

# Toetstabel Indicatorenset Organisatie van IC vj 2020

Operationalisatie	Aard van de wijziging	Criteria	Advies	PFN	FMS	V&VN	ZN	NVZ	NFU	ZKN
		Toetsingskader	werkgroep							
<b>Indicator 1 , 2a</b>										
Regionale samenwerking en Toepassen PCDA-cyclus op NICE data	Vervangen		Verplicht transparant	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord
<p><b>Overweging ZIN</b></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>										
<b>Advies ZIN</b> Verplicht Transparant										
<b>indicator 2b, 3 en 4</b>										
	Schrappen		Niet transparant	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord
<p><b>Overweging ZIN</b></p> <p>Er is consensus in de werkgroep over het niet 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>										
<b>Advies ZIN</b> Niet transparant										

# Indicatorenset Organisatie van IC

Uitvraag ziekenhuizen/ZBC's over verslagjaar [2020]

Versie, [juni 2019]

Meer informatie op:

- nvt

Samengesteld door:

- Nederlandse Vereniging voor Intensive Care

Met instemming van:

- Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen
- Stichting Topklinische Ziekenhuizen
- Stichting NICE
- V&VN-IC
- Patiëntenfederatie Nederland
- FCIC

Contactinformatie:

- Nederlandse Vereniging voor Intensive Care
- Contactinformatie: Sophie van Tilburg-van Hedel, [bureaumanager@nvc.nl](mailto:bureaumanager@nvc.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	4
4	Wijzigingstabel	7
5	Bijlage: toelichting op informatie per indicator	8

## 1 Overzicht indicatoren

<b>Indicator-nummer</b>	<b>Indicatornaam</b>	<b>Bron<sup>1</sup></b>	<b>Transparantie?<sup>2</sup></b>
1	Regionale samenwerking		verplicht/vrijwillig
2	Toepassen PCDA-cyclus op NICE data		verplicht/vrijwillig

---

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

<sup>2</sup> 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 bron van een indicator geeft aanwijzingen over de validiteit; meet de indicator echt een aspect van kwaliteit van zorg?  
Daarnaast kan een bron informatie bieden over de mogelijke gebruiksdoelen van een indicator, en/of over de vergelijkbaarheid van de indicatorwaarden.*

- 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, dient de data per locatie te worden aangeleverd.

### 2.2 Populatiebepaling

Voor alle indicatoren in deze indicatorenset bestaat de populatie uit:

- Alle intensive-care-patienten

*Baken de populatie op een heldere manier af die voor alle zorgaanbieders die deze zorg leveren, herkenbaar is. Denk hierbij bijvoorbeeld aan:*

- *Alle cliënten met diagnose [X], pathologisch vastgesteld.*
- *Alle cliënten ingevoerd in de kwaliteitsregistratie die in het verslagjaar minimaal 1 consult hebben gehad.*
- *Alle cliënten met DBC [code] waarbij de operatie plaatsvond tussen 01-10-2018 en 30-09-2019, zodat de meting 3 maanden post-operatief van alle cliënten uitgevoerd is binnen het verslagjaar.*
- *Spoedopnames van passanten worden geëxcludeerd.*

### 2.3 Aanlevering van de gegevens

Via [www.zorginzicht.nl](http://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 Organisatie van IC bestond in 2019 uit de volgende personen:

- Diederik Gommers
- Crétien Jacobs
- Iwan van der Horst
- 

## 3 Indicatoren

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

<b>Indicatornaam</b>	Indicator 1 – Regionale samenwerking
<b>Indicatornummer</b>	1
<b>Operationalisatie</b>	Is uw intensive-care-afdeling onderdeel van een regionaal IC-netwerk?
<b>Informatie voor cliënten</b>	Samenwerking binnen de regio is van belang voor goede patientenzorg. Elke IC-afdeling hoort onderdeel te zijn van een netwerk.
<b>Transparantie</b>	verplicht / vrijwillig
<b>Type indicator</b>	uitkomst / proces / structuur
<b>Relevantie</b>	Samenwerking bevordert expertise en de mogelijkheid om de juiste zorg op de juiste plaats te bieden voor alle IC-patienten.
<b>Datatype</b>	tekst / ja/nee / aantal / getal / percentage
<b>Bron (achtergrond) van de indicator</b>	Kwaliteitsstandaard Organisatie van intensive care
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Teller(s)<sup>3</sup></b>	Nvt
<b>Noemer</b>	nvt
<b>Vraag</b>	Is uw intensive-care-afdeling onderdeel van een regionaal IC-netwerk?
<b>Antwoordopties</b>	één antwoord mogelijk / meerdere antwoorden mogelijk + [de opties]
<b>Definitie</b>	Is uw intensive-care-afdeling onderdeel van een regionaal IC-netwerken? Is dit bekrachtigd door uw Raad van Bestuur?
<b>In-/exclusiecriteria</b>	
<b>Casemix</b>	
<b>Databron (registratie)</b>	
<b>Norm</b>	
<b>Meetperiode</b>	01-01-2018 t/m 31-12-2018
<b>Aanleverfrequentie</b>	één keer per jaar
<b>Aanleverniveau</b>	locatieniveau / concernniveau met verwijzende opmerkingen bij iedere locatie, tenzij IC-afdelingen niet als een organisatorische eenheid werken; dan aanleveren per locatie

