

Toetstabel Diabetes verslagjaar 2022

Operationalisatie	Aard van de wijziging	Criteria	Advies werkgroep	PFN	FMS	V&VN	ZN	NVZ	NFU	ZKN	WSCie
Indicator 1 en 3a, 3b.											
		Toetsingskader									
		Criterion 1 t/m 6	schrappen	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord
Overweging ZIN	Er is consensus in de werkgroep over het schrappen van indicator 1, 3a, 3b en 3c. 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	Schrappen										
Indicator 1 (nieuw)											
		Criterion 1 t/m 6	Verplicht	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord
Overweging ZIN	Er is consensus in de werkgroep over het toevoegen van een nieuwe indicator eGFR. 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										
Indicator 2B, 4B en 6B (nieuw)											
		Criterion 1 t/m 6	Verplicht	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord
Overweging ZIN	Er is consensus in de werkgroep over het toevoegen van een nieuwe 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	verplicht transparant										
Indicator 3 (nieuw)											
		Criterion 1 t/m 6	Verplicht	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	Niet akkoord.		Niet akkoord.	akkoord, idem als NVZ
Overweging ZIN	Er is geen consensus in de werkgroep over het toevoegen van een nieuwe indicator. NVZ en NFU wijzen op de afspraken in het ontwikkelkader over het beperken van de aangedragen argumenten waarbij het nut wordt betwist van deze indicator bij het inzichtelijk maken van de kwaliteit van zorg. Het invoeren van een landelijk register voor kwaliteitsregister verloopt niet zo snel als NVZ aangeeft, dat is voor ZIN dan ook nog geen reden om deze indicator te weren van de Transparantiekalender. Zorginstituut constateert dat onvoldoende duidelijk is gemaakt of deze indicator bijdraagt aan het inzichtelijk maken van de kwaliteit van zorg. Zorginstituut adviseert daarom deze indicator niet transparant te maken.										
Advies ZIN	niet transparant										
Indicator 5											
		Criterion 1 t/m 6	Verplicht	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord
Overweging ZIN	Er is consensus in de werkgroep over het wijzigen van de volgorde. 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										
Indicator 1, 2, 3, 5, 6											
		Criterion 1 t/m 6	Schrappen	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord
Overweging ZIN	Toevoeging inclusiecriteria HbA1c verricht zijn in het verslagjaar bij de DBC's die onder de populatie vallen. Er is consensus in de werkgroep over de toevoegingen aan de inclusiecriteria. 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	Schrappen										

Indicatorenset DPARD

Uitvraag ziekenhuizen/ZBC's over verslagjaar 2022

Versie 2022.2, juni 2021

Meer informatie op:

- www.transparantieportaal.nl
- www.dica.nl
- www.zorginzicht.nl

Samengesteld door:

Stichting BIDON

- Nederlandse Internisten Vereniging
- Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
- Diabetesvereniging Nederland

Patiëntenfederatie Nederland

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen

Zorgverzekeraars Nederland

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 partij 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 gegevens	5
2.4	Indicatorenwerkgroep	6
3	Indicatoren	8
4	Wijzigingstabel	18
5	Bijlage: toelichting op informatie per indicator	19

1 Overzicht indicatoren

Indicator-nummer¹	Indicatornaam	Bron²	Transparantie?³
1	Nierfunctie volwassenen	DPARD	Verplicht
2	HbA1c kinderen en volwassenen	DPARD	Verplicht
3	Volume kinderarts en internist	DPARD	Verplicht
4	Insulinepomp therapie	DPARD	Verplicht
5	Bevorderen zelfmanagement kinderen en volwassenen	DPARD	Verplicht

¹ Kies in de gids voor een heldere nummering: 1, 2, 3 en voor subindicatoren 1a, 1b, 1c. Gelaagdheid, gebruik van punten of romeinse cijfers zorgt voor onduidelijkheid. Het indicatornummer is handig voor gebruik in deze gids, maar zorgt bij het raadplegen van gegevens van verschillende jaren vaak voor verwarring, omdat indicatornummers vaak wijzigen, terwijl de indicator zelf gelijk blijft. Om die reden geeft Zorginstituut Nederland een uniek indicator-ID (INID) af voor iedere verplichte indicator.

² Vul hier de bron van de indicator in (bijvoorbeeld kwaliteitsregistratie X, EPD, ZIS, etc.)

