

Indicatorenset Diabetes

Uitvraag ziekenhuizen/ZBC's over verslagjaar 2018

Versie: oktober 2017, definitief

Colofon

Internet:

- OmniQ (portaal van DHD) voor aanlevering kwaliteitsgegevens verslagjaar 2018 (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
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra: 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 2019 over verslagjaar 2018 wettelijk verplicht is.

Inhoudsopgave

| | | |
|-----------------|---|-----------|
| | Samenvatting indicatoren Diabetes | 4 |
| | Zorginhoudelijke indicatoren Diabetes | |
| | 1. Algemene informatie | 7 |
| | 2. Zorginhoudelijke indicatoren Diabetes | 9 |
| | Klantpreferentievragen | 27 |
| Bijlagen | I. Wijzigingstabel | 34 |
| | II. Samenvattingskaart kernset Diabetes Mellitus | 35 |
| | III. Begeleidend schrijven ten behoeve van autorisatie en vaststelling van indicatorenset Diabetes, verslagjaar 2018 | 37 |

Overzicht Indicatoren Diabetes over verslagjaar 2018

| Zorginhoudelijke indicatoren | | | |
|------------------------------|--|--|---|
| 1 | Laboratorium controle (volwassenen) | 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* (Zie ook begeleidend schrijven in bijlage) |
| 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 mensen >18 jaar onder behandeling van de kinderarts) | 4a: Percentage <u>kinderen met diabetes ≤18 jaar</u> onder behandeling op de ziekenhuislocatie met een laatst gemeten HbA1c <58 mmol/mol. 4b: Percentage <u>mensen met diabetes > 18 jaar</u> onder behandeling van de kinderarts op de ziekenhuislocatie met een laatst gemeten HbA1c <58 mmol/mol. 4c: Percentage <u>kinderen met diabetes ≤18 jaar</u> onder behandeling op de ziekenhuislocatie met een laatst gemeten HbA1c >86 mmol/mol. 4d: Percentage <u>mensen met diabetes > 18 jaar</u> onder behandeling van de kinderarts op de ziekenhuislocatie met een laatst gemeten HbA1c >86 mmol/mol. | Verplicht transparant** |
| 5 | Acute opnames (kinderen en mensen >18 jaar onder behandeling van de kinderarts) | 5a: Aantal diabetesgerelateerde 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 verslagjaar. 5c: Aantal mensen >18 jaar, onder behandeling van de kinderarts op de eigen ziekenhuislocatie, dat één of meerdere diabetesgerelateerde acute opnames had in het verslagjaar. | Verplicht transparant** |
| 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 minimaal één dag per week bezig met patiëntgebonden diabeteszorg? D. Hoeveel fte diabetesverpleegkundigen/verpleegkundig specialisten op het gebied van diabetes werken er op uw locatie? | Verplicht transparant** |
| 7 | Volume (kinderen en mensen >18 jaar onder behandeling van de kinderarts) | A. Hoeveel kinderartsen participeren in het kinderdiabetesteam op uw ziekenhuislocatie op de peildatum? B. Hoeveel kinderen en /mensen > 18 jaar onder behandeling van de kinderarts werden in het verslagjaar op uw ziekenhuislocatie behandeld door het kinderdiabetesteam? | Verplicht transparant** |

| | | | |
|-----------|------------------------------------|--|-------------------------|
| | | <p>C. Hoeveel fte kinderdiabetesverpleegkundigen/verpleegkundig specialisten op het gebied van diabetes werken er op uw locatie?</p> <p>D. Is er een directe 24-uurs service van het kinderdiabetesteam voor kinderen en mensen > 18 jaar onder behandeling van de kinderarts met diabetes op uw ziekenhuislocatie?</p> | |
| 8 | Multidisciplinair team/MDO | <p>A. Welke van onderstaande zorgprofessionals zijn lid van het multidisciplinaire team (voor de behandeling van volwassenen)?</p> <p>B. Welke van onderstaande zorgprofessionals zijn structureel aanwezig bij het MDO kinderdiabetes</p> <p>C. Welke van onderstaande zorgprofessionals zijn lid van het multidisciplinaire voetenteam (voor de behandeling van volwassenen)?</p> | Verplicht transparant** |
| 9 | Insulinepomptherapie | <p>A. Hoeveel merken insulinepompen kunnen worden ingezet op uw ziekenhuislocatie bij volwassenen met diabetes?</p> <p>B. Hoeveel merken insulinepompen kunnen worden ingezet op uw ziekenhuislocatie bij kinderen en mensen > 18 jaar onder behandeling van de kinderarts met diabetes?</p> <p>C. Hoeveel mensen met diabetes mellitus, die onder behandeling zijn van de internist, krijgen insulinepomptherapie?</p> <p>D. Hoeveel mensen met diabetes mellitus, die onder behandeling zijn van de internist, zijn in verslagjaar 2018 gestart met insulinepomptherapie?</p> <p>E. Hoeveel kinderen en mensen > 18 jaar onder behandeling van de kinderarts met diabetes mellitus, krijgen insulinepomptherapie?</p> | Verplicht transparant** |
| 10 | Bevorderen zelfmanagement | <p>A. Hoeveel mensen met diabetes, die onder behandeling zijn van de internist, maken gebruik van Real Time Continue Glucose Monitoring RTCGM?</p> <p>B. Voldoet u aan de ervaringsnorm voor het behandelen van kinderen met diabetes met Real Time Glucose Monitoring? De norm is gesteld op een minimum van 10 kinderen per ziekenhuis (zie: Indicatiecriteria voor vergoeding van RT-CGM, NDF).</p> <p>C. Welke faciliteiten biedt uw ziekenhuislocatie nog meer aan voor mensen met diabetes onder behandeling bij de internist?</p> <p>D. Welke faciliteiten biedt uw ziekenhuislocatie nog meer aan voor kinderen en mensen > 18 jaar met diabetes onder behandeling bij de kinderarts?</p> | Verplicht transparant** |
| 11 | Psychosociale ondersteuning | <p>A. Heeft het diabetesteam beleid opgesteld wanneer en door wie mensen met diabetes mellitus actief gescreend worden op het hebben van depressieve stoornissen?</p> <p>B. Heeft het diabetesteam beleid opgesteld over vervolgstappen na vaststelling van een depressieve stoornis/manifeste depressie?</p> <p>C. Biedt uw ziekenhuislocatie kwaliteit van leven screening bij kinderen en mensen > 18 jaar onder behandeling van de kinderarts met diabetes?</p> | 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 indicatorenengids:

