

Toetstabel Diabetes verslagjaar 2020

Operationalisatie	Aard van de wijziging	Criteria Toetsingskader	Advies werkgroep	PFN	FMS	V&VN	ZN	NVZ	NFU	ZKN	WSCie	
Indicator 1												
	Aanlevering via DPARD is nu mogelijk	Criterium 1 t/m 5	Verplicht	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Niet akkoord: Er wordt gevraagd naar het % patiënten wat voetonderzoek heeft gehad. Een deel van de patiënten laten voetonderzoek elders doen waardoor deze niet in de teller zitten. De uitkomst is dus niet betrouwbaar voor vergelijking tussen instellingen. De werkgroep geeft aan dat de indicator gebruikt kan worden om eventuele uitschieters te vinden. Gezien de hoge administratieve last van deze indicator (handwerk) is dit niet proportioneel om te vragen. Alle instellingen zouden immers dan moeten blijven registreren voor een enkele uitschieter, zonder norm om zich aan te spiegelen. Dit blijkt ook uit de opmerkingen over vsj 2018. Er is bovendien geen standaard verrichtingencode voor het voetonderzoek waardoor het niet vanuit een bestaande EPD registratie ontsloten kan worden.	Niet akkoord: Er wordt gevraagd naar het % patiënten wat voetonderzoek heeft gehad. Een deel van de patiënten laten voetonderzoek elders doen waardoor deze niet in de teller zitten. De uitkomst is dus niet 100% correct, waardoor externe vergelijking zinloos is. Hoogstens kan de informatie gebruikt worden als indicator om verder te kijken. Dit blijkt ook uit de opmerkingen over vsj 2018 (zie openbare database). Er is bovendien geen standaard verrichtingencode voor het voetonderzoek waardoor het niet vanuit een bestaande registratie ontsloten kan worden. De indicator is daarom belastend in de verzameling (veel handwerk).	Akkoord	Akkoord
<p>Overweging ZIN</p> <p>Er was consensus in de werkgroep over deze indicator. In de autoriseringsronde geeft NVZ aan dat er geen standaard verrichtingencode bestaat waardoor deze niet vanuit de EPC registratie kan worden ontsloten waardoor handmatige dataverzameling noodzakelijk is. Inhoudelijk geven partijen aan deze indicator relevant te vinden om uitschieters te kunnen identificeren. Ziekenhuizen zullen zelf een afweging moeten maken of de relevantie van de indicator handmatige registratie waard is. ZIN adviseert de werkgroep om met een oplossing te komen voor de registratieproblemen. Het proces van de samenwerkingsafspraken MSZ is gevolgd. Dit proces is vormgegeven als een verbetercyclus waarin de relevante partijen hun eigen toetsing uitvoeren (betrokkenheid relevante partijen en registraties, uitvoeren registratietoets, autoriseringsronde). Vanwege hoge registratielast adviseert het Zorginstituut de indicator vrijwillig transparant te maken.</p>												
Advies ZIN Vrijwillig transparant												