³ 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 en zijn aan te leveren via de DPARD kwaliteitsregistratie. Aanlevering geschiedt op ziekenhuisniveau/ZBC.

- Doel van deze indicatorset is (meerkeuze):
 - X interne sturing (waaronder leren & verbeteren)
 - X 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):
 - X Cliënten
 - X Zorgaanbieders en zorgverleners
 - X Zorgverzekeraars
 - o Wlz-uitvoerders en andere financiers
 - o Toezichthouders, waaronder de IGJ en NZa
 - o Onderzoekers

 - o De indicatoren zijn gebaseerd op:
 - X Professionele standaard, namelijk: Richtlijnen van Nederlandse Internisten Vereniging (NIV), American Diabetes Association (ADA) en International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes (ISPAD)
 - o Kwaliteitsstandaard, namelijk:
 - o (Internationale) Indicatorenset, namelijk: National Diabetes Register (NDR) Zweden, National Diabetes Audit (NDA) Engeland
 - o Afspraken over gegevensuitwisseling, namelijk:

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 het DOT.

Diabetes Volwassenen

De populatie voor de indicatorenset Diabetes Volwassenen bestaat uit het aantal patiënten dat op enig moment in het verslagjaar voldoet aan een DOT bestaande uit alle 3 voorwaarden:

- Zorgtype 21
- Specialisme code 313
- Diagnosecode 221, 222 of 223

Belangrijk:

- Patiënten worden slechts 1 keer meegeteld, ook als zij meerdere malen de diagnosecode 221, 222 en/of 223 hebben gekregen
- 'Lege DBC's' worden niet meegeteld worden; er moet een (al dan niet declarabele) verrichting zijn geweest binnen de DBC om de patiënt te selecteren.

- 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.
- Er gelden inclusie/exclusiecriteria zoals benoemd in de factsheets.

Diabetes Kinderen

De populatie voor de indicatorenset Diabetes Kinderen bestaat uit het aantal patiënten dat op enig moment in het verslagjaar voldoet aan een DOT bestaande uit alle 3 voorwaarden:

- Zorgtype 21
- Specialisme code 316
- Diagnosecode 7113 of 7114

Belangrijk:

- Patiënten worden slechts 1 keer meegeteld, ook als zij meerdere malen een DOT of de diagnosecode 7113 en/of 7114 hebben gekregen
- 'Lege DBC's' worden niet meegeteld worden; er moet een (al dan niet declarabele) verrichting zijn geweest binnen de DBC om de patiënt te selecteren.
- 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.
- Er gelden inclusie/exclusiecriteria zoals benoemd in de factsheets.
- 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 de DOT, bijvoorbeeld de aanwezigheid van een specifieke verrichting. Voorts worden patiënten met zwangerschapsdiabetes sowieso niet meegenomen in de indicatorenset Diabetes, omdat dit per definitie een tijdelijke aandoening betreft.

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.

2.3 Aanlevering van 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 indicatorenset en Diabetes bestond in 2021 uit de volgende personen:

- Mw. dr. C.L. Verheugt, internist-vasculair geneeskundige, Amsterdam UMC (voorzitter)
- Mw. drs. E.S.E. Barents, beleidsadviseur, Diabetesvereniging Nederland, Leusden
- Dhr. dr. T. van Bommel, internist-vasculair geneeskundige, Gelre Ziekenhuizen
- Dhr. G. Mantjes, beleidsadviseur kwaliteitsmeting – medische innovatie, NIV
- Dhr dr. D. Mul, kinderarts-endocrinoloog, Diabeter, Rotterdam
- Dhr. prof. dr. M. Nieuwdorp, internist-endocrinoloog, Amsterdam UMC, Amsterdam
- Dhr dr. T.C.J. Sas, kinderarts-endocrinoloog, Erasmus MC/Diabeter, Rotterdam
- Mw. drs. J.J. Schermer-Rotte, kinderarts-endocrinoloog, Elisabeth-Tweesteden Ziekenhuis
- Dhr. dr. E.H. Serné, internist-vasculair geneeskundige, Amsterdam UMC
- Dhr. dr. H.W. de Valk, internist-endocrinoloog, UMC Utrecht
- Drs. J.C.G. Bak, arts-onderzoeker, Amsterdam UMC & DICA

