

# Indicatorenset DPARD

Uitvraag ziekenhuizen/ZBC's over verslagjaar 2020

Versie, 2020.1

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:  
NIV  
NVvK  
Diabetesvereniging Nederland  
PFN  
ZN

Contactinformatie:  
DICA  
[indicatoren@dica.nl](mailto:indicatoren@dica.nl)

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

## Inhoud

|     |  |    |
|-----|--|----|
| 1   | Overzicht indicatoren                            | 3  |
| 2   | Algemene informatie                              | 4  |
| 2.1 | Uitgangspunten                                   | 4  |
| 2.2 | Populatiebepaling                                | 4  |
| 2.3 | Aanlevering van de gegevens                      | 4  |
| 2.4 | Indicatorenwerkgroep                             | 4  |
| 3   | Indicatoren                                      | 5  |
| 4   | Wijzigingstabel                                  | 13 |
| 5   | Bijlage: toelichting op informatie per indicator | 14 |

## 1 Overzicht indicatoren

| <b>Indicator-<br/>nummer</b> | <b>Indicatornaam</b>      | <b>Bron<sup>1</sup></b> | <b>Transparantie?<sup>2</sup></b> |
|------------------------------|---------------------------|-------------------------|-----------------------------------|
| 1                            | Voetzorg volwassenen      | DPARD                   | Vrijwillig                        |
| 2                            | HbA1c kinderen            | DPARD                   | Verplicht                         |
| 3                            | Volume kinderarts         | DPARD                   | Verplicht                         |
| 4                            | Insulinepomp therapie     | DPARD                   | Verplicht                         |
| 5                            | Bevorderen zelfmanagement | DPARD                   | 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 orgaanbieders

## 2 Algemene informatie

### 2.1 Uitgangspunten

De indicatoren zijn gebaseerd op de DPARD kwaliteitsregistratie.  
Aanlevering op ziekenhuisniveau/ZBC.

### 2.2 Populatiebepaling

Voor alle indicatoren in deze indicatorenset bestaat de populatie uit:

#### Diabetes volwassenen - inclusie

Volwassen patiënten met diabetes, die poliklinisch onder behandeling zijn bij de internist in het hele verslagjaar. Het gaat om patiënten met zorgtype 21.

#### Diabetes volwassenen - exclusie

- 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).

#### Diabetes kinderen - inclusie

Kinderen <18 jaar met diabetes, die poliklinisch onder behandeling zijn bij de kinderarts in het hele verslagjaar. Het gaat om patiënten met zorgtype 21.

#### Diabetes kinderen - exclusie

Kinderen en patiënten >18 jaar met een nieuwe DOT (zorgtype 11).

### 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 DPARD bestond in 2019 uit de volgende personen:

Dhr. prof.dr. M.H.H. Kramer (voorzitter)

### 3 Indicatoren

|  |   |
|--|---|
| <b>Indicatornaam</b>                       | Voetzorg volwassenen  |
| <b>Indicatornummer</b>                     | 1   |
| <b>Operationalisatie</b>                   | Percentage patiënten met diabetes mellitus onder poliklinische behandeling van een internist, waarbij voetonderzoek heeft plaatsgevonden.   |
| <b>Informatie voor cliënten</b>            | De indicator streeft naar een situatie waarin bij patiënten met diabetes mellitus onder poliklinische behandeling van een internist een voetonderzoek plaatsvindt.  |
| <b>Transparantie</b>                       | Vrijwillig  |
| <b>Type indicator</b>                      | Proces  |
| <b>Relevantie</b>                          | 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. |
| <b>Datatype</b>                            | Percentage  |
| <b>Bron (achtergrond) van de indicator</b> | DPARD   |
| <b>Rekenregels en definities</b>           |   |
| <b>Teller</b>                              | Aantal patiënten met diabetes mellitus onder behandeling van een internist, waarbij voetonderzoek* heeft plaatsgevonden.  |
| <b>Noemer</b>                              | Aantal patiënten met de diagnose diabetes mellitus onder poliklinische behandeling van de internist.  |
| <b>Antwoordopties</b>                      | Percentage; één antwoord mogelijk   |
| <b>Definitie</b>                           | *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).  |
| <b>In-/exclusiecriteria</b>                | Inclusie:<br>Volwassen patiënten met diabetes, die poliklinisch onder behandeling zijn bij de internist in het hele verslagjaar. Het gaat om patiënten met zorgtype 21.<br>Exclusie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Volwassen patiënten met diabetes met alleen een klinisch consult door de internist, dan wel een eenmalig poliklinisch consult om welke reden dan ook.</li> <li>• Lege DBC's.</li> <li>• Patiënten met een nieuwe DOT (zorgtype 11).</li> </ul>  |

|                               |                           |
|-------------------------------|---------------------------|
| <b>Databron (registratie)</b> | DPARD                     |
| <b>Meetperiode</b>            | 01-01-2020 t/m 31-12-2020 |
| <b>Aanleverfrequentie</b>     | Eén keer per jaar         |
| <b>Aanleverniveau</b>         | Locatieniveau             |

