoon insuline (type 1 diabetes), óf door het niet juist functioneren en/of onvoldoende aanwezig zijn van insuline in combinatie met insulineresistentie (type 2 diabetes; zo’n 90 % van de patiënten met diabetes). Daarnaast bestaat een aantal vormen die overeenkomsten met type 2 hebben, zoals bijvoorbeeld zwangerschapsdiabetes.  |
| **In/ exclusiecriteria** | Inclusie: volwassenen met diabetes (deze vallen automatisch onder DOT van de internisten; kinderen hebben een aparte DOT) |
| **Bron teller** | Poli(klinische) status, EPD |
| **Bron noemer** | DOT-registratie, Ziekenhuisregistratie |
| **Meetfrequentie** | 1x per verslagjaar |
| **Verslagjaar** | 01-01-2017 tot en met 31-12-2017 |
| **Rapportagefrequentie** | 1x per verslagjaar |
| **Type indicator** | Procesindicator |
| **Meetniveau** | Patiëntniveau; rapportage op ziekenhuisniveau |

**Rekenregels**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Indicator 2** | **Bloeddruk gemeten** | **Formule** |
| **Teller** | Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie die is verzameld voor de noemer. Vervolgens wordt nu bepaald of de mensen met diabetes in het afgelopen jaar minimaal 1 keer de bloeddruk is gemeten. Selecteer alle mensen bij wie variabele D22 = <12 maanden Het totaal aantal mensen kan nu worden ingevuld bij de teller. | # mensen noemer waarvoor geldt D13=ja en D22<12 maanden  |
| **Noemer** | Totaal aantal mensen met diabetes mellitus onder behandeling van internist *Alle noemers van 1a t/m 1een 2 zijn hetzelfde* | # mensen waarvoor D1 geldt |

|  |
| --- |
| **3. Voetzorg (volwassenen)** |
| **Relatie tot kwaliteit** | Perifere neuropathie en perifeer arterieel vaatlijden, al dan niet gecombineerd met standsafwijkingen van de voeten, kunnen aanleiding geven tot invaliderende voetproblemen bij mensen met diabetes mellitus. Georganiseerde voetzorg en jaarlijks voetonderzoek zijn als onderdeel van de complicatie-screening bij mensen met diabetes mellitus van belang om (ernstige) voetulcera te voorkomen, het aantal ziekenhuisopnames te verminderen en amputaties (van een deel) van de voet te voorkomen. |
| **Operationalisatie** | Percentage mensen met diabetes mellitus onder poliklinische behandeling van een internist, waarbij in het verslagjaar voetonderzoek heeft plaatsgevonden |
| **Teller** | Aantal mensen met diabetes mellitus onder behandeling van een internist, waarbij in het verslagjaar voetonderzoek heeft plaatsgevonden |
| **Noemer** | Aantal mensen met diagnose diabetes mellitus onder poliklinische behandeling van de internist |
| **Definitie** | *Diabetes Mellitus:*Stofwisselingsziekte waarbij de glucoseregulatie defect is door óf het volledig ontbreken van het hormoon insuline (type 1 diabetes), óf door het niet juist functioneren en/of onvoldoende aanwezig zijn van insuline in combinatie met insulineresistentie (type 2 diabetes; zo’n 90 % van de mensen met diabetes). Daarnaast bestaat een aantal vormen die overeenkomsten met type 2 hebben, zoals bijvoorbeeld zwangerschapsdiabetes. *Voetonderzoek:*Onderzoek op standsafwijkingen, inspectie schoeisel, onderzoek op aanwezigheid van neuropathie en ischemie. |
| **In/ exclusiecriteria** | Inclusie : volwassen mensen met diabetes, die poliklinisch onder behandeling zijn bij de internist in het verslagjaar.Exclusie: volwassenen met diabetes met alleen een klinisch consult door de internist, dan wel een eenmalig poliklinisch consult om welke reden dan ook (vraag zorggroep, preoperatief consult, etc.)  |
| **Bron teller** | EPD |
| **Bron noemer** | DOT-registratie, Ziekenhuisregistratie |
| **Meetfrequentie** | 1x per verslagjaar |
| **Verslagjaar** | 01-01-2017 tot en met 31-12-2017 |
| **Rapportagefrequentie** | 1x per verslagjaar |
| **Type indicator** | Procesindicator |
| **Meetniveau** | Patiëntniveau; rapportage op ziekenhuisniveau |

**Rekenregels**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Indicator 3** | **Voetzorg (volwassenen)** | **formule** |
| **Teller** | Bepaal van de geselecteerde populatie mensen met diabetes mellitus onder behandeling bij de internist of zij in het verslagjaar een voetonderzoek hebben gehad. | # mensen noemer waarvoor geldt D15 = ja en waarvoor geldt D16 = in het verslagjaar |
| **Noemer** | Totaal aantal mensen met diabetes mellitus onder behandeling van internist in het verslagjaar. Om dit te bepalen dient een uitdraai gemaakt te worden van alle mensen met DM die op 31 december in het verslagjaar een DOT uit variabele D1 hebben. Van deze mensen wordt gekeken of zij op 1 januari van het verslagjaar ook al in behandeling waren (NB: het gaat hierbij alleen om de mensen met DM die poliklinisch begeleid worden).  | # mensen waarvoor D1 geldt |

|  |
| --- |
| **4. HbA1c (kinderen en adolescenten)** |
| **Relatie tot kwaliteit** | Het doel van de diabetesbehandeling is het voorkomen van korte- en lange termijn complicaties van diabetes mellitus door o.a. een zo optimaal mogelijke regulatie van de bloedsuikers van mensen met diabetes. Regelmatige monitoring van de mate van diabetesregulatie is essentieel om het proces van zorgverlening tijdig bij te kunnen sturen. |
| **HbA1c <58 mmol/mol** |
| **Operationalisatie 4a** | Percentage kinderen met diabetes ≤18 jaar onder behandeling op de ziekenhuislocatie met een laatst gemeten HbA1c <58 mmol/mol |
| **Teller 4a** | Aantal kinderen met diabetes ≤18jaar onder behandeling op de ziekenhuislocatie met een laatst gemeten HbA1c <58 mmol/mol |
| **Noemer 4a** | Aantal kinderen met diabetes ≤18jaar |
| **Operationalisatie 4b** | Percentage adolescenten met diabetes > 18 jaar onder behandeling op de ziekenhuislocatie met een laatst gemeten HbA1c <58 mmol/mol |
| **Teller 4b** | Aantal adolescenten met diabetes >18 jaar onder behandeling op de ziekenhuislocatie met een laatst gemeten HbA1c <58 mmol/mol |
| **Noemer 4b** | Aantal adolescenten met diabetes > 18 jaar |
| **HbA1c >86 mmol/mol** |
| **Operationalisatie 4c** | Percentage kinderen met diabetes ≤18jaar onder behandeling op de ziekenhuislocatie met een laatst gemeten HbA1c >86 mmol/mol |
| **Teller 4c** | Aantal kinderen met diabetes ≤18jaar onder behandeling op de ziekenhuislocatie met een HbA1c >86 mmol/mol |
| **Noemer 4c** | Aantal kinderen met diabetes ≤18jaar |
| **Operationalisatie 4d** | Percentage adolescenten met diabetes > 18 jaar onder behandeling op de ziekenhuislocatie met een laatst gemeten HbA1c >86 mmol/mol |
| **Teller 4d** | Aantal adolescenten met diabetes >18 jaar onder behandeling op de ziekenhuislocatie met een HbA1c >86 mmol/mol |
| **Noemer 4d** | Aantal adolescenten met diabetes > 18 jaar |
| **Definitie(s)** | Laatst gemeten HbA1c: de HbA1c waarde die op het moment van meten als laatste in de status wordt aangetroffen.  |
| **In/ exclusiecriteria** | Inclusie: kinderen en adolescenten met zorgtype 21 (deze vallen automatisch onder DOT van de kinderartsen; volwassenen hebben een aparte DOT).Exclusie: kinderen en adolescenten met een nieuwe DOT (zorgtype 11) |
| **Bron** | DOT-registratie en verrichtingenregistratie, ziekenhuisregistratie |
| **Meetfrequentie** | Continu |
| **Verslagjaar** | 01-01-2017 tot en met 31-12-2017 |
| **Rapportagefrequentie** | 1x per verslagjaar |
| **Type indicator** | Uitkomst  |
| **Meetniveau** | Patiëntniveau |
| **Kwaliteitsdomein** | Effectiviteit, veiligheid, patiëntgerichtheid  |