3 Vast te leggen gegevens

Om als zorgaanbieder deze indicatorset te kunnen aanleveren, moeten per cliënt de volgende gegevens (variabelen) worden vastgelegd:⁴

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

⁴ 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

Indicatornaam	Nierfunctie volwassenen
Indicatornummer	1
Operationalisatie	eGFR van patiënten met diabetes mellitus onder behandeling van de internist
Informatie voor cliënten	De indicator streeft naar een situatie waarin bij patiënten met diabetes mellitus onder poliklinische behandeling van een internist een eGFR<60ml/min gemeten wordt (laatste meting).
Relevantie en toepasbaarheid	Nierschade is een van de belangrijkste microvasculaire complicaties van diabetes mellitus met grote gevolgen. Het draagt bij aan de al verhoogde kans op macrovasculaire complicaties zoals hartinfarcten, en kan leiden tot terminaal nierfalen en dialyse. Monitoring van de nierfunctie is daarom van groot belang voor zowel patiënt als arts, zodat nierschade in een vroeg stadium kan worden gedetecteerd en vervolgd.
Type indicator	Uitkomst
Achtergrond van de indicator	Document: richtlijn (nefrologie, Chronische Nierschade, 2018) Initiator: BIDON (NIV+NVK+DVN)
Doel van het meten en publiceren	Het doel van deze indicator is een globaal beeld geven van de microvasculaire complicatie nefropathie bij patiënten met diabetes mellitus. Diabetische nefropathie is de belangrijkste oorzaak van dialyse. Bovendien is de nierfunctie, in tegenstelling tot andere microvasculaire complicaties, gemakkelijk vast te stellen vanuit het EPD. De waarde van <60 ml/min is dus niet bedoeld als strikte afkapwaarde/streefwaarde, maar om een beeld te geven van de omvang van het aantal diabetes patiënten met verminderde nierfunctie. De fase van het zorgproces waar deze indicator betrekking op heeft is de poliklinische zorg.
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Percentage
Teller	Aantal volwassenen met diabetes mellitus onder behandeling van de internist met een laatst gemeten eGFR<60 ml/min
Noemer	Aantal volwassenen met diabetes mellitus onder behandeling van de internist
Antwoordopties	Percentage; één antwoord mogelijk
Definitie	eGFR berekening volgens CKD-EPI, of de eerder gebruikte MDRD of Cockcroft Gault. Het gaat om de laatst gemeten eGFR van dit verslagjaar. Dit betreft poliklinische controle van de nierfunctie door een internist, nierfunctiecontrole door andere specialisten of tijdens een klinische opname valt hier niet onder?
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria	Inclusie: <ul style="list-style-type: none"> • Patiënten met diabetes mellitus, die poliklinisch onder behandeling zijn bij de internist in het hele verslagjaar. Het gaat om patiënten met zorgtype 21. • Er moet een poliklinisch consult zijn geweest bij de internist, arts-assistent of diabetesverpleegkundige in het verslagjaar behorende bij de DBC's genoemd onder punt 2.2. • Óf er moet een HbA1c verricht zijn in het verslagjaar bij de

	<p>DBC's genoemd onder punt 2.2.</p> <p>Exclusie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Volwassen patiënten met diabetes met alleen een klinisch consult door de internist, dan wel een eenmalig poliklinisch consult om welke reden dan ook. • Lege DBC's. • Patiënten met een nieuwe DOT (zorgtype 11).
Rekenregels en casemixcorrecties	Datum laatste bepaling eGFR, eGFR waarde in ml/min/1.73m ²
Databron (registratie)	DPARD
Meetperiode	01-01-2022 t/m 31-12-2022
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2022

