

# Indicatorenset DACI

Uitvraag ziekenhuizen/ZBC's over verslagjaar 2022

Versie 2022.1, juni 2021

**Meer informatie op:**

- [www.transparantieportaal.nl](http://www.transparantieportaal.nl)
- [www.dica.nl](http://www.dica.nl)
- [www.zorginzicht.nl](http://www.zorginzicht.nl)

**Samengesteld door:**

Organisaties van cliënten:

- PFN

Organisaties van zorgaanbieders of zorgverleners:

- NVvV

Organisaties van zorgverzekeraars of Wlz-uitvoerders:

- ZN

Overig:

- 

**Aanspreekpunt:**

DICA

indicatoren@dica.nl

**Deze indicatorset is na toetsing opgenomen in het Register van Zorginstituut Nederland. Verplichte en eventuele vrijwillige indicatoren worden aangeleverd via het door de partijen 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	Vast te leggen gegevens	5
4	Indicatoren	6
5	Wijzigingstabel	12
6	Bijlage: toelichting op informatie per indicator	13

## 1 Overzicht indicatoren

<b>Indicator- nummer</b>	<b>Indicatornaam</b>	<b>Bron<sup>1</sup></b>	<b>Transparantie?<sup>2</sup></b>
1	Volume en type carotisinterventies	DACI	Verplicht
2	Wachttijd behandeling	DACI	Verplicht
3	Mortaliteit	DACI	Verplicht
4	Complicaties	DACI	Verplicht
5	Textbook Outcome	DACI	Verplicht

<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 DACI kwaliteitsregistratie.  
Aanlevering op ziekenhuisniveau/ZBC.

- Doel van deze indicatorset is (meerkeuze):
  - o interne sturing (waaronder leren & verbeteren)
  - o verkrijgen van transparantie over verleende zorg (waaronder samen beslissen)
  - o het afleggen van externe verantwoording
  
- Gepubliceerde transparante gegevens uit de openbare database zijn bedoeld voor (meerkeuze):
  - o Cliënten
  - o Zorgaanbieders en zorgverleners
  - o Zorgverzekeraars
  - o Wlz-uitvoerders en andere financiers
  - o Toezichthouders, waaronder de IGJ en NZa
  - o Onderzoekers

De indicatoren zijn gebaseerd op:

- o Professionele standaard, namelijk: Normeringsdocument chirurgische behandeling, versie 8.0. van NVVH
- o Kwaliteitsstandaard, namelijk: .....
- o (Internationale) Indicatorenset, namelijk: .....
- o Afspraken over gegevensuitwisseling, namelijk: .....

### 2.2 Populatiebepaling

Voor alle indicatoren in deze indicatorenset bestaat de populatie uit:

Patiënten die geopereerd worden in verband met een stenose dan wel occlusie van de carotis om een (volgend) neurologisch event te voorkomen aan de hand van een van de volgende ingrepen: een thrombo-endarteriëctomie met – of zonder patch; eversie endarteriëctomie en carotisstent plaatsing.

DACI registratiejaar 2022: 01-01-2022 t/m 31-12-2022. Datum van de interventie wordt gebruikt om te bepalen in welk jaar de patiënt wordt meegenomen bij berekening van de indicatoren.

### 2.3 Aanlevering van de gegevens

Via [www.zorginzicht.nl](http://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 DACI bestond in 2021 uit de volgende personen:

Mw. dr. E.S. van Hattum (voorzitter)  
Drs. G.P. Akkersdijk  
Drs. J.W. Elshof

### 3 Vast te leggen gegevens

Om als zorgaanbieder deze indicatorset te kunnen aanleveren, moeten per cliënt de volgende gegevens (variabelen) worden vastgelegd:<sup>3</sup>

De informatie over de vast te leggen gegevens voor deze indicatorenset zijn te vinden in de datadictionary van de DACI op <https://support.mrdm.nl/registraties/daci/>

---

<sup>3</sup> Als alle zorgaanbieders dezelfde (kwaliteits)registratie gebruiken kun je dit hoofdstuk leeg laten. Als er echter verschillen zijn in registratie of verwerker van gegevens is dit overzicht noodzakelijk om kwaliteit van de gegevens te borgen.