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

<b>Indicatornaam</b>	Indicator 3 – Toepassen PCDA-cyclus op NICE data
<b>Indicatornummer</b>	3
<b>Operationalisatie</b>	Past u de PDCA-cyclus jaarlijks toe op uw NICE-data?
<b>Informatie voor cliënten</b>	Alle IC-afdelingen leveren verplicht data aan. Hierover ontvangen zij spiegelinformatie. Aan de hand van deze informatie kunnen zij de zorg verbeteren door het toepassen van de zgn. PDCA-cyclus (Do – Plan – Check – Act)
<b>Transparantie</b>	verplicht / vrijwillig
<b>Type indicator</b>	uitkomst / proces / structuur
<b>Relevantie</b>	Of de PCDA-cyclus jaarlijks wordt toegepast op de spiegelinformatie vanuit NICE laat zien dat een IC-afdeling continu bezig is met het verbeteren van de kwaliteit van zorg.
<b>Datatype</b>	tekst / ja/nee / aantal / getal / percentage
<b>Bron (achtergrond) van de indicator</b>	Kwaliteitsstandaard Organisatie van intensive care
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Teller(s)<sup>4</sup></b>	Nvt
<b>Noemer</b>	nvt
<b>Vraag</b>	Past u de PDCA-cyclus jaarlijks toe op uw NICE-data?
<b>Antwoordopties</b>	één antwoord mogelijk / meerdere antwoorden mogelijk + [de opties]
<b>Definitie</b>	
<b>In-/exclusiecriteria</b>	
<b>Casemix</b>	
<b>Databron (registratie)</b>	
<b>Norm</b>	
<b>Meetperiode</b>	01-01-2018 t/m 31-12-2018
<b>Aanleverfrequentie</b>	één keer per jaar
<b>Aanleverniveau</b>	locatieniveau / concernniveau met verwijzende opmerkingen bij iedere locatie, tenzij IC-afdelingen niet als een organisatorische eenheid werken; dan aanleveren per locatie

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

## 4 Wijzigingstabel

Wijzigingstabel ten opzichte van de gids van verslagjaar [2019]

<b>Indicator</b>	<b>Wijziging</b>
1	vervangen
2a	vervangen
2b	schrappen
3a	Schrappen
3b	schrappen
3c	schrappen
4	schrappen



## 5 Bijlage: toelichting op informatie per indicator

<b>Operationalisatie</b>	De indicator in één korte zin omschreven. Let op: vermeld duidelijk de eenheid van de indicator in deze zin. Bijvoorbeeld: 'wachtijd in dagen'.
<b>Informatie voor cliënten</b>	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').
<b>Transparantie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- verplicht (publicatie in Openbare Database van Zorginstituut Nederland)</li> <li>- vrijwillig (geen openbare publicatie. Doorlevering alleen naar patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en zorgaanbieders)</li> </ul>
<b>Type indicator</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uitkomst</li> <li>- Proces</li> <li>- Structuur</li> </ul>
<b>Relevantie</b>	Geef aan waarom de indicator relevant is en voor wie.
<b>Datatype</b>	Het datatype dat moet worden aangeleverd: <ul style="list-style-type: none"> <li>- tekst (vrije tekst of een keuze uit een lijst in de indicatorgids)</li> <li>- ja/nee</li> <li>- aantal (een geheel getal)</li> <li>- getal</li> <li>- percentage (een getal tussen 0 en 100. Teller/noemer *100)</li> </ul>
<b>Bron (achtergrond) van de indicator</b>	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?
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Teller(s)</b>	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.
<b>Noemer</b>	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.
<b>Vraag</b>	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"
<b>Antwoordopties</b>	Bij vragen is het belangrijk aan te geven of er slechts

	<p>één antwoord mogelijk is of meerdere antwoorden mogelijk zijn.</p> <p>Daarnaast moeten de antwoordopties vermeld worden.</p>
<b>Definitie</b>	<p>Indien in de indicator termen worden gebruikt die enige toelichting nodig hebben, zodat betrouwbaar kan worden geregistreerd, dan wordt een definitie gegeven.</p>
<b>In- /exclusiecriteria</b>	<p>Een duidelijke definiëring van de cliëntenpopulatie vertaalt zich uiteindelijk in duidelijke in- en exclusiecriteria.</p> <p>Daarnaast kunnen exclusiecriteria gebruikt worden om vergelijkbaarheid te vergroten. Bijvoorbeeld als bepaalde cliëntengroepen niet gelijk over instellingen zijn verdeeld.</p>
<b>Casemix</b>	<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>
<b>Databron (registratie)</b>	<p>De te gebruiken bron voor het berekenen van de indicatorwaarde. Bijvoorbeeld: LROI, NKR, DLCA-R, EPD, Zorgkaart Nederland</p>
<b>Norm</b>	<p>Als de indicator een norm kent, wordt deze hier in de indicatorgids vermeld. Ook de bron van de norm wordt vermeld.</p>
<b>Meetperiode</b>	<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.</p> <p>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.</p> <p>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>
<b>Aanleverfrequentie</b>	<p>De frequentie waarmee de indicatoren aangeleverd worden. Afspraken over de frequentie worden landelijk gemaakt. Dit is momenteel één keer per jaar.</p>
<b>Aanleverniveau</b>	<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>