| | |
|---------------------|--|
| DVN: | Mw. E. Barents, beleidsadviseur |
| | Mw. D. Coffie, beleidsadviseur |
| FMS: | Mw. I. Maas, beleidsadviseur |
| NVK: | Mw. P. Stouthart, kinderarts |
| | Mw. J. Schermer, kinderarts |
| NIV: | Dhr. T. van Bommel, internist |
| | Mw. T. Brouwer, internist |
| | Dhr. H. de Valk, internist |
| | Dhr. H.J.G. Bilo, internist |
| NFU: | Mw. M. Havinga, projectmedewerker inhoudelijke zaken |
| | Dhr. A. Schuurmans, adviseur |
| Patiëntenfederatie: | Mw. M. ten Horn, beleidsmedewerker |
| | Mw. A. ten Brinke, beleidsmedewerker |
| NVZ: | Mw. M. Terlingen, beleidsadviseur Kwaliteit & Organisatie |
| ZN: | Mevr. L. Vunderink, 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 indicatorenengids, 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 | 21 vervolg |
| Diagnoses | 221 DM znd secundaire complicaties |
| | 222 DM met secundaire complicaties |
| | 223 DM chronische pomptherapie |

- 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.
 - 'Lege DBC's' moeten niet meegeteld worden. Er moet een (al dan niet declarabele) verrichting zijn geweest binnen de DBC om de patiënt mee te mogen tellen voor de betreffende indicator.

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 2018 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 <u>HbA1c waarde</u> 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 <u>kreatinine</u> 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 <u>microalbumine</u> 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 <u>cholesterol</u> 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 <u>HDL-cholesterol</u> is gemeten in 365 dagen voorafgaand aan het afsluiten van DOT. |
| Noemer 1e | Aantal mensen met diabetes mellitus onder behandeling van internist. |
| Definitie (s) | <i>Diabetes Mellitus:</i> 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). |
| In/ exclusiecriteria | Inclusie: volwassenen met diabetes met zorgtype 21 (deze vallen automatisch onder DOT van de internisten; kinderen hebben een aparte DOT) Exclusie: volwassenen met diabetes met zorgtype 11 |
| 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 | 01-01-2018 tot en met 31-12-2018 |
| 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 <i>Alle noemers van 1a t/m 1^e en 2 zijn hetzelfde</i> | # 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 <i>Alle noemers van 1a t/m 1^e en 2 zijn hetzelfde</i> | # 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 <i>Alle noemers van 1a t/m 1^e en 2 zijn hetzelfde</i> | # 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 <i>Alle noemers van 1a t/m 1^e en 2 zijn hetzelfde</i> | # 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 | # mensen waarvoor D1 geldt |
| <i>Alle noemers van 1a t/m 1^e en 2 zijn hetzelfde</i> | | |

| 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 | <i>Diabetes Mellitus:</i> 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). |
| In/ exclusiecriteria | Inclusie: volwassenen met diabetes met zorgtype 21 (deze vallen automatisch onder DOT van de internisten; kinderen hebben een aparte DOT) Exclusie: volwassenen met diabetes met zorgtype 11 |
| Bron teller | Poli(klinische) status, EPD |
| Bron noemer | DOT-registratie, Ziekenhuisregistratie |
| Meetfrequentie | 1x per verslagjaar |
| Verslagjaar | 01-01-2018 tot en met 31-12-2018 |
| 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 <i>Alle noemers van 1a t/m 1^e en 2 zijn hetzelfde</i> | # 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. NB: het voetonderzoek kan worden uitgevoerd door een zorgprofessional (bijvoorbeeld een diabetesverpleegkundige) en hoeft niet door een internist te zijn gedaan. |
| 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 | <i>Diabetes Mellitus:</i> 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). <i>Voetonderzoek:</i> Onderzoek op standsafwijkingen, inspectie schoeisel, onderzoek op aanwezigheid van neuropathie en ischemie. NB: het voetonderzoek hoeft niet door een internist te zijn gedaan. Het kan ook zijn uitgevoerd door een andere zorgprofessional (bijvoorbeeld een diabetesverpleegkundige). |
| In/ exclusiecriteria | Inclusie : volwassen mensen met diabetes, die poliklinisch onder behandeling zijn bij de internist in het hele verslagjaar. Het gaat om mensen met zorgtype 21 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.). 'Lege DBC's' worden niet meegenomen. Mensen met een nieuwe DOT (zorgtype 11) worden geëxcludeerd. |
| Bron teller | EPD |
| Bron noemer | DOT-registratie, Ziekenhuisregistratie |
| Meetfrequentie | 1x per verslagjaar |
| Verslagjaar | 01-01-2018 tot en met 31-12-2018 |
| Rapportagefrequentie | 1x per verslagjaar |
| Type indicator | Procesindicator |
| Meetniveau | Patiëntniveau; rapportage op ziekenhuisniveau |