**Rekenregels**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Indicator 4a** | **HbA1c** | **Formule** |
| **Teller**  | Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie kinderen ≤18 jaar die is verzameld voor de noemer en bij wie de laatst gemeten HbA1c <58 mmol/mol is | # kinderen noemer waarvoor D103 geldt en waarvoor geldt D109=ja |
| **Noemer** | Selecteer alle kinderen met diabetes ≤18 jaar (excludeer de kinderen met een nieuwe DOT – zorgtype 11) | # kinderen waarvoor D101 geldt en waarvoor geldt D105=ja |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Indicator 4b** | **HbA1c** | **Formule** |
| **Teller**  | Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie adolescenten >18 jaar die is verzameld voor de noemer en bij wie de laatst gemeten HbA1c <58 mmol/mol is | # adolescenten noemer waarvoor D103 geldt en waarvoor geldt D109=ja |
| **Noemer** | Selecteer alle adolescenten met diabetes >18 jaar (excludeer de adolescenten met een nieuwe DOT – zorgtype 11) | # adolescenten waarvoor D101 geldt en waarvoor geldt D106=ja |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Indicator 4c** | **HbA1c** | **Formule** |
| **Teller**  | Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie kinderen ≤18 jaar die is verzameld voor de noemer en bij wie de laatst gemeten HbA1c >86 mmol/mol is | # kinderen noemer waarvoor D103 geldt en waarvoor geldt D110=ja |
| **Noemer** | Selecteer alle kinderen met diabetes ≤18 jaar (excludeer de kinderen met een nieuwe DOT – zorgtype 11) | # kinderen waarvoor D101 geldt en waarvoor geldt D105=ja |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Indicator 4d** | **HbA1c** | **Formule** |
| **Teller**  | Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie adolescenten >18 jaar die is verzameld voor de noemer en bij wie de laatst gemeten HbA1c >86 mmol/mol is | # adolescenten noemer waarvoor D103 geldt en waarvoor geldt D110=ja |
| **Noemer** | Selecteer alle adolescenten met diabetes >18 jaar (excludeer de adolescenten met een nieuwe DOT – zorgtype 11) | # adolescenten waarvoor D101 geldt en waarvoor geldt D106=ja |

**Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg**

Een zo goed mogelijke regulatie van de diabetes bij kinderen met diabetes type 1 bevordert een lage comorbiditeit. Het HbA1c is de belangrijkste meetbare parameter voor metabole controle (NDF, 2007). Voor wat betreft de optimale waarde van het HbA1c ontbreekt de evidence based aanbeveling. De National Committee for Quality Assurance, een Amerikaans kwaliteitsinstituut, vraagt minimaal 34% HbA1c <64 mmol/mol en minimaal 84% HbA1c <86 mmol/mol.De ISPAD guidelines adviseren een waarde onder de 58 mmol/mol (ISPAD, 2014).

Voor deze indicator zijn de waarden 58 mmol/mol en 86 mmol/mol als referentiewaarden gebruikt.

**Mogelijkheden tot verbetering**

Verwacht wordt dat er op dit moment variatie bestaat tussen verschillende ziekenhuizen en dat er mogelijkheden zijn voor verbetering.

**Beperkingen bij gebruik en interpretatie**

Deze indicator dient gebruikt te worden om inzicht te krijgen in de patiëntengroepen die een ziekenhuis behandeld. Een lage of hoge waarde op de indicatoren wil niet zeggen dat er betere of slechtere zorg wordt gegeven. Mogelijk kan op termijn mét casemixcorrectie wel iets gezegd worden over de kwaliteit van zorg.

**Inhoudsvaliditeit**

Bepaling van A1c is de belangrijkste parameter voor de glucoseregulatie en predictor voor complicaties. (NDF, 2007). De mate van bewijskracht is tenminste D, de richtlijn (NDF, 2007) geeft geen onderbouwing voor deze stelling. Glucoseregulatie en een goede instelling zijn de belangrijkste pijlers ter voorkoming van micro en macro vasculaire alsook neuronale schade. Mede op basis hiervan dient gestreefd te worden naar een HbA1c van 58 mmol/mol of lager voor elke leeftijdsgroep om zo vaat- en neuronale schade zo lang mogelijk uit te stellen en te voorkomen (ISPAD, 2014).

**Statistisch betrouwbaar onderscheiden**

De werkgroep verwacht dat de indicator voldoende tussen ziekenhuizen discrimineert en verbeteringen in kwaliteit van zorg zal registreren.

**Vergelijkbaarheid**

De uitkomsten van de registratie worden wel beïnvloed door case-mix. Daarom heeft de werkgroep besloten om de gegevens voor twee leeftijdscategorieën apart uit te vragen.

**Registratiebetrouwbaarheid**

De benodigde informatie is door de ziekenhuizen uit de ziekenhuisregistratie te halen. De verantwoordelijkheid voor de registratiebetrouwbaarheid ligt bij de aanleverende ziekenhuizen zelf.