Operationalisatie	Aard van de wijziging	Criteria Toetsingskader	Advies werkgroep	PFN	FMS	V&VN	ZN	NVZ	NFU	ZKN	WSCie	
Indicator 2												
	Aanlevering via DPARD is nu mogelijk	Criterium 1 t/m 5	Verplicht	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	
<p>Overweging ZIN</p> <p>Er is consensus in de werkgroep over het verplicht transparant stellen van de indicatoren. Het proces van de samenwerkingsafspraken MSZ is gevolgd. Dit proces is vormgegeven als een verbetercyclus waarin de relevante partijen hun eigen toetsing uitvoeren (betrokkenheid relevante partijen en registraties, uitvoeren registratietoets, autoriseringsronde). Conform dit proces neemt het Zorginstituut het advies van de werkgroep over.</p>												
Advies ZIN Verplicht transparant												
Operationalisatie	Aard van de wijziging	Criteria Toetsingskader	Advies werkgroep	PFN	FMS	V&VN	ZN	NVZ	NFU	ZKN	WSCie	
Indicator 3												
	Ongewijzigd	Criterium 1 t/m 5	Verplicht	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	
<p>Overweging ZIN</p> <p>Er is consensus in de werkgroep over het verplicht transparant stellen van de indicatoren. Het proces van de samenwerkingsafspraken MSZ is gevolgd. Dit proces is vormgegeven als een verbetercyclus waarin de relevante partijen hun eigen toetsing uitvoeren (betrokkenheid relevante partijen en registraties, uitvoeren registratietoets, autoriseringsronde). Conform dit proces neemt het Zorginstituut het advies van de werkgroep over.</p>												
Advies ZIN Verplicht transparant												
Operationalisatie	Aard van de wijziging	Criteria Toetsingskader	Advies werkgroep	PFN	FMS	V&VN	ZN	NVZ	NFU	ZKN	WSCie	
Indicator 4												
	Oorspronkelijke indicatoren 4a,b,c,d zijn geschrapt (betrof aantal internisten dat mensen met diabetes behandelde, aantal pt. behandeld door internisten, aantal internisten dat minimaal 1 dag per week besteedt aan patiëntgebonden diabeteszorg en aantal fte diabetesverpleegkundigen/v erpleegkundig specialisten). Nieuwe indicator 4 betreft: Volume kinderen en patiënten onder behandeling van de kinderarts' (was oorspronkelijk indicator 5B). Tevens wijziging: aanlevering bij DPARD is nu mogelijk.	Criterium 1 t/m 5	Verplicht	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	
<p>Overweging ZIN</p> <p>Er is consensus in de werkgroep over het verplicht transparant stellen van de indicatoren. Het proces van de samenwerkingsafspraken MSZ is gevolgd. Dit proces is vormgegeven als een verbetercyclus waarin de relevante partijen hun eigen toetsing uitvoeren (betrokkenheid relevante partijen en registraties, uitvoeren registratietoets, autoriseringsronde). Conform dit proces neemt het Zorginstituut het advies van de werkgroep over.</p>												
Advies ZIN Verplicht transparant												