Rekenregels

| Indicator 3 | Voetzorg (volwassenen) | formule |
|---------------|---|--|
| Teller | Bepaal hoeveel mensen met diabetes mellitus, die op 31 december van het verslagjaar onder behandeling waren bij de internist (21 gecombineerd met 221 222, of 223) een voetonderzoek hebben gehad in het verslagjaar. | # mensen noemer waarvoor geldt D15 = ja en waarvoor geldt |

| | | |
|---------------|---|---|
| Noemer | Totaal aantal mensen met diabetes mellitus, die op 31 december van het verslagjaar onder behandeling waren bij de internist (21 gecombineerd met 221 222, of 223) (NB: het gaat hierbij alleen om de mensen met DM die poliklinisch begeleid worden. 'Lege DBC's' moeten niet meegeteld worden). | D16 = in het verslagjaar # mensen waarvoor D1 geldt |
|---------------|---|---|

4. HbA1c (kinderen en mensen > 18 jaar onder behandeling van de kinderarts)

| | |
|------------------------------|--|
| 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 <u>kinderen met diabetes ≤18 jaar</u> 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 <u>mensen met diabetes > 18 jaar</u> onder behandeling van de kinderarts op de ziekenhuislocatie met een laatst gemeten HbA1c <58 mmol/mol |
| Teller 4b | Aantal mensen met diabetes >18 jaar onder behandeling van de kinderarts op de ziekenhuislocatie met een laatst gemeten HbA1c <58 mmol/mol |
| Noemer 4b | Aantal mensen met diabetes > 18 jaar onder behandeling van de kinderarts |
| HbA1c >86 mmol/mol | |
| Operationalisatie 4c | Percentage <u>kinderen met diabetes ≤18jaar</u> 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 <u>mensen met diabetes > 18 jaar</u> onder behandeling van de kinderarts op de ziekenhuislocatie met een laatst gemeten HbA1c >86 mmol/mol |
| Teller 4d | Aantal mensen met diabetes >18 jaar onder behandeling van de kinderarts op de ziekenhuislocatie met een HbA1c >86 mmol/mol |
| Noemer 4d | Aantal mensen met diabetes > 18 jaar onder behandeling van de kinderarts |
| 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 mensen met diabetes > 18 jaar met zorgtype 21 (deze vallen automatisch onder DOT van de kinderartsen; volwassenen hebben een aparte DOT). Exclusie: kinderen en mensen met diabetes > 18 jaar met een nieuwe DOT (zorgtype 11) |
| Bron | DOT-registratie en verrichtingenregistratie, ziekenhuisregistratie |
| Meetfrequentie | Continu |
| Verslagjaar | 01-01-2018 tot en met 31-12-2018 |
| 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 mensen >18 jaar onder behandeling van de kinderarts die is verzameld voor de noemer en bij wie de laatst gemeten HbA1c <58 mmol/mol is | # mensen noemer waarvoor D103 geldt en waarvoor geldt D109=ja |
| Noemer | Selecteer alle mensen met diabetes >18 jaar onder behandeling van de kinderarts (excludeer de mensen met een nieuwe DOT – zorgtype 11) | # mensen 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 mensen >18 jaar onder behandeling van de kinderarts die is verzameld voor de noemer en bij wie de laatst gemeten HbA1c >86 mmol/mol is | # mensen noemer waarvoor D103 geldt en waarvoor geldt D110=ja |
| Noemer | Selecteer alle mensen met diabetes >18 jaar onder behandeling van de kinderarts (excludeer de mensen met een nieuwe DOT – zorgtype 11) | # mensen 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
- ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2014. Psychological care of children and adolescents with diabetes.

| 5. Acute opnames (kinderen en mensen > 18 jaar onder behandeling van de kinderarts) | |
|--|--|
| 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 diabetesgerelateerde 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 mensen >18 jaar, onder behandeling van de kinderarts 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 mensen met zorgtype 21 Exclusie: mensen met zorgtype 11 |
| Bron | Ziekenhuisregistratie |
| Meetfrequentie | Continu |
| Verslagjaar | 01-01-2018 tot en met 31-12-2018 |
| Rapportagefrequentie | 1x per verslagjaar |
| Type indicator | Uitkomst |
| Meetniveau | Patiëntniveau |
| Kwaliteitsdomein | Effectiviteit, veiligheid |

Rekenregels

| Indicator 5a | Acute opnames | Formule |
|---|---------------|---|
| Selecteer alle kinderen, onder behandeling <u>op de eigen ziekenhuislocatie</u> , 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, <u>onder behandeling op de eigen ziekenhuislocatie</u> , 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 mensen >18 jaar, <u>onder behandeling van de kinderarts op de eigen ziekenhuislocatie</u> , die één of meerdere diabetesgerelateerde acute opnames had in het verslagjaar | | # mensen 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
- 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: $\text{peildatum} - \text{geboortedatum} = \text{leeftijd}$.