**Referenties**

* NDF-Zorgstandaard 2015, Addendum Diabetes type 1, deel 2 Kinderen en Adolescenten. Zie: [www.zorgstandaarddiabetes.nl](http://www.zorgstandaarddiabetes.nl)
* ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2014. Psychological care of children and adolescents with diabetes.

|  |
| --- |
|  **5. Acute opnames (kinderen en adolescenten)** |
| **Relatie tot kwaliteit** | Een van de doelen van de behandeling van diabetes is het voorkomen van acute complicaties, zoals diabetische keto-acidose (DKA). |
| **Operationalisatie 5a** | Aantal diabetesgerealateerde acute opnames van kinderen, onder behandeling op de eigen klinische locatie, op een ziekenhuislocatie in het verslagjaar.  |
| **Operationalisatie 5b** | Aantal kinderen ≤18 jaar, onder behandeling op de eigen ziekenhuislocatie, dat één of meerdere diabetesgerelateerde acute opnames had in het verslagjaar  |
| **Operationalisatie 5c** | Aantal adolescenten >18 jaar, onder behandeling op de eigen ziekenhuislocatie, dat één of meerdere diabetesgerelateerde acute opnames had in het verslagjaar  |
| **Definitie(s)** | Diabetesgerelateerde acute opname: Acute opname in verband met diabetische keto-acidose (DKA)  |
| **In/ exclusiecriteria** | Inclusie: alleen kinderen met zorgtype 21Exclusie: kinderen met zorgtype 11 |
| **Bron** | Ziekenhuisregistratie |
| **Meetfrequentie** | Continu |
| **Verslagjaar** | 01-01-2017 tot en met 31-12-2017 |
| **Rapportagefrequentie** | 1x per verslagjaar |
| **Type indicator** | Uitkomst  |
| **Meetniveau** | Patiëntniveau |
| **Kwaliteitsdomein** | Effectiviteit, veiligheid |

**Rekenregels**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Indicator 5a** | **Acute opnames** | **Formule** |
| Selecteer alle kinderen, onder behandeling op de eigen ziekenhuislocatie, die één of meerdere diabetesgerelateerde acute opnames had in het verslagjaar  | # kinderen waarvoor D101 en D104 gelden |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Indicator 5b** | **Acute opnames** | **Formule** |
| Selecteer alle kinderen ≤18 jaar, onder behandeling op de eigen ziekenhuislocatie, die één of meerdere diabetesgerelateerde acute opnames had in het verslagjaar  | # kinderen waarvoor D101 en D104 gelden en waarvoor geldt D105=ja |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Indicator 5c** | **Acute opnames** | **Formule** |
| Selecteer alle adolescenten >18 jaar, onder behandeling op de eigen ziekenhuislocatie, die één of meerdere diabetesgerelateerde acute opnames had in het verslagjaar  | # adolescenten waarvoor D101 en D104 gelden en waarvoor geldt D106=ja |

**Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg**

Bij kinderen met diabetes kunnen acute complicaties ontstaan, zoals diabetische keto-acidose (DKA) (NDF, 2007). Diabetes ketoacidose komt tegenwoordig door betere begeleiding en zorg steeds minder voor. DKA berust op een tekort aan insuline. Uitlokkende momenten zijn het niet tijdig toedienen van insuline en / of intercurrente ziekte met koorts.

**Mogelijkheden tot verbetering**

Verwacht wordt dat er op dit moment variatie bestaat tussen verschillende ziekenhuizen en dat er mogelijkheden zijn voor verbetering.

**Beperkingen bij gebruik en interpretatie**

Een patiënt die ver van het behandelingsziekenhuis woont kan voor acute opname in een ander ziekenhuis terecht komen. Deze opnames dienen geregistreerd te worden door het primaire kinderdiabetes behandelteam. De werkgroep verwacht dat dit aantal laag is.

Deze indicator dient gebruikt te worden als spiegelinformatie. Acute opnames hoeven geen directe relatie te hebben met de geleverde kwaliteit van zorg.

**Inhoudsvaliditeit**

Diabetische keto-acidose (DKA) is een acute complicatie van diabetes die vaak is gerelateerd aan onvoldoende insuline toediening. Verschillende risicofactoren zijn bekend, zoals geslacht, etniciteit, extreme HbA1c waarde, psychische stoornissen (Rewers, 2002).

De behandeling van diabetes richt zich o.a. op preventie van complicaties zoals DKA. Zorgverleners spelen hier een belangrijke rol, o.a. door het geven van voorlichting en monitoren van glucosehuishouding.

De mate van bewijskracht voor deze indicator is D, dat wil zeggen dat de werkgroep indicatorontwikkeling hierover consensus heeft bereikt.

**Statistisch betrouwbaar onderscheiden**

De werkgroep verwacht dat de indicator voldoende tussen ziekenhuizen discrimineert en verbeteringen in kwaliteit van zorg zal registreren.

**Vergelijkbaarheid**

De uitkomsten van de registratie worden wel beïnvloed door case-mix. De werkgroep heeft daarom besloten om de gegevens voor vier twee leeftijdscategorieën apart uit te vragen.

**Registratiebetrouwbaarheid**

De benodigde informatie is door de ziekenhuizen uit de ziekenhuisregistratie te halen. Ziekenhuizen zijn zelf verantwoordelijk voor het betrouwbaar aanleveren van de benodigde data.

**Referenties**

* NDF-Zorgstandaard 2015, Addendum Diabetes type 1, deel 2 Kinderen en Adolescenten. Zie: [www.zorgstandaarddiabetes.nl](http://www.zorgstandaarddiabetes.nl)
* ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2014. Psychological care of children and adolescents with diabetes.
* Rewers A, Chase HP, Mackenzie T, Walravens P, Roback M, Rewers M, Hamman RF, Klingensmith G. Predictors of acute complications in children with type 1 diabetes. JAMA. 2002 May 15;287:2511-8.

**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 Diabetes. 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 codering 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: peildatum – geboortedatum = leeftijd.