#### 4 Indicatoren

<b>Indicatornaam</b>	Volume en type carotisinterventies
<b>Indicatornummer</b>	1
<b>Operationalisatie</b>	Typen carotisinterventies uitgevoerd op de ziekenhuislocatie.
<b>Informatie voor cliënten</b>	Inzicht in of het ziekenhuis de norm van minimaal 20 interventies per jaar behaald.
<b>Relevantie en toepasbaarheid</b>	NVvH norm
<b>Type indicator</b>	Structuur
<b>Achtergrond van de indicator</b>	Document: Normeringsdocument chirurgische behandeling, versie 8.0. van NVVH Initiator: DACI
<b>Doel van het meten en publiceren</b>	Monitoren van het aantal carotisinterventies ten behoeve van de kwaliteit van de chirurgische behandeling.
<b>Transparantie</b>	Verplicht
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Datatype</b>	Aantal
<b>Teller A</b>	Aantal carotisinterventies geregistreerd in de DACI.
<b>Teller B</b>	Aantal electieve carotis endarteriectomieën (CEA) geregistreerd in de DACI.
<b>Teller C</b>	Aantal electieve carotisstent plaatsingen (CAS) geregistreerd in de DACI.
<b>Antwoordopties</b>	Aantal; één antwoord mogelijk
<b>Aggregatieniveau</b>	Locatieniveau
<b>In-/exclusiecriteria</b>	Patiënten die geopereerd worden in verband met een stenose dan wel occlusie van de carotis om een (volgend) neurologisch event te voorkomen aan de hand van een van de volgende ingrepen: een thrombo-endarteriëctomie met – of zonder patch; eversie endarteriëctomie en carotisstent plaatsing.
<b>Databron (registratie)</b>	DACI
<b>Norm</b>	NVvH norm: in de zorginstelling (ziekenhuislocatie) worden minimaal twintig extracraniële arteria carotis interventies vanwege stenoserend vaatlijden per jaar verricht. (teller A)
<b>Meetperiode</b>	01-01-2022 t/m 31-12-2022
<b>Aanleverfrequentie</b>	Eén keer per jaar
<b>Eerste aanleverdatum</b>	2014

<b>Indicator naam</b>	Wachttijd behandeling
<b>Indicator nummer</b>	2
<b>Operationalisatie</b>	Percentage symptomatische patiënten dat binnen twee weken na het eerste consult in de tweede lijn een carotisinterventie ondergaat, uitgesplitst voor extern verwezen en intern verwezen patiënten.
<b>Informatie voor cliënten</b>	Inzicht in de wachttijd tussen het eerste consult in het ziekenhuis en de carotisinterventie.
<b>Relevantie en toepasbaarheid</b>	Middels deze indicator wordt de wachttijd per ziekenhuis inzichtelijk gemaakt. Een carotisinterventie wordt uitgevoerd om een nieuw neurologisch event te voorkomen. Om een zo groot mogelijk effect van een carotisinterventie te behalen, wordt aangeraden om de patiënt binnen twee weken te opereren.
<b>Type indicator</b>	Proces
<b>Achtergrond van de indicator</b>	Document: Normeringsdocument chirurgische behandeling, versie 8.0. van NVVH, ESVS guideline "Management of Atherosclerotic Carotid and Vertebral Artery Disease (January 2018)" Initiator: DACI
<b>Doel van het meten en publiceren</b>	Waarborgen van adequate wachttijden tussen eerste consult en interventie.
<b>Transparantie</b>	Verplicht
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Datatype</b>	Percentage
<b>Teller A</b>	Aantal patiënten dat binnen twee weken na het eerste consult in de tweede lijn een carotisinterventie ondergaat.
<b>Teller B</b>	Aantal extern verwezen patiënten*** dat binnen twee weken na het eerste consult in de tweede lijn een carotisinterventie ondergaat.
<b>Teller C</b>	Aantal intern verwezen patiënten**** dat binnen twee weken na het eerste consult in de tweede lijn een carotisinterventie ondergaat.
<b>Noemer</b>	Totaal aantal patiënten dat een carotisinterventie ondergaat, opgesplitst voor A, B en C.
<b>Antwoordopties</b>	Percentage; één antwoord mogelijk
<b>Definitie</b>	*Het betreft alle interventies (CAS of CEA) vanwege symptomatische carotisstenose. Bij een symptomatische carotisstenose heeft de voorafgaand aan de carotisinterventie neurologische symptomatologie gehad die kan worden toegeschreven aan het ipsilaterale of het contralaterale carotisstroomgebied. Binnen 2 weken betekent een operatie tot op dag 14 na presentatie. ***Extern verwezen patiënt: patiënt is doorverwezen vanaf een ander ziekenhuis of ziekenhuislocatie voor de carotisinterventie (tertiaire verwijzing). ****Intern verwezen patiënt: patiënt heeft een carotisinterventie ondergaan in dezelfde ziekenhuis(locatie) waar deze zich presenteerde met een symptomatische carotisstenose (interne verwijzing).
<b>Aggregatieniveau</b>	Locatieniveau