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 jaarcontrole 2: Bloeddruk gemeten 3: Voetzorg |
| D1 | Diagnose diabetes mellitus | Bij het vaststellen van de populatie gaan het om de onderstaande DOT- codes binnen specialismecode 313 (Interne geneeskunde) Zorgtype 21 vervolg Diagnoses 221 DM znd secundaire complicaties 222 DM met secundaire complicaties 223 DM chronische pomptherapie | DOT Registratie | Het is mogelijk dat meerdere DOTs bij 1 patiënt voorkomen. Bijvoorbeeld als patiënten na een bezoek aan de internist zijn terug verwezen naar 1 ^e 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. 'Lege DBC's' worden niet meegeteld. Alleen patiënten met een in het verslagjaar afgesloten DOT worden geïnccludeerd, tenzij anders staat vermeld bij de indicator. | 1: Laboratorium jaarcontrole 2: Bloeddruk gemeten 3: Voetzorg |
| D2 | Datum DOT afsluiten | dd/mm/jjjj | DOT registratie | | 1: Laboratorium jaarcontrole 2: Bloeddruk gemeten |
| D3 | HbA1c bepaling | HbA1c 74065 | Zorgverrichting en | 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 | Zorgverrichting en | Hiervoor de datum van uitvoering D3 gebruiken | 1: Laboratorium jaarcontrole |

| Varia- bele | Naam | Vast te leggen waarde | Bron | Instructie | Benodigd voor indicator |
|----------------|-----------------------------------|---------------------------------|---|---|---------------------------------|
| D5 | Kreatinine bepaling | 70419 Kreatinine | Zorgverrichting en | 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 | Zorgverrichting en | Hiervoor de datum van uitvoering D5 gebruiken | 1: Laboratorium jaarcontrole |
| D7 | Microalbumine bepaling | 71739 Micro-albumine (in urine) | Zorgverrichting en | 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 | Zorgverrichting en | Hiervoor de datum van uitvoering D7 gebruiken | 1: Laboratorium jaarcontrole |
| D9 | Totaal cholesterol bepaling | 70425 Cholesterol, totaal | Zorgverrichting en | 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 | Zorgverrichting en | Hiervoor wordt de datum van uitvoering D9 gebruikt | 1: Laboratorium jaarcontrole |
| D11 | HDL cholesterol bepaling | 74251 Cholesterol, HDL | Zorgverrichting en | 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 | Zorgverrichting en | Hiervoor de datum van uitvoering D11 gebruiken | 1: Laboratorium jaarcontrole |
| D13 | Bloeddruk meting | 1= ja 2= 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 |

| Varia- bele | Naam | Vast te leggen waarde | Bron | Instructie | Benodigd voor indicator |
|----------------|------------------------|-----------------------|---|---|----------------------------|
| D15 | Voetonderzoek | 1= ja 2= nee | Via (poli)klinische status of EPD | Geen verrichtingscode aanwezig. Alleen via EPD of ander systeem. NB: het voetonderzoek hoeft niet door een internist te zijn gedaan. Het kan ook zijn uitgevoerd door een andere zorgprofessional (bijvoorbeeld een diabetesverpleegkundige). | 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. HbA1c 5. 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 vervolg Diagnoses 7113 Diabetes mellitus met chronische pomptherapie 7114 Diabetes mellitus overig | DOT Registratie | 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 geïnccludeerd, tenzij anders staat vermeld bij de indicator. | 4. HbA1c 5. Acute opnames |
| D102 | Geboortedatum | dd-mm-jjjj | Via (poli)klinische status of EPD | | 4. HbA1c 5. 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 = Ja 2 = 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 | Formule ¹ | Validatie-regels | Nodig voor indicator | Toelichting |
|-----------|-----------------------|---|----------------------|------------------|------------------------------|-------------|
| D105 | Leeftijd ≤18jaar | Datum begin verslagjaar – geboortedatum | x-D102 | ≤18 | 4. HbA1c 5. Acute opnames | |
| D106 | Leeftijd >18 jaar | Datum begin verslagjaar – geboortedatum | x-D102 | >18 | 4. HbA1c 5. 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 2018 is dit 1 januari 2018.