***Tabel 1: Variabelen uit verschillende bronnen in het ziekenhuis voor Diabetes Volwassenen***

| **Varia-****bele** | **Naam** | **Vast te leggen waarde** | **Bron** | **Instructie** | **Benodigd** **voor indicator** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| D0 | Patiëntnummer |  | ZIS | Het patiëntnummer is het unieke element dat de basis vormt om koppelingen tussen registratiesystemen mogelijk te maken | 1: Laboratorium jaarcontrole2: Bloeddruk gemeten3: Voetzorg |
| D1 | Diagnose diabetes mellitus | Bij het vaststellen van de populatie gaan het om de onderstaande DOT-codes binnen specialismecode 313 (Interne geneeskunde)Zorgtype 11 reguliere zorg21 vervolgDiagnoses 221 DM znd secundaire complicaties 222 DM met secundaire complicaties 223 DM chronische pomptherapie Behandelingen1101 behandeling nno/niet verbijzonderd poliklinisch1102 behandeling nno/niet verbijzonderd dagbehandeling1103 behandeling nno/niet verbijzonderd klinisch1104 behandeling nno/niet verbijzonderd enkelvoudig poliklinischAlle combinaties van de bovenstaande onderdelen zijn toegestaan. | DOTregistratie | Het is mogelijk dat meerdere DOTs bij 1 patiënt voorkomen. Bijvoorbeeld als patiënten na een bezoek aan de internist zijn terug verwezen naar 1e lijn en later in het jaar weer terugkomen bij internist. Patiënten dienen maar 1 keer geteld te worden. In het geval van meerdere DOTs per patiënt wordt uitgegaan van het/de laatst afgesloten DOT.Alleen patiënten met een in het verslagjaar afgesloten DOT worden geïncludeerd, tenzij anders staat vermeld bij de indicator. | 1: Laboratorium jaarcontrole2: Bloeddruk gemeten3: Voetzorg |
| D2 | Datum DOT afsluiten | dd/mm/jjjj | DOTregistratie |  | 1: Laboratorium jaarcontrole2: Bloeddruk gemeten |
| D3 | HbA1c bepaling | HbA1c 74065 | Zorgverrichtingen | Indien meerdere metingen hebben plaatsgevonden, datum van laatste meting nemen voorafgaand aan datum sluiten DOT Zie verder noot \*\* | 1: Laboratorium jaarcontrole |
| D4  | Datum HbA1c | dd-mm-jjjj | Zorgverrichtingen | Hiervoor de datum van uitvoering D3 gebruiken | 1: Laboratorium jaarcontrole |
| D5 | Kreatinine bepaling | 70419 Kreatinine | Zorgverrichtingen | Indien meerdere metingen hebben plaatsgevonden, datum van laatste meting nemen voorafgaand aan datum sluiten DOT Zie verder noot \*\* | 1: Laboratorium jaarcontrole |
| D6 | Datum kreatinine | dd-mm-jjjj | Zorgverrichtingen | Hiervoor de datum van uitvoering D5 gebruiken | 1: Laboratorium jaarcontrole |
| D7 | Microalbumine bepaling | 71739 Micro-albumine (in urine) | Zorgverrichtingen | Indien meerdere metingen hebben plaatsgevonden, datum van laatste meting nemen voorafgaand aan datum sluiten DOT Zie verder noot \*\* | 1: Laboratorium jaarcontrole |
| D8 | Datum microalbumine | dd-mm-jjjj | Zorgverrichtingen | Hiervoor de datum van uitvoering D7 gebruiken | 1: Laboratorium jaarcontrole |
| D9 | Totaal cholesterol bepaling | 70425 Cholesterol, totaal | Zorgverrichtingen | Indien meerdere metingen hebben plaatsgevonden, datum van laatste meting nemen voorafgaand aan datum sluiten DOT. Zie verder noot \*\* | 1: Laboratorium jaarcontrole |
| D10 | Datum totaal cholesterol | dd-mm-jjjj | Zorgverrichtingen | Hiervoor wordt de datum van uitvoering D9 gebruikt | 1: Laboratorium jaarcontrole |
| D11 | HDL cholesterol bepaling | 74251 Cholesterol, HDL | Zorgverrichtingen | Indien meerdere metingen hebben plaatsgevonden, datum van laatste meting nemen voorafgaand aan datum sluiten DOT.Zie verder noot \*\* | 1: Laboratorium jaarcontrole |
| D12 | Datum HDL cholesterol | dd-mm-jjjj | Zorgverrichtingen | Hiervoor de datum van uitvoering D11 gebruiken | 1: Laboratorium jaarcontrole |
| D13 | Bloeddruk meting | 1= ja2= nee | Via (poli)klinische status of EPD | Zie verder noot \*\* | 2: Bloeddruk gemeten |
| D14 | Datum bloeddruk meting | dd-mm-jjjj | Via (poli)klinische status of EPD | Hiervoor de datum van uitvoering D13 gebruiken | 2: Bloeddruk gemeten |
| D15 | Voetonderzoek | 1= ja2= nee | Via (poli)klinische status of EPD | Geen verrichtingscode aanwezig. Alleen via EPD of ander systeem | 3: Voetzorg |
| D16 | Datum voetonderzoek | dd-mm-jjjj | Via (poli)klinische status of EPD | Geen verrichtingscode aanwezig. Alleen via EPD of ander systeem.Hiervoor de datum van uitvoering D15 gebruiken | 3: Voetzorg |

\*\* Bij bepaling of er labwaarden bekend zijn hoeft geen rekening te worden gehouden met de DOT codering. Het gaat om het vaststellen of er een labcodering beschikbaar is in de 365 dagen voor afsluiten DOT. Het maakt dan niet uit of de labwaarde door een ander specialisme is aangevraagd.

***Rekenregels voor te berekenen variabelen Diabetes Volwassenen***

| Variabele | Te berekenen gegevens | **Berekening** | **Formule** | **Validatie** **regels** | **Nodig voor indicator** | **Toelichting** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| D17 | HbA1c laatste 12 mnd  | Datum afsluiten DOT (\*) – datum HbA1c bepaling | D2-D4 | <12 mnd | 1a: Laboratorium jaarcontrole | Zie noot (\*) onderaan tabel |
| D18 | Kreatinine laatste 12 mnd  | Datum afsluiten DOT (\*) – datum kreatinine bepaling | D2-D6 | <12 mnd | 1b: Laboratorium jaarcontrole | Zie noot (\*) onderaan tabel |
| D19 | Microalbumine laatste 12 mnd | Datum afsluiten DOT (\*) – datum microalbumine | D2-D8 | <12 mnd | 1c: Laboratorium jaarcontrole | Zie noot (\*) onderaan tabel |
| D20 | Tot cholesterol laatste 12 mnd | Datum afsluiten DOT (\*) – datum tot cholesterol | D2-D10 | <12 mnd | 1d: Laboratorium jaarcontrole | Zie noot (\*) onderaan tabel |
| D21 | HDL-cholesterol laatste 12 mnd | Datum afsluiten DOT (\*) – datum HDL cholesterol | D2-D12 | <12 mnd | 1e: Laboratorium jaarcontrole | Zie noot (\*) onderaan tabel |
| D22 | Bloeddruk laatste 12 mnd | Datum afsluiten DOT (\*) – datum bloeddruk bepaling | D2-D14 | < 12 mnd | 2: Bloeddruk gemeten | Zie noot (\*) onderaan tabel |

\* Als er sprake is van meerdere afgesloten DOTs in een jaar, dan wordt uitgegaan van de laatst afgesloten DOT.