<b>In-/exclusiecriteria</b>	Patiënten die geopereerd worden in verband met een stenose dan wel occlusie van de carotis om een (volgend) neurologisch event te voorkomen aan de hand van een van de volgende ingrepen: een thrombo-endarteriëctomie met – of zonder patch; eversie endarteriëctomie en carotisstent plaatsing.
<b>Rekenregels en casemixcorrecties</b>	n.v.t.
<b>Databron (registratie)</b>	DACI
<b>Norm</b>	80% van alle patiënten binnen twee weken na het eerste consult in de tweede lijn geïntervenieerd.
<b>Meetperiode</b>	01-01-2022 t/m 31-12-2022
<b>Aanleverfrequentie</b>	Eén keer per jaar
<b>Eerste aanleverdatum</b>	2016



<b>Indicator naam</b>	Mortaliteit
<b>Indicator nummer</b>	3
<b>Operationalisatie</b>	Percentage patiënten dat een carotisinterventie ondergaat en overlijdt binnen 30 dagen of tijdens de ziekenhuisopname na de interventie.
<b>Informatie voor cliënten</b>	Inzicht in de kans op overlijden binnen 30 dagen of tijdens de ziekenhuisopname na de carotisinterventie.
<b>Relevantie en toepasbaarheid</b>	Middels deze indicator wordt het percentage mortaliteit per ziekenhuis inzichtelijk gemaakt.
<b>Type indicator</b>	Proces
<b>Achtergrond van de indicator</b>	Document: nvt Initiator: DACI
<b>Doel van het meten en publiceren</b>	Monitoren van de mortaliteit van patiënten na behandeling.
<b>Transparantie</b>	Verplicht
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Datatype</b>	Percentage
<b>Teller</b>	Aantal patiënten dat een carotisinterventie ondergaat en overlijdt binnen 30 dagen of tijdens de ziekenhuisopname na de interventie.
<b>Noemer</b>	Totaal aantal patiënten dat een carotisinterventie ondergaat.
<b>Antwoordopties</b>	Percentage; één antwoord mogelijk
<b>Aggregatieniveau</b>	Locatieniveau
<b>In-/exclusiecriteria</b>	Patiënten die geopereerd worden in verband met een stenose dan wel occlusie van de carotis om een (volgend) neurologisch event te voorkomen aan de hand van een van de volgende ingrepen: een thrombo-endarteriëctomie met – of zonder patch; eversie endarteriëctomie en carotisstent plaatsing.
<b>Rekenregels en casemixcorrecties</b>	nvt
<b>Databron (registratie)</b>	DACI
<b>Meetperiode</b>	01-01-2020 t/m 31-12-2022 (berekend over 3 jaren)
<b>Aanleverfrequentie</b>	Eén keer per jaar
<b>Eerste aanleverdatum</b>	2017