Klantpreferentievragen

| Volume (volwassenen) | |
|--------------------------------|--|
| Vraag 6 | <p>A. Hoeveel internisten behandelen mensen met diabetes op de peildatum?^{1*}</p> <p><i>(invullen)</i> _____ internisten</p> <p>B. Hoeveel mensen met diabetes zijn op uw ziekenhuislocatie behandeld door internisten in het verslagjaar?^{**2}</p> <p><i>(invullen)</i> _____ mensen met diabetes</p> <p>C. Hoeveel internisten houden zich minimaal één dag per week bezig met patiëntgebonden diabeteszorg¹?</p> <p><i>(invullen)</i> _____ internisten</p> <p>D. Hoeveel fte diabetesverpleegkundigen/verpleegkundig specialisten op het gebied van diabetes werken er op uw locatie?*</p> <p><i>(invullen)</i> _____ fte</p> |
| Definities | <p>¹ <u>Exclusief</u>: coassistenten, ANIOS en AIOS. ² <u>Inclusief</u>: behandelingen door coassistenten, ANIOS en AIOS.</p> <p><i>Selecteer alle patiënten met de DOT-codes:</i></p> <p><i>Specialisme</i> 0313 inwendige geneeskunde</p> <p><i>Zorgtype</i> 11 reguliere zorg 13 intercollegiaal overleg 21 vervolg</p> <p><i>Diagnoses</i> 221 DM zonder secundaire complicaties 222 DM met secundaire complicaties 223 DM chronische pomptherapie</p> <p><i>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.</i></p> |
| Technische haalbaarheid | <p>* Peildatum: 1 maart 2019 ** Verslagjaar: 1 januari 2018 t/m 31 december 2018</p> |

| Volume (kinderen en mensen > 18 jaar onder behandeling van de kinderarts) | |
|---|--|
| Vraag 7 | <p>A. Hoeveel kinderartsen participeren in het kinderdiabetesteam op uw ziekenhuislocatie op de peildatum?^{1, 4*}</p> <p><i>(invullen)</i></p> |

| | |
|--------------------------------|---|
| | <p>____ kinderartsen</p> <p>B. Hoeveel kinderen en mensen > 18 jaar werden in het verslagjaar op uw ziekenhuislocatie behandeld door het kinderdiabetesteam? **2, 3</p> <p><i>(invullen)</i> ____ kinderen en mensen > 18 jaar onder behandeling van de kinderarts</p> <p>C. Hoeveel fte kinderdiabetesverpleegkundigen/verpleegkundig specialisten op het gebied van diabetes werken er op uw locatie? * 4</p> <p><i>(invullen)</i> ____ fte</p> <p>D. Is er een directe 24-uurs service⁵ van het kinderdiabetesteam voor kinderen en mensen > 18 jaar onder behandeling van de kinderarts met diabetes op uw ziekenhuislocatie?*</p> <p><i>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</i> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p> |
| <i>Definities</i> | <p>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 diabetes ⁴ Werken op uw ziekenhuislocatie: het specialisme registreert haar DOT op uw ziekenhuislocatie ⁵ 24-uurs bereikbaarheid van de diabetesteamleden (diabetesverpleegkundige of arts).</p> <p><i>Bij het vaststellen van de populatie gaan het om de onderstaande DOT-codes binnen specialismecode 316 (Kindergeneeskunde):</i></p> <p><i>Zorgtype</i> 11 reguliere zorg 21 vervolg</p> <p><i>Diagnoses</i> 7113 Diabetes mellitus met chronische pomptherapie 7114 Diabetes mellitus overig</p> |
| <i>Technische haalbaarheid</i> | <p>* Peildatum: 1 maart 2019 ** Verslagjaar: 1 januari 2018 t/m 31 december 2018</p> |

Multidisciplinair team/MDO**Vraag 8**

A. Welke van onderstaande zorgprofessionals zijn lid van het multidisciplinaire team (voor de behandeling van volwassenen)?*

(aanvinken, per zorgprofessional één antwoord mogelijk)

| | Lid | Ja | Nee |
|---------------------------|-----|--------------------------|--------------------------|
| Zorgprofessional | | | |
| a. Podotherapeut | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Psycholoog | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Maatschappelijk werker | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

B. Welke van onderstaande zorgprofessionals zijn structureel aanwezig bij het MDO kinderdiabetes?*

(aanvinken, per zorgprofessional één antwoord mogelijk)

| | Structureel aanwezig | Ja | Nee |
|--------------------------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| Zorgprofessional | | | |
| a. Diëtist | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Kinderpsycholoog/orthopedagoog | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Maatschappelijk werker | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Pedagogisch medewerker | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Kinderdiabetesverpleegkundige | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. (kinder)verpleegkundig specialist | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

C. Welke van onderstaande zorgprofessionals zijn – naast een vaatchirurg en een orthopedisch schoenmaker - lid van het multidisciplinaire voetenteam (voor de behandeling van volwassenen)?*

(aanvinken, per zorgprofessional één antwoord mogelijk)

| | Lid | Ja | Nee |
|--|-----|--------------------------|--------------------------|
| Zorgprofessional | | | |
| a. Podotherapeut | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Pedicure met aantekening diabetische voet | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Psycholoog | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Orthopedisch chirurg | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Revalidatiearts | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Gipsverbandmeester | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Wondverpleegkundige | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Definities

Omdat er vanuit wordt gegaan dat de internist, diëtist (in het geval van volwassenen) c.q. kinderarts en de diabetesverpleegkundige standaard in het multidisciplinaire team zitten, zijn deze niet in de bovenstaande vragen opgenomen.