***Tabel 2: Variabelen uit verschillende bronnen in het ziekenhuis voor Diabetes Kinderen***

| **Varia-****bele** | **Naam** | **Vast te leggen waarde** | **Bron** | **Instructie** | **Benodigd** **voor indicator** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| D100 | Patiëntnummer |  | ZIS | Het patiëntnummer is het unieke element dat de basis vormt om koppelingen tussen registratiesystemen mogelijk te maken | 4. HbA1c5. Acute opnames |
| D101 | Diagnose diabetes mellitus | Bij het vaststellen van de populatie gaan het om de onderstaande DOT-codes binnen specialismecode 316 (Kindergeneeskunde):Zorgtype 21 vervolgDiagnoses 7113 Diabetes mellitus met chronische pomptherapie 7114 Diabetes mellitus overig  | DOTregistratie | Het is mogelijk dat meerdere DOTs bij 1 patiënt voorkomen. Patiënten dienen maar 1 keer geteld te worden. In het geval van meerdere DOTs per patiënt wordt uitgegaan van het/de laatst afgesloten DOT.Alleen patiënten met een in het verslagjaar afgesloten DOT worden geïncludeerd, tenzij anders staat vermeld bij de indicator. | 4. HbA1c5. Acute opnames |
| D102 | Geboortedatum | dd-mm-jjjj | Via (poli)klinische status of EPD |  | 4. HbA1c5. Acute opnames |
| D103 | HbA1c | mmol/mol | Via (poli)klinische status of EPD | Indien er meerdere metingen zijn in het verslagjaar, dan wordt uitgegaan van de laatste meting | 4. HbA1c |
| D104 | Acute opname | 1 = Ja2 = Nee | Via (poli)klinische status of EPD | Includeer patiënten, onder behandeling op de eigen ziekenhuislocatie, die één of meerdere keren zijn opgenomen vanwege diabetische keto-acidose (DKA) in het verslagjaar met alleen zorgtype 21.  | 5. Acute opnames |

***Rekenregels voor te berekenen variabelen Diabetes Kinderen***

| Variabele | Te berekenen gegevens | **Berekening** | **Formule1** | **Validatie-regels** | **Nodig voor indicator** | **Toelichting** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| D105 | Leeftijd ≤18jaar | Datum begin verslagjaar – geboortedatum | x-D102  | ≤18 | 4. HbA1c5. Acute opnames |  |
| D106 | Leeftijd >18 jaar | Datum begin verslagjaar – geboortedatum  | x-D102  | >18 | 4. HbA1c5. Acute opnames |  |
| D109 | HbA1c laag  | HbA1c < 58 mmol/mol | D106  | <53 | 5. HbA1c |  |
| D110 | HbA1c hoog | HbA1c > 86 mmol/mol | D106  | >86 | 5. HbA1c |  |

1 De 'x' staat voor datum begin verslagjaar, dus voor de uitvraag over 2017 is dit 1 januari 2017.

**Klantpreferentievragen**

|  |
| --- |
| **Volume (volwassenen)** |
| ***Vraag 6*** | **A.** Hoeveel internisten behandelen mensen met diabetes op de peildatum?1\**(invullen)*\_\_\_\_ internisten **B.** Hoeveel mensen met diabetes zijn op uw ziekenhuislocatie behandeld door internisten in het verslagjaar?\*\*2*(invullen)*\_\_\_\_mensen met diabetes**C.** Hoeveel internisten houden zich 20% of meer van hun werkzame tijd bezig met diabeteszorg\*\*1? *(invullen)*\_\_\_\_internisten**D.** Hoeveel fte diabetesverpleegkundigen/verpleegkundig specialisten op het gebied van diabetes werken er op uw locatie?\**(invullen)*\_\_\_\_fte |
| *Definities* | 1 Exclusief: coassistenten, ANIOS en AIOS.2 Inclusief: behandelingen door coassistenten, ANIOS en AIOS. *Selecteer alle patiënten met de DOT-codes:**Specialisme* *0313 inwendige geneeskunde**Zorgtype**11 reguliere zorg**13 intercollegiaal overleg**21 vervolg**Diagnoses* *221 DM zonder secundaire complicaties**222 DM met secundaire complicaties**223 DM chronische pomptherapie* *Behandelingen**1101 behandeling nno/niet verbijzonderd poliklinisch**1102 behandeling nno/niet verbijzonderd dagbehandeling**1103 behandeling nno/niet verbijzonderd klinisch**1104 behandeling nno/niet verbijzonderd enkelvoudig poliklinisch**Alle combinaties van de bovenstaande onderdelen zijn toegestaan. Als de patiënt meerdere diagnoses heeft, bijvoorbeeld 221 en 222, dan 1 keer tellen. Indien 2 DOTs met dezelfde diagnose, dan 1 keer tellen.* |
| *Technische haalbaarheid* | \* Peildatum: 1 maart 2018\*\* Verslagjaar: 1 januari 2017 t/m 31 december 2017 |

|  |
| --- |
| **Volume (kinderen en adolescenten)** |
| ***Vraag 7*** | **A.** Hoeveel kinderartsen participeren in het kinderdiabetesteam op uw ziekenhuislocatie op de peildatum?1, 4\* *(invullen)*\_\_\_\_ kinderartsen **B.** Hoeveel kinderen/adolescenten werden in het verslagjaar op uw ziekenhuislocatie behandeld door het kinderdiabetesteam?\*\*2, 3*(invullen)*\_\_\_\_kinderen/adolescenten**C.** Hoeveel fte kinderdiabetesverpleegkundigen/verpleegkundig specialisten op het gebied van diabetes werken er op uw locatie?\* 4*(invullen)*\_\_\_\_fte**D.** Is er een 24-uurs service5voor kinderen/adolescenten met diabetes op uw ziekenhuislocatie?\**(aanvinken, één antwoord mogelijk)*□ Ja□ Nee |
| *Definities* | 1 Exclusief: coassistenten, ANIOS en AIOS.2 Inclusief: behandelingen door coassistenten, ANIOS en AIOS. 3 Kinderdiabetesteam: team van zorgverleners dat kinderen, tieners en hun ouders/verzorgenden begeleidt bij de zorg rondom diabetes4 Werken op uw ziekenhuislocatie: het specialisme registreert haar DOT op uw ziekenhuislocatie5 24-uurs bereikbaarheid van de diabetesteamleden (diabetesverpleegkundige of arts). *Bij het vaststellen van de populatie gaan het om de onderstaande DOT-codes binnen specialismecode 316 (Kindergeneeskunde):**Zorgtype* *11 reguliere zorg**21 vervolg**Diagnoses* *7113 Diabetes mellitus met chronische pomptherapie* *7114 Diabetes mellitus overig* |
| *Technische haalbaarheid* | \* Peildatum: 1 maart 2018\*\* Verslagjaar: 1 januari 2017 t/m 31 december 2017 |

|  |
| --- |
| **Multidisciplinair team/MDO** |
| ***Vraag 8***  | **A.** Welke van onderstaande zorgprofessionals maken deel uit van het vaste multidisciplinaire team (voor de behandeling van volwassenen)?\**(aanvinken, per zorgprofessional één antwoord mogelijk)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Aanwezig****Zorgprofessional** | **Ja, vast** | **Ja, op afroep** | **Nee** |
| a. Diëtist | □ | □ | □ |
| b. Podotherapeut | □ | □ | □ |
| c. Psycholoog | □ | □ | □ |
| d. Maatschappelijk werker | □ | □ | □ |

**B.** Welke van onderstaande zorgprofessionals maken deel uit van het MDO kinderdiabetes?\**(aanvinken, per zorgprofessional één antwoord mogelijk)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Aanwezig****Zorgprofessional** | **Ja, vast** | **Ja, op afroep** | **Nee** |
| a. Diëtist | □ | □ | □ |
| b. Kinderpsycholoog/orthopedagoog | □ | □ | □ |
| c. Maatschappelijk werker | □ | □ | □ |
| d. Pedagogisch medewerker | □ | □ | □ |
| e. Kinderdiabetesverpleegkundige | □ | □ | □ |
| f. (kinder)verpleegkundig specialist | □ | □ | □ |