<b>Indicatornaam</b>	Complicaties
<b>Indicatornummer</b>	4
<b>Operationalisatie</b>	Percentage patiënten dat een carotisinterventie ondergaat en een complicatie heeft binnen 30 dagen na de interventie. Uitgesplitst voor: nabloeding, letsel hersenzenuw en neurologisch event.
<b>Informatie voor cliënten</b>	Inzicht in de kans op complicaties na de carotisinterventie.
<b>Relevantie en toepasbaarheid</b>	Middels deze indicator wordt het percentage complicaties per ziekenhuis inzichtelijk gemaakt. De complicaties zijn opgesplitst in nabloeding, letsel aan de hersenzenuw en neurologisch event om inzichtelijk te maken op welk punt een ziekenhuis zich kan verbeteren.
<b>Type indicator</b>	Proces
<b>Achtergrond van de indicator</b>	Document: nvt Initiator: DACI
<b>Doel van het meten en publiceren</b>	Monitoren van de complicaties na behandeling.
<b>Transparantie</b>	Verplicht
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Datatype</b>	Percentage
<b>Teller A</b>	Aantal patiënten dat een carotisinterventie ondergaat en een nabloeding heeft binnen 30 dagen na de interventie.
<b>Teller B</b>	Aantal patiënten dat een carotisinterventie ondergaat en een letsel aan de hersenzenuw heeft binnen 30 dagen na de interventie.
<b>Teller C</b>	Aantal patiënten dat een carotisinterventie ondergaat en een neurologisch event* heeft binnen 30 dagen na de interventie.
<b>Noemer</b>	Aantal patiënten dat een carotisinterventie ondergaat.
<b>Antwoordopties</b>	Percentage
<b>Definitie</b>	*Neurologisch event: TIAs worden hierbij niet meegerekend
<b>Aggregatieniveau</b>	Locatieniveau
<b>In-/exclusiecriteria</b>	Patiënten die geopereerd worden in verband met een stenose dan wel occlusie van de carotis om een (volgend) neurologisch event te voorkomen aan de hand van een van de volgende ingrepen: een thrombo-endarteriëctomie met – of zonder patch; eversie endarteriëctomie en carotisstent plaatsing.
<b>Rekenregels en casemixcorrecties</b>	nvt
<b>Databron (registratie)</b>	DACI
<b>Meetperiode</b>	01-01-2020 t/m 31-12-2022 (berekend over 3 jaren)
<b>Aanleverfrequentie</b>	Eén keer per jaar
<b>Eerste aanleverdatum</b>	2017

