

Indicatorenset Organisatie van IC

Uitvraag ziekenhuizen/ZBC's over verslagjaar [2019]

Versie, [juli 2019]

Meer informatie op:

- nvt

Samengesteld door:

- Nederlandse Vereniging voor Intensive Care

Met instemming van:

- Bureau-overleg Transparantie

Contactinformatie:

- Nederlandse Vereniging voor Intensive Care
- Contactinformatie: Sophie van Tilburg-van Hedel, bureaumanager@nvic.nl

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

Inhoud

1	Overzicht indicatoren	3
2	Algemene informatie	4
2.1	Uitgangspunten	4
2.2	Populatiebepaling	4
2.3	Aanlevering van de gegevens	4
2.4	Indicatorenwerkgroep	4
3	Indicatoren	5
4	Wijzigingstabel	8
5	Bijlage: toelichting op informatie per indicator	9

1 Overzicht indicatoren

Indicator-nummer	Indicatornaam	Bron¹	Transparantie?²
1	Percentage dat een intensivist in het ziekenhuis aanwezig is en exclusief beschikbaar voor behandeling van IC-patiënten. Maandag t/m vrijdag		verplicht/vrijwillig
2	Percentage dat een intensivist in het ziekenhuis aanwezig is en exclusief beschikbaar voor behandeling van IC-patiënten. Zaterdag en zondag		verplicht/vrijwillig
3	Aan welke modules doet uw IC mee?		verplicht/vrijwillig

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

² Vrijwillige indicatoren worden niet opgenomen op de Transparantiekalender en dus niet aangeleverd aan en gepubliceerd door Zorginstituut Nederland. Vrijwillige indicatoren worden gedeeld met de Zorgverzekeraars, Patiëntenorganisaties en Zorgaanbieders

2 Algemene informatie

2.1 Uitgangspunten

- De indicatoren zijn gebaseerd op de kwaliteitsstandaard Organisatie van intensive care.
- De indicatoren dienen te worden aangeleverd per intensive-care-afdeling, functionerend als een organisatorische eenheid.
Toelichting: Ziekenhuizen met meerdere locaties leveren één keer aan als de IC locaties als één (organisatorische) afdeling werken. Indien de locaties als zelfstandige afdelingen functioneren, dienen de data per locatie te worden aangeleverd.

2.2 Populatiebepaling

Voor alle indicatoren in deze indicatorenset bestaat de populatie uit:

- Alle intensive-care-patiënten

2.3 Aanlevering van de gegevens

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

2.4 Indicatorenwerkgroep

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

- Diederik Gommers
- Crétien Jacobs
- Iwan van der Horst

3 Indicatoren

Indicatornaam	Indicator 1 – Aanwezigheid intensivist maandag t/m vrijdag
Indicatornummer	1
Operationalisatie	Percentage dat een intensivist in het ziekenhuis aanwezig is en exclusief beschikbaar voor behandeling van IC-patiënten. Maandag t/m vrijdag
Informatie voor cliënten	De beschikbaarheid van de intensivist is een belangrijk aspect van zorgverlening aan de vitaal bedreigde patiënt.
Transparantie	verplicht / vrijwillig
Type indicator	uitkomst / proces / structuur
Relevantie	De aanwezigheid van expertise van een intensivist bij vitaal bedreigde patiënten of patiënten met gestoorde vitale functies is geassocieerd met verbeterde uitkomsten.
Datatype	tekst / ja/nee / aantal / getal / percentage
Bron (achtergrond) van de indicator	Kwaliteitsstandaard Organisatie van intensive care
Rekenregels en definities	
Teller(s)³	Aantal uur aanwezigheid en exclusieve beschikbaarheid intensivist gedurende dagdienst, opgeteld voor maandag t/m vrijdag
Noemer	5xduur dagdienst
Vraag	Wat is het percentage dat een intensivist gedurende de dagdienst in het ziekenhuis aanwezig is en exclusief beschikbaar voor behandeling van IC-patiënten van maandag tot en met vrijdag?
Antwoordopties	één antwoord mogelijk / meerdere antwoorden mogelijk + [de opties]
Definitie	Het gemiddeld aantal uren per dagdienst dat een intensivist in het ziekenhuis aanwezig en exclusief beschikbaar is voor de behandeling van intensive care patiënten op maandag t/m vrijdag m.u.v. officiële feestdagen. Hierbij is een intensivist gedefinieerd als een medisch specialist in bezit van de aantekening in het aandachtsgebied IC-geneeskunde uitgereikt door zijn of haar wetenschappelijke vereniging, aangesloten bij de Gemeenschappelijke Intensivisten Commissie (GIC).
In-/exclusiecriteria	
Casemix	
Databron (registratie)	Kwaliteitsstandaard Organisatie van intensive care
Norm	
Meetperiode	01-01-2019 t/m 31-12-2019
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Aanleverniveau	locatieniveau / concernniveau met verwijzende opmerkingen bij iedere locatie, tenzij IC-afdelingen niet als een organisatorische eenheid werken; dan aanleveren per locatie

³ Wanneer er meerdere tellers zijn, dan is dit duidelijk in de nummering aangegeven. Bijvoorbeeld 1a, 1b enz.