**C.** Welke van onderstaande zorgprofessionals maken deel uit van het multidisciplinaire voetenteam (voor de behandeling van volwassenen)?\**(aanvinken, per zorgprofessional één antwoord mogelijk)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Aanwezig****Zorgprofessional** | **Ja, vast** | **Ja, op afroep** | **Nee** |
| a. Vaatchirurg  | □ | □ | □ |
| b. Podotherapeut | □ | □ | □ |
| c. Orthopedisch schoenmaker | □ | □ | □ |
| d. Pedicure met aantekening diabetische voet | □ | □ | □ |
| e. Psycholoog | □ | □ | □ |
| f. Orthopedisch chirurg | □ | □ | □ |
| g. Revalidatiearts | □ | □ | □ |
| h. Gipsverbandmeester | □ | □ | □ |
| i. Wondverpleegkundige | □ | □ | □ |

 |
| *Definities* | Omdat er vanuit wordt gegaan dat de internist c.q. kinderarts en de diabetesverpleegkundige standaard in het multidisciplinaire team zitten, zijn deze niet in de bovenstaande vragen opgenomen.  |
| *Technische haalbaarheid* | \* Peildatum: 1 maart 2018 |

|  |
| --- |
| **Insulinepomptherapie**  |
| ***Vraag 9*** | **A.** Hoeveel soorten insulinepompen kunnen worden ingezet op uw ziekenhuislocatie bij volwassenen met diabetes?\**(aanvinken, één antwoord mogelijk)*□ 0□ 1□ 2□ 3□ >3**B**. Hoeveel soorten insulinepompen kunnen worden ingezet op uw ziekenhuislocatie bij kinderen/adolescenten met diabetes?\* *(aanvinken, één antwoord mogelijk)*□ 0□ 1□ 2□ 3□ >3**C.** Hoeveel mensen met diabetes mellitus, die onder behandeling zijn van de internist, krijgen insulinepomptherapie1, 2?\*\**(invullen)*\_\_\_\_mensen met diabetes**D.** Hoeveel mensen met diabetes mellitus, die onder behandeling zijn van de internist, zijn in verslagjaar 2017 gestart met insulinepomptherapie1, 2?\*\**(invullen)*\_\_\_\_mensen met diabetes**E.** Hoeveel kinderen/adolescenten met diabetes mellitus, die onder behandeling zijn van de kinderarts, krijgen insulinepomptherapie1, 3?\*\**(invullen)*\_\_\_\_kinderen/adolescenten  |
| *Definities* | 1 Een insulinepomp is een klein, draagbaar apparaatje dat 24 uur per dag snelwerkende insuline subcutaan toedient. De pomp geeft de insuline af via een dun slangetje en een canule (samen "infusieset" genoemd), die vlak onder de huid in buik, dij of bil is ingebracht. De gebruiker kan de af te geven hoeveelheid insuline aanpassen. NB: Real Time Glucose Monitoring valt hier niet onder.2 Om te bepalen hoeveel volwassenen insulinepomptherapie krijgen, gelden de onderstaande DOT-codes binnen specialismecode 313 (Interne geneeskunde):Zorgtype 11 reguliere zorg21 vervolgDiagnoses 223 DM chronische pomptherapie NB: Er dient een uitdraai gemaakt te worden van alle patiënten die op 31 december in het verslagjaar een bovenstaande DOT hebben. Van deze patiënten wordt gekeken of zij op 1 januari van het verslagjaar ook al in behandeling waren. Het gaat hier alleen om mensen die poliklinisch worden begeleid. 3 Om te bepalen hoeveel kinderen/adolescenten insulinepomptherapie krijgen, gelden de onderstaande DOT-codes binnen specialismecode 316 (Kindergeneeskunde):Zorgtype 11 reguliere zorg21 vervolgDiagnoses 7113 Diabetes mellitus met chronische pomptherapieNB: Er dient een uitdraai gemaakt te worden van alle kinderen/adolescenten die op 31 december in het verslagjaar een bovenstaande DOT hebben. Van deze kinderen/adolescenten wordt gekeken of zij op 1 januari van het verslagjaar ook al in behandeling waren. Het gaat hier alleen om kinderen/adolescenten die poliklinisch worden begeleid.  |
| *Uitleg* | Een groot aantal partijen heeft de afgelopen jaren gewerkt aan kwaliteitscriteria voor optimale en doelmatige inzet van insulinepomptherapie en hulpmiddelen. Op dit moment worden de kwaliteitscriteria geïmplementeerd. Voor mensen met diabetes mellitus is het belangrijk dat de geboden kwaliteit bij insulinepomptherapie inzichtelijk is. Deze indicator laat zien welk deel van de mensen met diabetes insulinepomptherapie krijgt en of daar in het verslagjaar mee gestart is. De indicator moet nadrukkelijk worden gezien in samenhang met andere vragen, zoals de 24-uurs bereikbaarheid van een diabetesteam. Ook bij deze indicator gaat het om die mensen met diabetes, die poliklinisch worden begeleid door de internist |
| *Technische haalbaarheid* | \* Peildatum: 1 maart 2018\*\* Verslagjaar: 1 januari 2017 t/m 31 december 2017 |

|  |
| --- |
| **Bevorderen zelfmanagement**  |
| ***Vraag 10*** | **A.** Biedt uw ziekenhuislocatie Real Time Continue Glucose Monitoring voor mensen met diabetes die onder behandeling zijn van de internist?\*1*(aanvinken, één antwoord mogelijk)*□ Ja□ Nee**B.** Biedt uw ziekenhuislocatie Real Time Continue Glucose Monitoring voor kinderen/adolescenten met diabetes die onder behandeling zijn van de kinderarts?\**(aanvinken, één antwoord mogelijk)*□ Ja□ Nee**C.** Welke faciliteiten biedt uw ziekenhuislocatie nog meer aan voor mensen met diabetes onder behandeling bij de internist?\* *(aanvinken, meerdere antwoorden mogelijk)*□ E-consult2 □ Digitaal spreekuur3 □ Avondspreekuur op de polikliniek □ Gezamenlijke medische afspraak (GMA)4 □ Multidisciplinaire afspraak5 □ Patiënten portaal6 □ 24-uurs service7 □ Geen van de bovenstaande faciliteiten **D.** Welke faciliteiten biedt uw ziekenhuislocatie nog meer aan voor kinderen met diabetes onder behandeling bij de kinderarts?\* *(aanvinken, meerdere antwoorden mogelijk)*□ E-consult2 □ Digitaal spreekuur3 □ Avondspreekuur op de polikliniek □ Gezamenlijke medische afspraak (GMA)4 □ Multidisciplinaire afspraak5 □ Patiënten portaal6 □ Geen van de bovenstaande faciliteiten   |
| *Definities* | 1 Ingezet volgens de landelijke indicatiestelling met voorwaarden gesteld aan goed gebruik (behandelplan)2 Patiënt kan in een beveiligde omgeving vragen stellen aan de arts en heeft binnen 2 werkdagen antwoord op gestelde vragen.3 Online een consult op een gezette tijd.4 Consult met meerdere patiënten tegelijk (CBO methodiek).5 Spreekuur waarop de patiënt de internist of kinderarts en andere zorgverlener tegelijkertijd ziet.6 Een patiëntenportaal biedt de patiënt (en de zorgverlener) een betrouwbare en beveiligde toegang tot het krijgen (en voor de zorgverlener het leveren) van digitale zorgdiensten. De diensten kunnen bestaan uit een combinatie van de volgende toepassingen: toegang voor de patiënt tot zijn of haar medische informatie en uitslagen, e-consult of digitaal spreekuur, het maken van een afspraak, verkrijgen van informatie, toegang tot (online) cursussen of training, informatie over de zorgverleners, etc.7  24-uurs bereikbaarheid van de diabetesteamleden (diabetesverpleegkundige of arts).  |
| *Technische haalbaarheid* | \* Peildatum: 1 maart 2018 |