<b>Indicator naam</b>	Textbook Outcome
<b>Indicator nummer</b>	5
<b>Operationalisatie</b>	Percentage patiënten die een carotisinterventie ondergaan waarbij de postoperatieve zorg voldoet aan het criterium Textbook Outcome.
<b>Informatie voor cliënten</b>	Inzicht in de kans op Textbook Outcome na de carotisinterventie.
<b>Relevantie en toepasbaarheid</b>	Middels deze indicator wordt het percentage Textbook Outcome per ziekenhuis inzichtelijk gemaakt. Textbook Outcome is een samengestelde indicator en beschrijft het percentage patiënten dat géén ongewenste uitkomst tijdens de perioperatieve periode heeft behaald.
<b>Type indicator</b>	Uitkomst
<b>Achtergrond van de indicator</b>	Document: Kuhrij LS, Karthaus EG, Vahl AC, Willems MCM, Elshof JW, de Borst GJ; Dutch Audit for Carotid Interventions (DACI) Collaborators. A Composite Measure for Quality of Care in Patients with Symptomatic Carotid Stenosis Using Textbook Outcome. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2020 Oct;60(4):502-508. doi: 10.1016/j.ejvs.2020.06.012. Epub 2020 Jul 27. PMID: 32732140. Initiator: DACI
<b>Doel van het meten en publiceren</b>	Inzichtelijk maken van kwaliteit van zorg rondom carotis interventies.
<b>Transparantie</b>	Verplicht
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Datatype</b>	Percentage
<b>Teller</b>	Aantal patiënten dat een carotisinterventie ondergaat, dat postoperatief voldoet aan het criterium textbook outcome*.
<b>Noemer</b>	Aantal patiënten dat een carotisinterventie ondergaat.
<b>Antwoordopties</b>	Percentage
<b>Definitie</b>	*Textbook outcome: geen neurologisch event, geen defect hersenzenuw, geen nabloeding die leidt tot een re-interventie, geen chirurgische complicatie, opnameduur niet langer dan 5 dagen, geen heropname en geen sterfte binnen 30 dagen na carotisinterventie.
<b>Aggregatieniveau</b>	locatieniveau
<b>In-/exclusiecriteria</b>	Patiënten die geopereerd worden in verband met een stenose dan wel occlusie van de carotis om een (volgend) neurologisch event te voorkomen aan de hand van een van de volgende ingrepen: een thrombo-endarteriëctomie met – of zonder patch; eversie endarteriëctomie en carotisstent plaatsing.
<b>Rekenregels en casemixcorrecties</b>	nvt
<b>Databron (registratie)</b>	DACI
<b>Meetperiode</b>	01-01-2020 t/m 31-12-2022 (berekend over 3 jaren)
<b>Aanleverfrequentie</b>	Eén keer per jaar
<b>Eerste aanleverdatum</b>	2022

## 5 Wijzigingstabel

Wijzigingstabel ten opzichte van de gids van verslagjaar 2021

<b>Indicator (nummer oud, nummer nieuw, INID)</b>	<b>Wijziging</b>
5 nieuw INID nodig	Indicator Textbook Outcome toegevoegd

## 6 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>Relevantie en toepasbaarheid</b>	Geef aan waarom de indicator relevant is en voor wie.
<b>Type indicator</b>	- Uitkomst - Proces - Structuur
<b>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>Doel van het meten en publiceren</b>	Beschrijf wat beoogd wordt met het meten en publiceren. Geef aan voor welke fase in het zorgproces de indicator relevant is; eventueel voor welke type zorginstelling. Geef ook aan – waar van toepassing – in welke situatie de indicator niet langer relevant is.
<b>Transparantie</b>	- verplicht (publicatie in Openbare Database van Zorginstituut Nederland) - vrijwillig (geen openbare publicatie. Doorlevering alleen naar patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en zorgaanbieders)
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Datatype</b>	Het datatype dat moet worden aangeleverd: - 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)
<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 één antwoord mogelijk is of meerdere antwoorden mogelijk zijn. Daarnaast moeten de antwoordopties vermeld worden.
<b>Definitie</b>	Indien in de indicator termen worden gebruikt die enige toelichting nodig hebben, zodat betrouwbaar kan worden geregistreerd, dan wordt een definitie gegeven.
<b>Aggregatieniveau</b>	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.
<b>In- /exclusiecriteria populatie</b>	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.
<b>Rekenregels en casemixcorrecties</b>	Rekenregels voor het berekenen van de indicatorwaarde. 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.
<b>Databron (registratie)</b>	De te gebruiken bron voor het berekenen van de indicatorwaarde. Bijvoorbeeld: LROI, NKR, DLCA-R, EPD, Zorgkaart Nederland
<b>Norm</b>	Als de indicator een norm kent, wordt deze hier in de indicatorgids vermeld. Ook de bron van de norm wordt vermeld.
<b>Meetperiode</b>	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.
<b>Aanleverfrequentie</b>	De frequentie waarmee de indicatoren aangeleverd worden. Afspraken over de frequentie worden landelijk gemaakt. Dit is momenteel één keer per jaar.

<b>Eerste aanleverdatum</b>	Geef aan op welke datum deze versie van de indicator bij het Zorginstituut moet worden aangeleverd. Deze datum wordt opgenomen op de Transparantiekalender.
---------------------------------	---