Indicatornaam	Indicator 2 – Aanwezigheid intensivist zaterdag en zondag
Indicatornummer	2
Operationalisatie	Percentage dat een intensivist in het ziekenhuis gedurende dagdienst aanwezig is en exclusief beschikbaar voor behandeling van IC-patiënten. Zaterdag en zondag.
Informatie voor cliënten	De beschikbaarheid van de intensivist is een belangrijk aspect van zorgverlening aan de vitaal bedreigde patiënt. Volgens de kwaliteitsstandaard
Transparantie	verplicht / vrijwillig
Type indicator	uitkomst / proces / structuur
Relevantie	De aanwezigheid van expertise van een intensivist bij vitaal bedreigde patiënten of patiënten met gestoorde vitale functies is geassocieerd met verbeterde uitkomsten.
Datatype	tekst / ja/nee / aantal / getal / percentage
Bron (achtergrond) van de indicator	Kwaliteitsstandaard Organisatie van intensive care
Rekenregels en definities	
Teller(s)⁴	Aantal uur aanwezigheid en exclusieve beschikbaarheid intensivist, gedurende de dagdienst opgeteld voor zaterdag en zondag.
Noemer	2x duur dagdienst
Vraag	Wat is het percentage dat een intensivist gedurende de dagdienst in het ziekenhuis aanwezig is en exclusief beschikbaar voor behandeling van IC-patiënten op zaterdag en zondag?
Antwoordopties	één antwoord mogelijk / meerdere antwoorden mogelijk + [de opties]
Definitie	Het gemiddeld aantal uren gedurende de dagdienst dat een intensivist in het ziekenhuis aanwezig en exclusief beschikbaar is voor de behandeling van intensive care patiënten op zaterdag en zondag. Hierbij is een intensivist gedefinieerd als een medisch specialist in bezit van de aantekening in het aandachtsgebied IC-geneeskunde uitgereikt door zijn of haar wetenschappelijke vereniging, aangesloten bij de Gemeenschappelijke Intensivisten Commissie (GIC).
In-/exclusiecriteria	
Casemix	
Databron (registratie)	Kwaliteitsstandaard Organisatie van intensive care
Norm	
Meetperiode	01-01-2019 t/m 31-12-2019
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Aanleverniveau	locatieniveau / concernniveau met verwijzende opmerkingen bij iedere locatie, tenzij IC-afdelingen niet als een organisatorische eenheid werken; dan aanleveren per locatie

⁴ Wanneer er meerdere tellers zijn, dan is dit duidelijk in de nummering aangegeven. Bijvoorbeeld 1a, 1b enz.

Indicatornaam	Indicator 3 – Kwaliteitsverantwoording
Indicatornummer	3
Operationalisatie	Aan welke modules doet uw IC mee?
Informatie voor cliënten	Voor continue kwaliteitsborging en verbetering is een goed systeem van kwaliteitsverantwoording en verbetering (kwaliteitssysteem) nodig (Van der Voort 2012). Iedere IC moet daarom een integraal kwaliteitsbeleid met verbetercyclus inrichten (Curtis et al. 2006; Van der Voort 2012). Daarnaast is het belangrijk dat data uniform verzameld, geanalyseerd en besproken kunnen worden (Pronovost et al 2004; Angus et al 2004). Om naast deze data nog een beter beeld te krijgen van de kwaliteitsverantwoording is het belangrijk om transparant te maken wat een ziekenhuis met een IC-afdeling allemaal registreert.
Transparantie	verplicht / vrijwillig
Type indicator	uitkomst / proces / structuur
Relevantie	Voor continue kwaliteitsborging en verbetering is een goed systeem van kwaliteitsverantwoording en verbetering (kwaliteitssysteem) nodig (Van der Voort 2012). Iedere IC moet daarom een integraal kwaliteitsbeleid met verbetercyclus inrichten (Curtis et al. 2006; Van der Voort 2012). Daarnaast is het belangrijk dat data uniform verzameld, geanalyseerd en besproken kunnen worden (Pronovost et al 2004; Angus et al 2004). Om naast deze data nog een beter beeld te krijgen van de kwaliteitsverantwoording is het belangrijk om transparant te maken wat een ziekenhuis met een IC-afdeling allemaal registreert.
Datatype	tekst / ja/nee / aantal / getal / percentage
Bron (achtergrond) van de indicator	Kwaliteitsstandaard Organisatie van intensive care
Rekenregels en definities	
Teller(s)⁵	Nvt
Noemer	nvt
Vraag	Aan welke modules doet uw IC mee?
Antwoordopties	één antwoord mogelijk / meerdere antwoorden mogelijk: MDS (Minimale Data Set) registratie KIIC (Kwaliteitsindicatoren) registratie
Definitie	Het structureel meten en transparant maken van de kwaliteitsverantwoording van de IC-afdeling.
In-/exclusiecriteria	
Casemix	
Databron (registratie)	
Norm	Alle Nederlandse ziekenhuizen met een IC-afdeling registreren de Minimale Data Set in NICE, bij voorkeur aangevuld met andere door de beroepsverenigingen benoemde indicatoren.
Meetperiode	01-01-2019 t/m 31-12-2019
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Aanleverniveau	locatieniveau / concernniveau met verwijzende opmerkingen bij iedere locatie, tenzij IC-afdelingen niet als een organisatorische