¹ De beschreven zorgprofessionals zijn aanwezig bij het MDO kinderdiabetes, maar hoeven niet in dienst te zijn van het ziekenhuis. Doordat zorgprofessionals deel uit maken van het kinderdiabetesteam en aanwezig zijn bij het MDO, bieden zij individuele én collectieve hulp en vindt kruisbestuiving plaats tussen de zorgverleners.

Technische haalbaarheid

* Peildatum: 1 maart 2019

| Insulinepompthherapie | |
|------------------------------|---|
| Vraag 9 | <p>A. Hoeveel merken insulinepompen kunnen worden ingezet op uw ziekenhuislocatie bij volwassenen met diabetes?*</p> <p><i>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</i></p> <p><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> >3</p> <p>B. Hoeveel merken insulinepompen kunnen worden ingezet op uw ziekenhuislocatie bij kinderen en mensen > 18 jaar onder behandeling van de kinderarts met diabetes?*</p> <p><i>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</i></p> <p><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> >3</p> <p>C. Hoeveel mensen met diabetes mellitus, die onder behandeling zijn van de internist, krijgen insulinepompthherapie^{1, 2?}**</p> <p><i>(invullen)</i></p> <p>_____mensen met diabetes</p> <p>D. Hoeveel mensen met diabetes mellitus, die onder behandeling zijn van de internist, zijn in verslagjaar 2018 gestart met insulinepompthherapie^{1, 2?}**</p> <p><i>(invullen)</i></p> <p>_____mensen met diabetes</p> <p>E. Hoeveel kinderen en mensen > 18 jaar onder behandeling van de kinderarts met diabetes mellitus, krijgen insulinepompthherapie^{1, 3?}**</p> <p><i>(invullen)</i></p> <p>_____kinderen en mensen > 18 jaar onder behandeling van de kinderarts</p> |
| Definities | <p>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.</p> <p>² Om te bepalen hoeveel volwassenen insulinepompthherapie krijgen, gelden de onderstaande DOT-codes binnen specialismecode 313 (Interne geneeskunde):</p> <p>Zorgtype 11 reguliere zorg 21 vervolg</p> <p>Diagnoses 223 DM chronische pompthherapie</p> <p>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</p> |

| | |
|--------------------------------|--|
| | <p>behandeling waren. Het gaat hier alleen om mensen die poliklinisch worden begeleid.</p> <p>³ Om te bepalen hoeveel kinderen en mensen > 18 jaar onder behandeling van de kinderarts insulinepomptherapie krijgen, gelden de onderstaande DOT-codes binnen specialismecode 316 (Kindergeneeskunde):</p> <p>Zorgtype 11 reguliere zorg 21 vervolg</p> <p>Diagnoses 7113 Diabetes mellitus met chronische pomptherapie</p> <p>NB: Er dient een uitdraai gemaakt te worden van alle kinderen en mensen > 18 jaar onder behandeling van de kinderarts die op 31 december in het verslagjaar een bovenstaande DOT hebben. Van deze kinderen en mensen > 18 jaar onder behandeling van de kinderarts wordt gekeken of zij op 1 januari van het verslagjaar ook al in behandeling waren. Het gaat hier alleen om kinderen en mensen > 18 jaar onder behandeling van de kinderarts die poliklinisch worden begeleid.</p> |
| <i>Uitleg</i> | <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Ook bij deze indicator gaat het om die mensen met diabetes, die poliklinisch worden begeleid door de internist</p> |
| <i>Technische haalbaarheid</i> | <p>* Peildatum: 1 maart 2019 ** Verslagjaar: 1 januari 2018 t/m 31 december 2018</p> |

| Bevorderen zelfmanagement | |
|----------------------------------|---|
| Vraag 10 | <p>A. Hoeveel mensen met diabetes, die onder behandeling zijn van de internist, maken gebruik van Real Time Continue Glucose Monitoring RTCGM?*¹</p> <p>... mensen (<i>antwoord is een getal</i>)</p> <p>B. Voldoet u aan de ervaringsnorm voor het behandelen van kinderen met diabetes met Real Time Glucose Monitoring? De norm is gesteld op een minimum van 10 kinderen per ziekenhuis (zie: Indicatiecriteria voor vergoeding van RT-CGM, NDF).</p> <p>(<i>aanvinken, één antwoord mogelijk</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p> <p>C. Welke faciliteiten biedt uw ziekenhuislocatie nog meer aan voor mensen met diabetes onder behandeling bij de internist?*</p> <p>(<i>aanvinken, meerdere antwoorden mogelijk</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> E-consult² <input type="checkbox"/> Digitaal spreekuur³ <input type="checkbox"/> Avondspreekuur op de polikliniek <input type="checkbox"/> Multidisciplinaire afspraak⁴ <input type="checkbox"/> Patiënten portaal⁵ <input type="checkbox"/> 24-uurs service⁶ <input type="checkbox"/> Geen van de bovenstaande faciliteiten</p> <p>D. Welke faciliteiten biedt uw ziekenhuislocatie nog meer aan voor kinderen en mensen > 18 jaar met diabetes onder behandeling bij de kinderarts?*</p> <p>(<i>aanvinken, meerdere antwoorden mogelijk</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> E-consult² <input type="checkbox"/> Digitaal spreekuur³ <input type="checkbox"/> Avondspreekuur op de polikliniek <input type="checkbox"/> Multidisciplinaire afspraak⁴ <input type="checkbox"/> Patiënten portaal⁵ <input type="checkbox"/> Geen van de bovenstaande faciliteiten</p> |
| Definities | <p>¹ Ingezet volgens de landelijke indicatiestelling met voorwaarden gesteld aan goed gebruik (behandelplan). Het gaat hierbij niet om diagnostische inzet en ook niet om Flash Glucose Monitoring.</p> <p>² Patiënt kan in een beveiligde omgeving vragen stellen aan de arts en heeft binnen 2 werkdagen antwoord op gestelde vragen.</p> <p>³ Online een consult op een gezette tijd.</p> <p>⁴ Spreekuur waarop de patiënt de internist of kinderarts en een andere medisch specialist uit een ander vakgebied tegelijkertijd ziet.</p> <p>⁵ 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.</p> <p>⁶ 24-uurs bereikbaarheid van de diabetesteamleden (diabetesverpleegkundige of arts).</p> |