Operationalisatie	Aard van de wijziging	Criteria Toetsingskader	Advies werkgroep	PFN	FMS	V&VN	ZN	NVZ	NFU	ZKN	WSCie
Indicator 5											
	Oorspronkelijke indicatoren 5A,C,D zijn geschrapt. (betreffend aantal kinderartsen in kinderdiabetesteam, aantal fte kinderdiabetesverpleegkundigen/verpleegkundig specialisten en directe 24-uurs service kinderdiabetesteam). Oorspronkelijke indicator 5B is indicator 4 geworden (volume kinderen en pt onder behandeling kinderarts). Nieuwe indicatoren 5 a,b,c betreft aantal patiënten en kinderen dat behandeld wordt met insulinepomptherapie, dit waren oorspronkelijk indicatoren 7 c,d,e. Tevens wijziging: aanlevering bij DPARD nu mogelijk.	Criterium 1 t/m 5	Verplicht	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord
Overweging ZIN											
Er is consensus in de werkgroep over het verplicht transparant stellen van de indicatoren. Het proces van de samenwerkingsafspraken MSZ is gevolgd. Dit proces is vormgegeven als een verbetercyclus waarin de relevante partijen hun eigen toetsing uitvoeren (betrokkenheid relevante partijen en registraties, uitvoeren registratietoets, autoriseringsronde). Conform dit proces neemt het Zorginstituut het advies van de werkgroep over.											
Advies ZIN Verplicht transparant											
Operationalisatie	Aard van de wijziging	Criteria Toetsingskader	Advies werkgroep	PFN	FMS	V&VN	ZN	NVZ	NFU	ZKN	WSCie
Indicator 6											
	Oorspronkelijke indicatoren 8a,b zijn nu indicator 6 a,b geworden. (Bevorderen zelfmanagement: aantal pt onder behandeling van internist die gebruik maken van RTCGM en b. voldoet u aan ervaringsnorm voor behandelen van kinderen met RTCGM. Tevens wijziging: aanlevering bij DPARD is nu mogelijk	Criterium 1 t/m 5	Verplicht	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord
Overweging ZIN											
Er is consensus in de werkgroep over het verplicht transparant stellen van de indicatoren. Het proces van de samenwerkingsafspraken MSZ is gevolgd. Dit proces is vormgegeven als een verbetercyclus waarin de relevante partijen hun eigen toetsing uitvoeren (betrokkenheid relevante partijen en registraties, uitvoeren registratietoets, autoriseringsronde). Conform dit proces neemt het Zorginstituut het advies van de werkgroep over.											
Advies ZIN Verplicht transparant											
Operationalisatie	Aard van de wijziging	Criteria Toetsingskader	Advies werkgroep	PFN	FMS	V&VN	ZN	NVZ	NFU	ZKN	WSCie
Indicator 7											
	Geschrapt: Indicator 7 a,b zijn geschrapt (hoeveel merken insulinepompen ingezet bij volwassenen en kinderen). Indicator 7c,d,e is indicator 5a,b,c geworden	Criterium 1 t/m 5	Niet transparant	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord
Overweging ZIN											
Er is consensus in de werkgroep over het laten vervallen van de indicator. Het proces van de samenwerkingsafspraken MSZ is gevolgd. Dit proces is vormgegeven als een verbetercyclus waarin de relevante partijen hun eigen toetsing uitvoeren (betrokkenheid relevante partijen en registraties, uitvoeren registratietoets, autoriseringsronde). Conform dit proces neemt het Zorginstituut het advies van de werkgroep over.											
Advies ZIN Niet transparant											
Operationalisatie	Aard van de wijziging	Criteria Toetsingskader	Advies werkgroep	PFN	FMS	V&VN	ZN	NVZ	NFU	ZKN	WSCie
Indicator 8											
	Geschrapt: Oorspronkelijke indicatoren 8a,b zijn nu indicator 6 geworden. Oorspronkelijke indicator 8 c,d (andere faciliteiten op locatie voor volwassenen en kinderen) zijn vervallen	Criterium 1 t/m 5	Niet transparant	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord
Overweging ZIN											
Er is consensus in de werkgroep over het laten vervallen van de indicator. Het proces van de samenwerkingsafspraken MSZ is gevolgd. Dit proces is vormgegeven als een verbetercyclus waarin de relevante partijen hun eigen toetsing uitvoeren (betrokkenheid relevante partijen en registraties, uitvoeren registratietoets, autoriseringsronde). Conform dit proces neemt het Zorginstituut het advies van de werkgroep over.											
Advies ZIN Niet transparant											
Operationalisatie	Aard van de wijziging	Criteria Toetsingskader	Advies werkgroep	PFN	FMS	V&VN	ZN	NVZ	NFU	ZKN	WSCie
Indicator 9											
	Geschrapt: Indicator 9 (psychosociale ondersteuning) is geschrapt.	Criterium 1 t/m 5	Niet transparant	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord
Overweging ZIN											
Er is consensus in de werkgroep over het laten vervallen van de indicator. Het proces van de samenwerkingsafspraken MSZ is gevolgd. Dit proces is vormgegeven als een verbetercyclus waarin de relevante partijen hun eigen toetsing uitvoeren (betrokkenheid relevante partijen en registraties, uitvoeren registratietoets, autoriseringsronde). Conform dit proces neemt het Zorginstituut het advies van de werkgroep over.											
Advies ZIN Niet transparant											