|  |
| --- |
| **Psychosociale ondersteuning** |
| ***Vraag 11*** | **A.** Heeft het diabetesteam beleid opgesteld wanneer en door wie mensen met DM actief gescreend worden op het hebben van depressieve stoornissen?\**(aanvinken, één antwoord mogelijk)*□ Ja□ Nee**B.** Heeft het diabetesteam beleid opgesteld over vervolgstappen na vaststelling van een depressieve stoornis/manifeste depressie?\**(aanvinken, één antwoord mogelijk)*□ Ja□ Nee**C.** Biedt uw ziekenhuislocatie kwaliteit van leven screening bij kinderen/adolescenten met diabetes?1\**(aanvinken, één antwoord mogelijk)*□ Ja□ Nee |
| *Definities* | 1 Voor kinderen wordt er gescreend op kwaliteit van leven middels de myQ |
| *Technische haalbaarheid* | \* Peildatum: 1 maart 2018 |

**Bijlage I. Wijzigingstabel Diabetes**

|  |
| --- |
| **Zorginhoudelijke indicatoren** |
| Algemeen | - De invulinstructies zijn gewijzigd. Er wordt niet standaard uitgegaan van in het verslagjaar afgesloten DOT’s, maar soms ook van aantallen mensen die in het verslagjaar behandeld worden voor diabetes.- In de hele set wordt gesproken van ‘mensen met diabetes’ in plaats van ‘patiënten met diabetes’- De klantpreferenties zijn doorgenummerd na de zorginhoudelijke indicatoren- In de variabelentabel zijn bij D101 de coderingen aangescherpt en consistent gemaakt met de tekst in de inleiding (7113 Diabetes mellitus met chronische pomptherapie en 7114 Diabetes mellitus overig) |
| Voetzorg (volwassenen) | - Bij de in- en exclusiecriteria aangescherpt dat het bij deze indicator gaat om mensen met DM, die poliklinisch onder behandeling zijn van de internist.- Rekenregels zijn aangescherpt |
| HbA1c (kinderen en adolescenten) | Zorgtype 11 wordt uitgesloten |
| Acute opnames (kinderen en adolescenten) | Ernstige hypoglycemie uit de definitie verwijderd |
| Volume (kinderen en adolescenten) | Verplaatst naar klantpreferenties en gekoppeld aan 24 uurs service en aantal fte kinderdiabetesverpleegkundige |
| **Klantpreferentievragen** |
| Multidisciplinair team | - De antwoordmogelijkheid ‘anders, namelijk..’ is verwijderd bij a, b en c- Bij b wordt gevraagd naar MDO kinderdiabetes in plaats van multidisciplinair kinderdiabetesteam- Bij c zijn de antwoordmogelijkheden revalidatiearts, gipsverbandmeester en wondverpleegkundige toegevoegd- De definities zijn aangescherpt |
| Insulinepomptherapie | - De vraag over het aantal soorten insulinepompen is verplaatst en uitgesplitst voor kinderen en volwassenen. De antwoordmogelijkheden bij c zijn gewijzigd naar 0, 1, 2, 3, >3- Vragen over aantal mensen met insulinepomptherapie zijn nieuw toegevoegd (c, d, e) |
| Bevorderen zelfmanagement | - De vraag over Real Time Glucose Monitoring is uitgesplitst voor kinderen en volwassenen - Bij c en d is de antwoordoptie ‘geen van de bovenstaande faciliteiten’ toegevoegd |
| Psychosociale ondersteuning | Vraag c over kwaliteit van leven screening bij kinderen/adolescenten is toegevoegd |

*Indicatoren die niet in de tabel voorkomen zijn ongewijzigd*

**Bijlage II: Samenvattingskaart kernset Diabetes Mellitus**

De e-Diabetes kernset beschrijft een minimale set aan parameters die ten behoeve van de zorgverlening aan mensen met diabetes type 2 door zorgverleners digitaal geregistreerd moeten worden\*. Deze gegevens worden door zorgverleners en zorgvragers gebruikt ten behoeve van het primaire zorgproces; in de onderlinge communicatie en dienen voor een groot deel ook als basis voor de berekening van indicatoren. Het doel van dit document is om alle parameters op een uniforme wijze te beschrijven zodat voor alle betrokkenen ondubbelzinnig vastligt wat met een bepaald gegeven bedoeld wordt. Op deze manier wordt eenheid van begrip gecreëerd tussen de zorgverleners onderling.

Naast eenheid van begrip tussen zorgverleners vormt het ook een eenduidige definitie van parameters die gebruikt worden in de berekening van indicatoren. Daarmee wordt geborgd dat indicatoren van dezelfde gegevens afgeleid worden en op die manier ook eenduidig te interpreteren zijn.

Uiteraard zal bij het opbouwen van een landelijk register sprake zijn van het borgen van privacy en het beschermd uitlezen, transporteren en opslaan van data. Met name de identificatiegegevens zullen daarbij uitgebreid aandacht moeten krijgen. Onder andere door inzet van MDRM wordt geborgd, dat deze aspecten alle aandacht krijgen

Deze samenvatting en een uitgebreide beschrijving van de e-Diabetes kernset zijn te downloaden op [www.zorgstandaarddiabetes.nl](http://www.zorgstandaarddiabetes.nl) .