| | |
|--------------------------------|---------------------------|
| | |
| <i>Technische haalbaarheid</i> | * Peildatum: 1 maart 2019 |

| Psychosociale ondersteuning | |
|------------------------------------|---|
| Vraag 11 | <p>A. Heeft het diabetesteam beleid opgesteld wanneer en door wie mensen met diabetes mellitus actief gescreend worden op het hebben van depressieve stoornissen?*</p> <p><i>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p> <p>B. Heeft het diabetesteam beleid opgesteld over vervolgstappen na vaststelling van een depressieve stoornis/manifeste depressie?*</p> <p><i>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p> <p>C. Biedt uw ziekenhuislocatie kwaliteit van leven screening bij kinderen en mensen > 18 jaar onder behandeling van de kinderarts met diabetes?^{1*}</p> <p><i>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p> |
| <i>Definities</i> | ¹ Voor kinderen wordt er gescreend op kwaliteit van leven middels de myQ |
| <i>Technische haalbaarheid</i> | * Peildatum: 1 maart 2019 |

Bijlage I. Wijzigingstabel Diabetes

| Algemeen | |
|-------------------------------------|--|
| Zorginhoudelijke indicatoren | <ul style="list-style-type: none"> - Er is een begeleidend schrijven bij deze gids gevoegd (bijlage 3), waarin de discussie die de werkgroep voerde over de zorginhoudelijke indicatoren weergegeven is. - Omdat er geen consensus was tussen partijen heeft het Zorginstituut besloten dat indicator 1 en 2 ook dit verslagjaar vrijwillig aangeleverd kunnen worden in plaats van verplicht. |
| Hele gids | Het woord 'adolescenten' is in de hele gids vervangen door 'mensen > 18 jaar onder behandeling van de kinderarts' om verwarring te voorkomen |
| Zorginhoudelijke indicatoren | |
| Indicator 3 | Verduidelijkt dat het niet de internist hoeft te zijn die de voetzorg uitvoert, dit kan ook een voetprofessional doen. De rekenregels zijn aangescherpt. |
| Indicator 4 | Blijft ongewijzigd |
| Indicator 5 | Gewijzigd naar een verplichte indicator |
| Klantpreferentievragen | |
| Klantpreferentie 6 | De vraagstelling is aangescherpt. In plaats van minimaal 20% van de tijd besteden aan diabeteszorg is de tekst gewijzigd naar 'minimaal één dag per week patiëntgebonden activiteiten aan diabeteszorg' |
| Klantpreferentie 7 | Bij 7d is verduidelijkt dat het om <i>directe</i> 24 uren bereikbaarheid van het <i>kinderdiabetesteam</i> gaat. |
| Klantpreferentie 8 | Tekstuele aanpassing bij 8a: 'zijn lid van'. Aanpassing van antwoordcategorie bij alle vragen in ja/nee in plaats van 'ja vast' en 'ja op afroep'. Bij 8a is de antwoordoptie diëtist verwijderd. Bij 8c zijn de vaatchirurg en de orthopedisch schoenmaker verwijderd omdat deze niet langer onderscheidend zijn. |
| Klantpreferentie 9 | 9a en 9b 3 antwoordcategorieën in plaats van 5.N.a.v. een opmerking van de NFU is verduidelijkt dat het om het aantal merken gaat. |
| Klantpreferentie 10 | 10a en 10b: in plaats van te vragen of het ziekenhuis RTCGM aanbiedt, wordt gevraagd naar het aantal mensen dat gebruikt maakt van RTCGM (volwassenen) of voldoet aan de ervaringsnorm (kinderen). 10c en 10d verwijderen van GMA en bij multidisciplinaire afspraak in definitie verduidelijkt dat het om medisch specialisten gaat uit een ander vakgebied. |
| Klantpreferentie 11 | Blijft 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.