Indicatorenset Diabetes

Uitvraag ziekenhuizen/ZBC's over verslagjaar 2020

Versie, april 2019

Meer informatie op:

- OmniQ (portaal van DHD) voor aanlevering kwaliteitsgegevens verslagjaar 2019 (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 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	5
2.4	Indicatorenwerkgroep	5
3	Indicatoren	7
4	Wijzigingstabel	14
5	Bijlage: toelichting op informatie per indicator	15

1 Overzicht indicatoren

Indicator-nummer	Indicatornaam	Bron¹	Transparantie?²
1	Voetzorg (volwassenen)	DPARD/ EPD	Verplicht
2	HbA1c kinderen en patiënten behandeling van de kinderarts	DPARD/ EPD	Verplicht
3	Acute opnames kinderen en patiënten onder behandeling van de kinderarts	EPD	Verplicht
4	Volume kinderen en patiënten onder behandeling van de kinderarts)	DPARD/ EPD	Verplicht
5	Insulinepomptherapie	DPARD/ EPD	Verplicht
6	Bevorderen zelfmanagement	DPARD/ EPD	Verplicht

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

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

2 Algemene informatie

2.1 Uitgangspunten

- De indicatoren zijn gebaseerd op bestaande richtlijnen. De ziekenhuizen hebben de mogelijkheid om zich bij de [Dutch Pediatric and Adult Registry of Diabetes \(DPARD\)](#) aan te sluiten. Initiatiefnemers zijn de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK), de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV), de Diabetesvereniging Nederland (DVN) en de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF). De DPARD is op dit moment onder beheer van DICA. De informatie van indicatoren 1, 2, 4, 5 en 6 vallen als een ziekenhuis is aangesloten bij de DPARD direct door te leveren aan het transparantieportaal.

2.2 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 het verslagjaar afgesloten DOT, tenzij anders staat vermeld bij de indicator.

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.

- [inclusiecriteria populatie]

2.3 Aanlevering van de gegevens

Via www.zorginzicht.nl [directe link naar pagina invoegen] 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 Diabetes bestond in 2019 uit de volgende personen:

DVN	Mw. E. Barents, beleidsadviseur
FMS	Mw. E. de Goeij, beleidsadviseur
NVK	Mw. J. Schermer, kinderarts
NIV	Dhr. T. van Bommel, internist
	Dhr. H.J.G. Bilo, internist
	Dhr. J.J.J. de Sonnaville, internist
	Dhr. G. Mantjes, beleidsadviseur
NVK	Mw. J. Schermer, kinderarts
NVZ	Dhr. S. van Aalst, beleidsadviseur
PFN	Dhr. B. van Bruggen, beleidsadviseur
V&VN	Mw. A. Steger
V&VN	Mw. Y. Bouten-Siebers
V&VN- diabeteszorg	Mw. B. Pagrach
ZIN	Mw. B. M. Roede, adviseur
ZN	Mw. L. Vunderink, beleidsadviseur
	Mw. B. Uhlenhop, adviserend geneeskundige

3 Indicatoren

In hoofdstuk 5 staan alle velden in onderstaande indicatortabel toegelicht. Laat bij voorkeur iedere nieuwe indicator op een nieuwe pagina beginnen.

Indicatornaam	Voetzorg volwassenen
Indicatornummer	1
Operationalisatie	Percentage patiënten met diabetes mellitus onder poliklinische behandeling van een internist, waarbij voetonderzoek heeft plaatsgevonden.
Informatie voor cliënten	De indicator streeft naar een situatie waarin bij patiënten met diabetes mellitus onder poliklinische behandeling van een internist een voetonderzoek plaatsvindt.
Transparantie	Verplicht
Type indicator	Proces
Relevantie	Perifere neuropathie en perifere arterieel vaatlijden, al dan niet gecombineerd met standsafwijkingen van de voeten, kunnen aanleiding geven tot invaliderende voetproblemen bij patiënten met diabetes mellitus. Georganiseerde voetzorg en jaarlijks voetonderzoek zijn als onderdeel van de complicatie-screening bij patiënten 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.
Datatype	Percentage
Bron (achtergrond) van de indicator	Document: [richtlijn/standaard/internationale indicatorset] Initiator: [partij]
Rekenregels en definities	
Teller(s)³	Aantal patiënten met diabetes mellitus onder behandeling van een internist, waarbij voetonderzoek heeft plaatsgevonden in het ziekenhuis in het verslagjaar.
Noemer	Aantal patiënten met de diagnose diabetes mellitus onder poliklinische behandeling van de internist in het verslagjaar.
Vraag	
Antwoordopties	Eén antwoord mogelijk
Definitie	Voetonderzoek: 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	Inclusiecriteria: volwassen patiënten met diabetes, die poliklinisch onder behandeling zijn bij de internist in het hele verslagjaar. Het gaat om patiënten met zorgtype 21. Exclusiecriteria: volwassen patiënten 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. Patiënten met een nieuwe DOT (zorgtype 11) worden geëxcludeerd