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Omschrijving** | **Code** | **Afkorting** | **Registratiefrequentie** |
|  | **Patiëntgegevens** |  |  |  |
|  | *BSN* |  |  | *eenmalig* |
|  | *Voorna(a)m(en)* |  |  | *eenmalig + wijzigingen* |
|  | *Roepnaam* |  |  | *eenmalig + wijzigingen* |
|  | *Geslachtsnaam* |  |  | *eenmalig + wijzigingen* |
|  | *Voorvoegsel geslachtsnaam* |  |  | *eenmalig + wijzigingen* |
|  | *Geboortedatum* |  |  | *eenmalig + wijzigingen* |
|  | *Geslacht* |  |  | *eenmalig + wijzigingen* |
|  | *Adres* |  |  | *eenmalig + wijzigingen* |
|  | *Postcode* |  |  | *eenmalig + wijzigingen* |
|  | *Woonplaats* |  |  | *eenmalig + wijzigingen* |
|  | *Vast telefoonnummer* |  |  | *eenmalig + wijzigingen* |
|  | *Mobielnummer* |  |  | *eenmalig + wijzigingen* |
|  | **Gegevens hoofdbehandelaar** |  |  |  |
|  | Hoofdbehandelaar diabetes |  |  | eenmalig + wijzigingen |
|  | **Lichamelijk onderzoek** |  |  |  |
|  | Lengte patiënt |  |  | eenmalig + wijzigingen |
|  | Gewicht patiënt |  |  | jaarlijks |
|  | BMI (Quetelet-index) patiënt |  |  | jaarlijks |
|  | Systolische/diastolische bloeddruk(1 van onderstaande 3 methoden) |  |  |  |
|  | systolische bloeddruk |  |  |  |
|  | diastolische bloeddruk |  |  |  |
|  | systolische bloeddruk (thuismeting) |  |  |  |
|  | diastolische bloeddruk (thuismeting) |  |  |  |
|  | systolische bloeddruk (gem. 24 uurs meting) |  |  |  |
|  | diastolische bloeddruk (gem. 24 uurs meting) |  |  |  |
|  | **Laboratorium** |  |  |  |
|  | HbA1c (glycohemoglobine) IFCC |  |  | jaarlijks |
|  | Cholesterol totaal |  |  | jaarlijks |
|  | HDL-cholesterol |  |  | jaarlijks |
|  | LDL-cholesterol |  |  | jaarlijks |
|  | Cholesterol/HDL-cholesterol ratio |  |  | jaarlijks |
|  | Triglyceriden |  |  | jaarlijks |
|  | Kreatinine |  |  | jaarlijks |
|  | (micro-) Albumine urine of (micro-) albumine/kreatinineratio |  |  | jaarlijks |
|  | Nierfunctie (1 van onderstaande 3 methoden) |  |  | jaarlijks |
|  | MDRD (eGFR) |  |  | voorkeursmethode |
|  | Cockcroft-Gault |  |  |  |
|  | Kreatinineklaring |  |  |  |
|  | **Voetonderzoek** |  |  |  |
|  | Inspectie linkervoet (diabetes) |  |  | jaarlijks |
|  | Inspectie rechtervoet (diabetes) |  |  | jaarlijks |
|  | Doorbloeding linkervoet |  |  | jaarlijks |
|  | Doorbloeding rechtervoet |  |  | jaarlijks |
|  | Monofilamentenonderzoek linkervoet |  |  | jaarlijks |
|  | Monofilamentenonderzoek rechtervoet |  |  | jaarlijks |
|  | Risico voetulcera (SIMM's) |  |  | jaarlijks |
|  | **Oogonderzoek** |  |  |  |
|  | Fundoscopie |  |  | tweejaarlijks (jaarlijks bij gevonden afwijkingen) |
|  | Datum fundusfoto |  |  | jaarlijks |
|  | Diabetische retinopathie linkeroog |  |  | tweejaarlijks (jaarlijks bij gevonden afwijkingen) |
|  | Diabetische retinopathie rechteroog |  |  | tweejaarlijks (jaarlijks bij gevonden afwijkingen) |
|  | **Leefstijl en risicofactoren** |  |  |  |
|  | Roken |  |  | jaarlijks, bij rokers |
|  | Advies stoppen met roken gegeven |  |  | jaarlijks, bij rokers |
|  | Alcoholgebruik (1 van onderstaande 2 methoden) |  |  | jaarlijks  |
|  | alcoholgebruik |  |  |  |
|  | Five Shot vragenlijst |  |  |  |
|  | Voedingspatroon (1 van onderstaande 3 methoden) |  |  | jaarlijks |
|  | bijzonderheden voedingspatroon |  |  |  |
|  | opmerkingen bijzonderheden voedingspatroon |  |  |  |
|  | voedingsgewoonten besproken (diabetes) |  |  |  |
|  | Advies gezonde voeding gegeven |  |  | eenmalig vastleggen, op indicatie |
|  | Lichaamsbeweging |  |  | eenmalig vastleggen, bij inactiviteit en te weinig activiteit aanpassen |
|  | Advies lichaamsbeweging gegeven |  |  | eenmalig vastleggen, bij inactiviteit en te weinig activiteit aanpassen |
|  | Therapietrouw medicatie (preventie HVZ) |  |  | jaarlijks |
|  | **Relevante aandoeningen** |  |  |  |
|  | Diabetische retinopathie |  |  | registreren indien van toepassing, aanwezig |
|  | Angina pectoris |  |  | registreren indien van toepassing, aanwezig |
|  | Acuut myocardinfarct |  |  | registreren indien van toepassing, aanwezig |
|  | Andere / chronische ischemische hartziekte |  |  | registreren indien van toepassing, aanwezig |
|  | Hypertensie zonder orgaanschade |  |  | registreren indien van toepassing, aanwezig |
|  | Hypertensie met orgaanschade |  |  | registreren indien van toepassing, aanwezig |
|  | Passagère cerebrale ischemie/TIA |  |  | registreren indien van toepassing, aanwezig |
|  | CVA |  |  | registreren indien van toepassing, aanwezig |
|  | Cerebraal infarct |  |  | registreren indien van toepassing, aanwezig |
|  | Claudicatio intermittens |  |  | registreren indien van toepassing, aanwezig |
|  | Aneurysma aortae |  |  | registreren indien van toepassing, aanwezig |
|  | Diabetische neuropathie |  |  | registreren indien van toepassing, aanwezig |
|  | Down / depressief |  |  | registreren indien van toepassing, aanwezig |
|  | Depressie |  |  | registreren indien van toepassing, aanwezig |
|  | Diabetes mellitus type 1 |  |  | registreren indien van toepassing, aanwezig |
|  | Diabetes mellitus type 2 |  |  | registreren indien van toepassing, aanwezig |
|  | Nierfunctiestoornis/nierinsufficiëntie |  |  | registreren indien van toepassing, aanwezig |
|  | Albuminurie/proteinurie |  |  | registreren indien van toepassing, aanwezig |
|  | **Medicatie**  |  |  |  |
|  | Diabetesmiddelen |  |  | registreren indien van toepassing, aanwezig |
|  | Antihypertensiva |  |  | registreren indien van toepassing, aanwezig |
|  | Diuretica |  |  | registreren indien van toepassing, aanwezig |
|  | Beta-blokkers |  |  | registreren indien van toepassing, aanwezig |
|  | Calciumantagonisten |  |  | registreren indien van toepassing, aanwezig |
|  | Middelen aangr. op renine-angiotensinesysteem |  |  | registreren indien van toepassing, aanwezig |
|  | Antilipaemica |  |  | registreren indien van toepassing, aanwezig |
|  | Influenza vaccinatie (ATC) |  |  | registreren indien van toepassing, aanwezig |