| Omschrijving | Code | Afkorting | Registratiefrequentie |
|---|------|-----------|-------------------------------|
| Patiëntgegevens | | | |
| <i>BSN</i> | | | <i>eenmalig</i> |
| <i>Voorna(a)m(en)</i> | | | <i>eenmalig + wijzigingen</i> |
| <i>Roepnaam</i> | | | <i>eenmalig + wijzigingen</i> |
| <i>Geslachtsnaam</i> | | | <i>eenmalig + wijzigingen</i> |
| <i>Voorvoegsel geslachtsnaam</i> | | | <i>eenmalig + wijzigingen</i> |
| <i>Geboortedatum</i> | | | <i>eenmalig + wijzigingen</i> |
| <i>Geslacht</i> | | | <i>eenmalig + wijzigingen</i> |
| <i>Adres</i> | | | <i>eenmalig + wijzigingen</i> |
| <i>Postcode</i> | | | <i>eenmalig + wijzigingen</i> |
| <i>Woonplaats</i> | | | <i>eenmalig + wijzigingen</i> |
| <i>Vast telefoonnummer</i> | | | <i>eenmalig + wijzigingen</i> |
| <i>Mobielnummer</i> | | | <i>eenmalig + wijzigingen</i> |
| 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 rechervoet | 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 recheroog | 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 myocardiinfarct | 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 |

Bijlage III: Begeleidend schrijven ten behoeve van autorisatie en vaststelling van indicatorenset Diabetes, verslagjaar 2018

De indicatorwerkgroep Diabetes, bestaande uit vertegenwoordigers namens ZN, NVK, NIV, DVN, NVZ, FMS, heeft in januari en mei vergaderd over de indicatorenset Diabetes voor verslagjaar 2018. In deze vergaderingen bleek dat er twijfels zijn over de meerwaarde van de zorginhoudelijke indicatoren, in het bijzonder 1 (laboratorium controle) en in mindere mate indicator 2 (bloeddruk gemeten). Ten behoeve van de autorisatieronde en de vaststelling van deze set zetten we de verschillende standpunten van de partijen uiteen. Deze standpunten zijn overigens niet nieuw: de afgelopen 2 jaar is dezelfde discussie gevoerd (het Zorginstituut besloot naar aanleiding daarvan vorig jaar om een aantal zorginhoudelijke indicatoren vrijwillig te maken).

De NIV en de NVK werken momenteel aan een landelijke kwaliteitsregistratie voor Diabetes in de tweede lijn (zie onder). Beide partijen – en daarmee ook de FMS - zijn van mening dat de huidige zorginhoudelijke indicatoren weinig zeggen over kwaliteit van Diabeteszorg in Nederland. Er zijn twijfels over de betrouwbaarheid, het nut en het verbeterpotentieel van de data. Er is geen individuele terugkoppeling naar artsen waardoor een kwaliteitscyclus ontbreekt. Beide partijen steken liever energie in het opzetten van de kwaliteitsregistratie, waar uiteindelijk uitkomst informatie over de kwaliteit van de tweedelijns diabeteszorg uit te halen is. NIV en NVK willen daarom indicator 1 laten vervallen. Met betrekking tot indicator 1 geven NVZ, FMS, DVN, NIV en Patiëntenfederatie aan dat deze indicator geen meerwaarde heeft als keuze-informatie of kwaliteitsverbetering. Het verbeterpotentieel lijkt uitgewerkt. Ook lijken subindicator a en b nauwelijks onderscheidend. De NVZ geeft daarnaast aan dat de data uit de ziekenhuissystemen moeten worden gehaald en dat dit veel tijd kost (dit geldt ook voor indicator 2 – bloeddruk gemeten). Voor DVN en Patiëntenfederatie Nederland zijn vooral de klantpreferentievragen belangrijk. Zij zijn akkoord met het laten vervallen van indicator 1. ZN is hier niet mee akkoord. De zorgverzekeraars willen de indicator behouden én verplicht maken totdat er nieuwe indicatoren zijn geformuleerd ('niet de oude schoenen weggooien voordat de nieuwe schoenen ingelopen zijn'). De ervaring van de zorgverzekeraars is dat het lang duurt voordat een registratie opgezet is en dat de data daaruit transparant worden. Tot die tijd zijn de huidige indicatoren nodig voor de zorginkoop.

Stand van zaken implementatie kwaliteitsregistratie Diabetes

NVK en NIV zetten met steun van DVN een landelijke kwaliteitsregistratie op voor Diabetes. Het doel is om een registratie op te zetten met uitkomsten van zorg waarbij een directe koppeling wordt gemaakt met het EPD. De registratie is per 2017 gestart met behulp van SKMS en NDF gelden. Eerst gaat een deel van de ziekenhuizen met de meest voorkomende ICT systemen (chipsoft en epic – 42 ziekenhuizen) aan een deel van de registratie werken. Daarna zal het worden doorontwikkeld voor alle voorkomende systemen in Nederland en uiteindelijk verplicht worden. De registratie maakt gebruik van de kernset diabetes die al bestaat en die overeenkomt met de set voor de eerste lijn. Het is nog niet duidelijk wanneer de data voor de indicatorenset Diabetes uit de registratie kunnen komen. Het eerste doel is om te bekijken hoeveel diabetespatiënten er in de tweede lijn behandeld worden en wat hun karakteristieken zijn. Later kan mogelijk informatie uit de registratie worden doorgezet naar de benchmark op basis van afgesproken proces- en prestatie-indicatoren. De NVK en de NIV geven aan dat implementatie zorgvuldig en veilig moet gebeuren. Per 1 augustus 2017 zijn de tijdelijke gelden op. De partijen zijn in gesprek met ZN voor structurele financiering.