Indicator naam	HbA1c kinderen en volwassenen
Indicator nummer	2
Operationalisatie	HbA1c patiënten (kinderen en patiënten ≥ 18 jaar) met diabetes mellitus onder behandeling van de kinderarts of patiënten onder behandeling van de internist
Informatie voor cliënten	De indicator geeft inzicht in bloedglucosewaarden van patiënten met diabetes mellitus
Relevantie en toepasbaarheid	Het doel van de behandeling van diabetes mellitus is het voorkomen korte- en lange termijn complicaties, de hoeksteen van deze behandeling is een zo optimaal mogelijk gereguleerde bloedglucose van patiënten met diabetes mellitus op elke leeftijd. Regelmatige monitoring van de mate van deze regulatie zijn essentieel om dit zorgproces tijdig bij te kunnen sturen.
Type indicator	Uitkomst
Achtergrond van de indicator	Document: international richtlijn Glycemic targets; Children and Adolescents, American Diabetes Association Initiator: BIDON (NIV+NVK+DVN)
Doel van het meten en publiceren	Het doel van deze indicator is een globaal beeld geven van de bloedglucosewaarden bij patiënten met diabetes mellitus. De gegeven afkapwaarden zijn dus niet bedoeld als strikte afkapwaarde/streefwaarde. De fase van het zorgproces waar deze indicator betrekking op heeft is de poliklinische zorg.
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Percentage
Teller A	Aantal patiënten (kinderen en patiënten ≥ 18 jaar) met diabetes mellitus onder behandeling van de kinderarts met een laatst gemeten HbA1c < 58 mmol/mol.
Teller B	Aantal patiënten met diabetes mellitus onder behandeling van de internist met een laatst gemeten HbA1c < 58 mmol/mol.
Teller C	Aantal patiënten (kinderen en patiënten ≥ 18 jaar) onder behandeling van de kinderarts met een laatst gemeten HbA1c > 86 mmol/mol.
Teller D	Aantal patiënten met diabetes mellitus onder behandeling van de internist met een laatst gemeten HbA1c > 86 mmol/mol.
Noemer A	Aantal patiënten (kinderen en patiënten ≥ 18 jaar) met diabetes mellitus onder behandeling van de kinderarts.
Noemer B	Aantal patiënten met diabetes mellitus onder behandeling van de internist.
Noemer C	Aantal patiënten (kinderen en patiënten ≥ 18 jaar) met diabetes mellitus onder behandeling van de kinderarts.
Noemer D	Aantal patiënten met diabetes mellitus onder behandeling van de internist.
Antwoordopties	Percentage; één antwoord mogelijk
Definitie	*Laatst gemeten HbA1c: de HbA1c waarde die op het moment van meten als laatste in de status wordt aangetroffen. Bij aanlevering via DPARD betreft dit de laatst aangeleverde HbA1c waarde van dat betreffende verslagjaar.
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria	Inclusie: <ul style="list-style-type: none"> Patiënten (kinderen en patiënten ≥ 18 jaar) met diabetes mellitus onder poliklinische controle van de kinderarts of

	<p>patiënten onder controle van de internist. Patiënten waren het gehele verslagjaar onder controle van de kinderarts of internist. Het gaat om patiënten met zorgtype 21.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er moet een poliklinisch consult zijn geweest bij de internist, kinderarts, arts-assistent of diabetesverpleegkundige in het verslagjaar behorende bij de DBC's genoemd onder punt 2.2. • Óf er moet een HbA1c verricht zijn in het verslagjaar bij de DBC's genoemd onder punt 2.2. <p>Exclusie: Patiënten (kinderen en patiënten ≥ 18 jaar) met een nieuwe DOT (zorgtype 11).</p>
Rekenregels en casemixcorrectie	Datum laatste bepaling HbA1c, HbA1c waarde in mmol/mol, geboortedatum
Databron (registratie)	DPARD
Meetperiode	01-01-2022 t/m 31-12-2022
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2022