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

Casemix	
Databron (registratie)	DPARD / EPD / DOT-registratie
Norm	N.v.t.
Meetperiode	01-01-2020 t/m 31-12-2020
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Aanleverniveau	locatieniveau / concernniveau met verwijzende opmerkingen bij iedere locatie

Indicatornaam	HbA1c kinderen en patiënten onder behandeling van de kinderarts
Indicatornummer	2
Operationalisatie	<p>A. Percentage kinderen met diabetes ≤ 18 jaar onder behandeling op de ziekenhuislocatie met een laatst gemeten HbA1c < 58 mmol/mol.</p> <p>B. Percentage patiënten met diabetes > 18 jaar onder behandeling van de kinderarts op de ziekenhuislocatie met een laatst gemeten HbA1c < 58 mmol/mol.</p> <p>C. Percentage kinderen met diabetes ≤ 18 jaar onder behandeling op de ziekenhuislocatie met een laatst gemeten HbA1c > 86 mmol/mol.</p> <p>D. Percentage patiënten met diabetes > 18 jaar onder behandeling van de kinderarts op de ziekenhuislocatie met een laatst gemeten HbA1c > 86 mmol/mol.</p>
Informatie voor cliënten	De indicator geeft inzicht in een zo optimaal mogelijke regulatie van bloedsuikers van patiënten met diabetes.
Transparantie	Verplicht
Type indicator	Uitkomst
Relevantie	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 patiënten met diabetes. Regelmatige monitoring van de mate van diabetesregulatie is essentieel om het proces van zorgverlening tijdig bij te kunnen sturen.
Datatype	Percentage
Bron (achtergrond) van de indicator	<p>- NDF-Zorgstandaard 2015, Addendum Diabetes type 1, deel 2 Kinderen en Adolescenten. Zie: www.zorgstandaarddiabetes.nl</p> <p>- ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2014. Psychological care of children and adolescents with diabetes.</p>
Rekenregels en definities	
Teller(s)⁴	<p>A. Aantal kinderen met diabetes ≤ 18 jaar onder behandeling op de ziekenhuislocatie met een laatst gemeten HbA1c < 58 mmol/mol.</p> <p>B. Aantal patiënten met diabetes > 18 jaar onder behandeling van de kinderarts op de ziekenhuislocatie met een laatst gemeten HbA1c < 58 mmol/mol.</p> <p>C. Aantal kinderen met diabetes ≤ 18 jaar onder behandeling op de ziekenhuislocatie met een HbA1c > 86 mmol/mol.</p>

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

	D. Aantal patiënten met diabetes >18 jaar onder behandeling van de kinderarts op de ziekenhuislocatie met een HbA1c >86 mmol/mol.
Noemer	A. Aantal kinderen met diabetes ≤18jaar. B. Aantal patiënten met diabetes >18 jaar onder behandeling van de kinderarts. C. Aantal kinderen met diabetes ≤18jaar D. Aantal patiënten met diabetes >18 jaar onder behandeling van de kinderarts.
Vraag	
Antwoordopties	Per operationalisatie één antwoord mogelijk
Definitie	Laatst gemeten HbA1c: de HbA1c waarde die op het moment van meten als laatste in de status wordt aangetroffen.
In-/exclusiecriteria	Inclusiecriteria: kinderen en patiënten met diabetes >18 jaar met zorgtype 21 (deze vallen automatisch onder DOT van de kinderartsen; volwassenen hebben een aparte DOT). Exclusiecriteria: kinderen en patiënten met diabetes >18 jaar met een nieuwe DOT (zorgtype 11).
Casemix	
Databron (registratie)	DPARD / EPD / DOT-registratie
Norm	N.v.t.
Meetperiode	01-01-2020 t/m 31-12-2020
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Aanleverniveau	locatieniveau / concernniveau met verwijzende opmerkingen bij iedere locatie