⁵ Wanneer er meerdere tellers zijn, dan is dit duidelijk in de nummering aangegeven. Bijvoorbeeld 1a, 1b enz.

	eenheid werken; dan aanleveren per locatie

4 Wijzigingstabel

Wijzigingstabel ten opzichte van de gids van verslagjaar 2018

Indicator 2018	Wijziging
1	Schrappen
2a	-
2b	-
3a	Schrappen
3b	Schrappen
3c	Schrappen
4a	Schrappen
4b	Schrappen
4c	Schrappen
5a1	Schrappen
5a2	Schrappen
5a3	Schrappen
5a4	Schrappen
5a5	Schrappen
5a6	-
5b	Schrappen
Indicator 2019	wijziging
1	Geen
2	Geen
3	Geen

5 Bijlage: toelichting op informatie per indicator

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

	<p>één antwoord mogelijk is of meerdere antwoorden mogelijk zijn. Daarnaast moeten de antwoordopties vermeld worden.</p>
Definitie	<p>Indien in de indicator termen worden gebruikt die enige toelichting nodig hebben, zodat betrouwbaar kan worden geregistreerd, dan wordt een definitie gegeven.</p>
In- /exclusiecriteria	<p>Een duidelijke definiëring van de cliëntenpopulatie vertaalt zich uiteindelijk in duidelijke in- en exclusiecriteria. Daarnaast kunnen exclusiecriteria gebruikt worden om vergelijkbaarheid te vergroten. Bijvoorbeeld als bepaalde cliëntengroepen niet gelijk over instellingen zijn verdeeld.</p>
Casemix	<p>Wanneer het relevant is voor een indicator kunnen cliëntkenmerken gebruikt worden voor het corrigeren van de indicatorwaarde. Hier moet worden aangegeven of er een casemixcorrectie plaatsvindt en op welke variabelen.</p>
Databron (registratie)	<p>De te gebruiken bron voor het berekenen van de indicatorwaarde. Bijvoorbeeld: LROI, NKR, DLCA-R, EPD, Zorgkaart Nederland</p>
Norm	<p>Als de indicator een norm kent, wordt deze hier in de indicatorgids vermeld. Ook de bron van de norm wordt vermeld.</p>
Meetperiode	<p>De meetperiode is de periode waarin de metingen worden gedaan. Dit is standaard het hele kalenderjaar (01-01 t/m 31-12), maar hier kan van worden afgeweken. Bij follow-upmetingen moet een expliciete keuze worden gemaakt: een meting drie maanden post-operatief binnen het verslagjaar betekent dat de operatie ook in de laatste drie maanden van het voorgaande jaar kan zijn uitgevoerd. Soms wordt er een peildatum gebruikt in plaats van een meetperiode (vaak bij structuurindicatoren). De peildatum ligt dan vaak op 01-03 van het jaar ná het verslagjaar.</p>
Aanleverfrequentie	<p>De frequentie waarmee de indicatoren aangeleverd worden. Afspraken over de frequentie worden landelijk gemaakt. Dit is momenteel één keer per jaar.</p>
Aanleverniveau	<p>Het niveau waarop de indicatoren worden aangeleverd; in beginsel worden alle indicatoren op locatieniveau aangeleverd. In de uitgangspunten in de indicatorgids wordt voor de hele set aangegeven hoe hier mee om wordt gegaan. Per indicator kunnen specifieke aanwijzingen worden gegeven, bijvoorbeeld voor proces- en uitkomstindicatoren afkomstig uit kwaliteitsregistraties op concernniveau.</p>