Indicator naam	Volume kinderarts en internist
Indicator nummer	3
Operationalisatie	Volume patiënten (kinderen en patiënten ≥ 18 jaar) met diabetes mellitus onder behandeling van de kinderarts of patiënten onder behandeling van de internist
Informatie voor cliënten	Indicator zorgt voor inzicht in het aantal patiënten, die behandeld worden door kinderartsen of internisten.
Relevantie en toepasbaarheid	Het doel van de behandeling van diabetes mellitus is het voorkomen korte- en lange termijn complicaties, dit kan onder andere bereikt worden door intensieve monitoring van diabetespatiënten. Dat het aantal patiënten bekend is, is essentieel om het zorgproces tijdig bij te kunnen sturen.
Type indicator	Proces
Achtergrond van de indicator	Document: richtlijn (Glycemic targets; Children and Adolescents, American Diabetes Association Initiator: BIDON (NIV+NVK+DVN)
Doel van het meten en publiceren	Het doel van deze indicator is een globaal beeld geven van het aantal patiënten met diabetes mellitus onder controle van de internist en de kinderarts. Deze volumes zijn dus niet bedoeld als volumennorm. De fase van het zorgproces waar deze indicator betrekking op heeft is de poliklinische zorg.
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Aantal
Teller A	Aantal patiënten (kinderen en patiënten ≥ 18 jaar) met diabetes mellitus onder behandeling van de kinderarts.
Teller B	Aantal patiënten met diabetes mellitus onder behandeling van de internist.
Antwoordopties	Aantal; één antwoord mogelijk
Definitie	Onder behandeling wordt verstaan het poliklinisch vervolgen van diabetes patiënten in het betreffende verslagjaar (voor aanvullende informatie zie inclusie en exclusie criteria).
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria	<p>Inclusie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patiënten (kinderen en patiënten ≥ 18 jaar) met diabetes mellitus onder poliklinische controle van de kinderarts of patiënten onder controle van de internist. Patiënten waren het gehele verslagjaar onder controle van de kinderarts of internist. Het gaat om patiënten met zorgtype 21. • Er moet een poliklinisch consult zijn geweest bij de internist, kinderarts, arts-assistent of diabetesverpleegkundige in het verslagjaar behorende bij de DBC's genoemd onder punt 2.2. • Óf er moet een HbA1c verricht zijn in het verslagjaar bij de DBC's genoemd onder punt 2.2. <p>Exclusie: Patiënten (kinderen en patiënten ≥ 18 jaar) met een nieuwe DOT (zorgtype 11).</p>
Rekenregels en casemixcorrecties	Polibezoekdatum bij internist of kinderarts en geboortedatum
Databron (registratie)	DPARD

Meetperiode	01-01-2022 t/m 31-12-2022
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2022

Indicator naam	Insulinepomp therapie
Indicator nummer	4
Operationalisatie	Aantal patiënten 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.
Relevantie en toepasbaarheid	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.
Type indicator	Proces
Achtergrond van de indicator	Document: richtlijn (CSII, NIV) Initiator: BIDON (NIV+NVK+DVN)
Doel van het meten en publiceren	Het doel van deze indicator is een globaal beeld geven van het aantal patiënten met diabetes mellitus, dat insulinepomptherapie gebruikt. Dit volume is dus niet bedoeld als volumenorm. De fase van het zorgproces waar deze indicator betrekking op heeft is de poliklinische zorg.
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Aantal
Teller A	Aantal patiënten (kinderen en patiënten ≥ 18 jaar) onder behandeling van de kinderarts met diabetes mellitus, die behandeld zijn met insulinepomptherapie*.
Teller B	Aantal patiënten met diabetes mellitus onder behandeling van de internist, die behandeld worden met insulinepomptherapie*.
Teller C	Aantal patiënten met diabetes mellitus onder behandeling van de internist, die in verslagjaar 2022 gestart zijn met insulinepomptherapie*.
Antwoordopties	Aantal; één antwoord mogelijk
Definitie	*Een insulinepomp is een klein, draagbaar apparaat dat 24 uur per dag snelwerkende insuline subcutaan toedient. De pomp geeft de insuline af via een dunne slang 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.
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria	Inclusie: <ul style="list-style-type: none"> • DOT code binnen specialismecode 313 (interne geneeskunde): zorgtype 21 vervolg & diagnoses; 223 DM chronische pomptherapie. • DOT code binnen specialismecode 316 (kindergeneeskunde): zorgtype 21 vervolg & diagnoses; 7113 diabetes mellitus met chronische pomptherapie. • Er moet een poliklinisch consult zijn geweest bij de internist, kinderarts, arts-assistent of diabetesverpleegkundige in het verslagjaar behorende bij de DBC's genoemd onder punt 2.2.

	<ul style="list-style-type: none"> • Óf er moet een HbA1c verricht zijn in het verslagjaar bij de DBC's genoemd onder punt 2.2. <p>Exclusie: Patiënten (kinderen en patiënten ≥ 18 jaar) met een nieuwe DOT (zorgtype 11).</p>
Rekenregels en casemixcorrecties	Insulinepomptherapie en geboortedatum
Databron (registratie)	DPARD
Meetperiode	01-01-2022 t/m 31-12-2022
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	Onbekend