Indicatornaam	Acute opnames kinderen en patiënten behandeling van de kinderarts
Indicatornummer	3
Operationalisatie	A. Aantal diabetesgerelateerde acute opnames van kinderen, onder behandeling op de eigen klinische locatie, op een ziekenhuislocatie in het verslagjaar. B. Aantal kinderen ≤18 jaar, onder behandeling op de eigen ziekenhuislocatie, dat één of meerdere diabetesgerelateerde acute opnames had in het verslagjaar C. Aantal patiënten >18 jaar, onder behandeling van de kinderarts op de eigen ziekenhuislocatie, dat één of meerdere diabetesgerelateerde acute opnames had in het verslagjaar
Informatie voor cliënten	De indicator geeft inzicht in het aantal acute opnames, die in een geval van goede zorg zoveel mogelijk voorkomen dienen te worden.
Transparantie	Verplicht
Type indicator	Uitkomst
Relevantie	De indicator geeft inzicht in het aantal acute opnames, die in een geval van goede zorg zoveel mogelijk voorkomen dienen te worden.
Datatype	Aantal

Bron (achtergrond) van de indicator	- 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.
Rekenregels en definities	
Teller(s)⁵	
Noemer	
Vraag	
Antwoordopties	Per operationalisatie één antwoord mogelijk
Definitie	Diabetesgerelateerde acute opname: Acute opname in verband met diabetische keto-acidose (DKA)
In-/exclusiecriteria	Inclusie: alleen patiënten met zorgtype 21 Exclusie: patiënten met zorgtype 11.
Casemix	
Databron (registratie)	EPD / DOT-registratie / ZIS
Norm	N.v.t.
Meetperiode	01-01-2020 t/m 31-12-2020
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Aanleverniveau	locatieniveau / concernniveau met verwijzende opmerkingen bij iedere locatie

Indicatornaam	Volume kinderarts
Indicatornummer	4
Operationalisatie	Volume kinderen en patiënten onder behandeling van de kinderarts.
Informatie voor cliënten	Indicator zorgt voor inzicht in het aantal patiënten die door kinderartsen wordt behandeld.
Transparantie	Verplicht
Type indicator	Proces
Relevantie	Om zorg adequaat te kunnen leveren en te waarborgen is inzicht nodig in prevalentiecijfers van het aantal patiënten onder behandeling.
Datatype	Aantal
Bron (achtergrond) van de indicator	
Rekenregels en definities	
Teller(s)⁶	
Noemer	
Vraag	
Antwoordopties	Eén antwoord mogelijk
Definitie	Bij het vaststellen van de populatie gaan het om de

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

⁶ Wanneer er meerdere tellers zijn, dan is dit duidelijk in de nummering aangegeven. Bijvoorbeeld 1a, 1b enz.

	onderstaande DOT-codes binnen specialismecode 316 (kindergeneeskunde): zorgtype 11 reguliere zorg; 21 vervolg & diagnoses 7113 Diabetes mellitus met chronische pomptherapie; 7114 Diabetes mellitus overig.
In-/exclusiecriteria	Inclusiecriteria: behandelingen door coassistenten, ANIOS en AIOS. Exclusiecriteria: coassistenten, ANIOS en AIOS.
Casemix	
Databron (registratie)	DPARD / EPD / DOT-registratie
Norm	N.v.t.
Meetperiode	01-01-2020 t/m 31-12-2020
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Aanleverniveau	locatieniveau / concernniveau met verwijzende opmerkingen bij iedere locatie

Indicatornaam	Insulinepomptherapie
Indicatornummer	5
Operationalisatie	<ul style="list-style-type: none"> A. Aantal patiënten met diabetes mellitus, die onder behandeling zijn van de internist, behandeld met insulinepomptherapie B. Aantal patiënten met diabetes mellitus, die onder behandeling zijn van de internist, in verslagjaar 202 gestart met insulinepomptherapie C. Aantal kinderen en patiënten >18 jaar en onder behandeling zijn van de kinderarts met diabetes mellitus, behandeld met insulinepomptherapie
Informatie voor cliënten	Deze indicator laat zien welk deel van de patiënten met diabetes insulinepomptherapie krijgt en of daar in het verslagjaar mee gestart is.
Transparantie	Verplicht
Type indicator	Proces
Relevantie	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 patiënten met diabetes mellitus is het belangrijk dat de geboden kwaliteit bij insulinepomptherapie inzichtelijk is. Deze indicator laat zien welk deel van de patiënten 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.
Datatype	Percentage
Bron (achtergrond) van de indicator	
Rekenregels en definities	
Teller(s)⁷	
Noemer	
Vraag	
Antwoordopties	Per operationalisatie één antwoord mogelijk
Definitie	Een insulinepomp is een klein, draagbaar apparaatje dat 24 uur

⁷ Wanneer er meerdere tellers zijn, dan is dit duidelijk in de nummering aangegeven. Bijvoorbeeld 1a, 1b enz.

	<p>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>Om te bepalen hoeveel volwassenen insulinepomptherapie krijgen, gelden de onderstaande DOT-codes binnen specialismecode 313 (Interne geneeskunde): zorgtype 11 reguliere zorg; 21 vervolg & diagnoses 223 DM chronische pomptherapie.</p> <p>Om te bepalen hoeveel kinderen en patiënten >18 jaar onder behandeling van de kinderarts insulinepomptherapie krijgen, gelden de onderstaande DOT-codes binnen specialismecode 316 (kindergeneeskunde): zorgtype 11 reguliere zorg; 21 vervolg & diagnoses 7113 diabetes mellitus met chronische pomptherapie.</p>
In-/exclusiecriteria	
Casemix	
Databron (registratie)	DPARD / EPD / DOT-registratie
Norm	N.v.t.
Meetperiode	01-01-2020 t/m 31-12-2020
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Aanleverniveau	locatieniveau / concernniveau met verwijzende opmerkingen bij iedere locatie

Indicatornaam	Bevorderen zelfmanagement
Indicatornummer	6
Operationalisatie	<p>A. Hoeveel patiënten met diabetes mellitus, 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?</p>
Informatie voor cliënten	Indicator geeft inzicht over het aantal patiënten behandeld met RTCGM, en inzicht in de ervaring van specialisten die kinderen behandelen.
Transparantie	Verplicht
Type indicator	Proces & Structuur
Relevantie	
Datatype	<p>A. Aantal</p> <p>B. Ja/Nee</p>
Bron (achtergrond) van de indicator	
Rekenregels en definities	
Teller(s)⁸	

⁸ Wanneer er meerdere tellers zijn, dan is dit duidelijk in de nummering aangegeven. Bijvoorbeeld 1a, 1b enz.

Noemer	
Vraag	
Antwoordopties	Per operationalisatie één antwoord mogelijk
Definitie	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. 223 DM chronische pomptherapie.
In-/exclusiecriteria	
Casemix	
Databron (registratie)	DPARD / EPD / DOT-registratie
Norm	N.v.t.
Meetperiode	01-01-2020 t/m 31-12-2020
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Aanleverniveau	locatieniveau / concernniveau met verwijzende opmerkingen bij iedere locatie

4 Wijzigingstabel

Wijzigingstabel ten opzichte van de gids van verslagjaar 2019

Indicator	Wijziging
1	Aanlevering via DPARD mogelijk
2	Aanlevering via DPARD mogelijk
4a	Geschrapt
5acd	Geschrapt
5b	Aanlevering via DPARD mogelijk
6	Geschrapt
7ab	Geschrapt
7cde	Aanlevering via DPARD mogelijk
8ab	Aanlevering via DPARD mogelijk
8cd	Geschrapt
9	Geschrapt

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>