Indicator naam	Bevorderen zelfmanagement kinderen en volwassenen
Indicator nummer	5
Operationalisatie	Aantal patiënten (kinderen en patiënten ≥ 18 jaar) met diabetes mellitus onder behandeling van de kinderarts of internist, die gebruik maken van Real Time Continue Glucose Monitoring (RT-CGM).
Informatie voor cliënten	Deze indicator geeft inzicht over het aantal patiënten met RT-CGM en de ervaring van medisch specialisten met deze vorm van glucose monitoring
Relevantie en toepasbaarheid	Deze indicator geeft inzicht over het aantal patiënten met RT-CGM en de ervaring van medisch specialisten met deze vorm van glucose monitoring, wat een belangrijke toevoeging is aan de goede behandeling van patiënten met diabetes mellitus.
Type indicator	Proces
Achtergrond van de indicator	Document: standaard (ZiNL, Bredere vergoeding Realtime Glucose Monitoring vanuit het basispakket: wanneer en voor wie?) Initiator: BIDON (NIV+NVK+DVN)
Doel van het meten en publiceren	Het doel van deze indicator is een globaal beeld geven van het aantal patiënten met diabetes mellitus dat RT-CGM gebruikt. Dit volume is dus niet bedoeld als volumenorm. De fase van het zorgproces waar deze indicator betrekking op heeft is de poliklinische zorg.
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Aantal
Teller A	Aantal patiënten (kinderen en patiënten ≥ 18 jaar) met diabetes mellitus onder behandeling van de kinderarts, die gebruik maken van Real Time Continue Glucose Monitoring (RT-CGM).
Teller B	Aantal patiënten met diabetes mellitus onder behandeling van de internist, die gebruik maken van Real Time Continue Glucose Monitoring (RT-CGM).
Antwoordopties	Aantal; 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. Het betreft hier DBC-declaratiecode 223: DM chronische pomptherapie.
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria	Inclusie: Inclusie: <ul style="list-style-type: none"> • Patiënten (kinderen en patiënten ≥ 18 jaar) met diabetes mellitus onder poliklinische controle van de kinderarts of patiënten onder controle van de internist. Patiënten waren het gehele verslagjaar onder controle van de kinderarts of internist. Het gaat om patiënten met zorgtype 21. Er moet een poliklinisch consult zijn geweest bij de internist, kinderarts, arts-assistent of diabetesverpleegkundige in het verslagjaar behorende bij de DBC's genoemd onder punt 2.2. • Óf er moet een HbA1c verricht zijn in het verslagjaar bij de

	<p>DBC's genoemd onder punt 2.2.</p> <p>Exclusie: Patiënten (kinderen en patiënten ≥ 18 jaar) met een nieuwe DOT (zorgtype 11). <ul style="list-style-type: none"> • Lege DBC's. </p>
Rekenregels en casemixcorrecties	RT-CGM en geboortedatum
Databron (registratie)	DPARD
Meetperiode	01-01-2022 t/m 31-12-2022
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2022

5 Wijzigingstabel

Wijzigingstabel ten opzichte van de gids van verslagjaar 2020

Indicator (nummer oud, nummer nieuw, INID)	Wijziging
1 (oud), INID008462	Geschrap
1 (nieuw INID nodig)	Indicator eGFR toegevoegd
2 (nieuw INID nodig voor 2B)	Indicator ook voor patiënten onder behandeling van de internist (2B)
3ABC (oud);	Geschrap
3 (nieuw INID nodig voor 3B)	Indicator ook voor patiënten onder behandeling van de internist (3B)
4 (nieuw INID nodig voor 4 A,B,C)	Volgorde indicatoren 4A,B,C gewijzigd
5AB (INID011720; nieuw INID nodig voor 5B)	Gewijzigd – 5B specifiek voor patiënten onder behandeling van de internist

6 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').
Relevantie en toepasbaarheid	Geef aan waarom de indicator relevant is en voor wie.
Type indicator	<ul style="list-style-type: none"> - Uitkomst - Proces - Structuur
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?
Doel van het meten en publiceren	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.
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)
Rekenregels en definities	
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)
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

	<p>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"</p>
Antwoordopties	<p>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.</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>
Aggregatieniveau	<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>
In- /exclusiecriteria populatie	<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>
Rekenregels en casemixcorrecties	<p>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.</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</p>

	gemaakt. Dit is momenteel één keer per jaar.
Eerste aanleverdatum	Geef aan op welke datum deze versie van de indicator bij het Zorginstituut moet worden aangeleverd. Deze datum wordt opgenomen op de Transparantiekalender.