|  |   |
|--|---|
| <b>Indicatornaam</b>                       | HbA1c kinderen  |
| <b>Indicatornummer</b>                     | 2   |
| <b>Operationalisatie</b>                   | HbA1c kinderen en patiënten >18 jaar onder behandeling van de kinderarts.   |
| <b>Informatie voor cliënten</b>            | De indicator geeft inzicht in een zo optimaal mogelijke van bloedsuikers van patiënten met diabetes.  |
| <b>Transparantie</b>                       | Verplicht   |
| <b>Type indicator</b>                      | Uitkomst  |
| <b>Relevantie</b>                          | Het doel van de diabetesbehandeling is het voorkomen 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. |
| <b>Datatype</b>                            | Percentage  |
| <b>Bron (achtergrond) van de indicator</b> | DPARD   |
| <b>Rekenregels en definities</b>           |   |
| <b>Teller A</b>                            | Aantal kinderen met diabetes ≤18jaar onder behandeling op de ziekenhuislocatie met een laatst gemeten HbA1c* <58 mmol/mol.  |
| <b>Teller B</b>                            | Aantal patiënten met diabetes >18 jaar onder behandeling van de kinderarts op de ziekenhuislocatie met een laatst gemeten HbA1c* <58 mmol/mol.  |
| <b>Teller C</b>                            | Aantal kinderen met diabetes ≤18jaar onder behandeling op de ziekenhuislocatie met een laatst gemeten HbA1c* >86 mmol/mol.  |
| <b>Teller D</b>                            | Aantal patiënten met diabetes >18 jaar onder behandeling van de kinderarts op de ziekenhuislocatie met een laatst gemeten HbA1c* >86 mmol/mol.  |
| <b>Noemer A</b>                            | Aantal kinderen met diabetes ≤18jaar onder behandeling van de kinderarts.   |
| <b>Noemer B</b>                            | Aantal patiënten met diabetes > 18 jaar onder behandeling van de kinderarts.  |
| <b>Noemer C</b>                            | Aantal kinderen met diabetes ≤18jaar onder behandeling van de kinderarts.   |
| <b>Noemer D</b>                            | Aantal patiënten met diabetes > 18 jaar onder behandeling van de kinderarts.  |
| <b>Antwoordopties</b>                      | Percentage; één antwoord mogelijk   |
| <b>Definitie</b>                           | *Laatst gemeten HbA1c: de HbA1c waarde die op het moment van meten als laatste in de status wordt aangetroffen.   |
| <b>In-/exclusiecriteria</b>                | Inclusie:<br>Kinderen en patiënten met diabetes met zorgtype 21 (deze vallen automatisch onder DOT van de kinderartsen; volwassenen hebben een aparte DOT).<br>Exclusie:<br>Kinderen en patiënten met diabetes met een nieuwe DOT (zorgtype 11).  |
| <b>Databron</b>                            | DPARD   |

|                           |                           |
|---------------------------|---------------------------|
| <b>(registratie)</b>      |                           |
| <b>Meetperiode</b>        | 01-01-2020 t/m 31-12-2020 |
| <b>Aanleverfrequentie</b> | Eén keer per jaar         |
| <b>Aanleverniveau</b>     | Locatieniveau             |



|  |  |
|--|--|
| <b>Indicator naam</b>                      | Volume kinderarts  |
| <b>Indicator nummer</b>                    | 3  |
| <b>Operationalisatie</b>                   | Volume kinderen en patiënten > 18 jaar onder behandeling van de kinderarts.  |
| <b>Informatie voor cliënten</b>            | Indicator zorgt voor inzicht in het aantal patiënten die door kinderartsen wordt behandeld.  |
| <b>Transparantie</b>                       | Verplicht  |
| <b>Type indicator</b>                      | Proces   |
| <b>Relevantie</b>                          | 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.                |
| <b>Datatype</b>                            | Aantal   |
| <b>Bron (achtergrond) van de indicator</b> | DPARD  |
| <b>Rekenregels en definities</b>           |  |
| <b>Teller</b>                              | Aantal kinderen en patiënten > 18 jaar die in het verslagjaar op uw ziekenhuislocatie behandeld door het kinderdiabetesteam?   |
| <b>Antwoordopties</b>                      | Aantal; één antwoord mogelijk  |
| <b>Definitie</b>                           | *Laatst gemeten HbA1c: de HbA1c waarde die op het moment van meten als laatste in de status wordt aangetroffen.  |
| <b>In-/exclusiecriteria</b>                | Inclusie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kinderen &lt;18 jaar met diabetes, die poliklinisch onder behandeling zijn bij de kinderarts in het hele verslagjaar. Het gaat om patiënten met zorgtype 21.</li> <li>• Behandelingen door coassistenten, ANIOS en AIOS.</li> </ul> Exclusie:<br>Kinderen en patiënten >18 jaar met een nieuwe DOT (zorgtype 11). |
| <b>Databron (registratie)</b>              | DPARD  |
| <b>Meetperiode</b>                         | 01-01-2020 t/m 31-12-2020  |
| <b>Aanleverfrequentie</b>                  | Eén keer per jaar  |
| <b>Aanleverniveau</b>                      | Locatieniveau  |

|  |   |
|--|---|
| <b>Indicator naam</b>                      | Insulinepomp therapie   |
| <b>Indicator nummer</b>                    | 4   |
| <b>Operationalisatie</b>                   | Aantal patiënten dat insulinepomp therapie krijgt.  |
| <b>Informatie voor cliënten</b>            | Deze indicator laat zien welk deel van de patiënten met diabetes insulinepomptherapie krijgt en of daar in het verslagjaar mee gestart is.  |
| <b>Transparantie</b>                       | Verplicht   |
| <b>Type indicator</b>                      | Proces  |
| <b>Relevantie</b>                          | 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. |
| <b>Datatype</b>                            | Aantal  |
| <b>Bron (achtergrond) van de indicator</b> | DPARD   |
| <b>Rekenregels en definities</b>           |   |
| <b>Teller A</b>                            | Aantal patiënten met diabetes mellitus, die onder behandeling zijn van de internist, behandeld met insulinepomptherapie*.   |
| <b>Teller B</b>                            | Aantal patiënten met diabetes mellitus, die onder behandeling zijn van de internist, in verslagjaar 2020 gestart met insulinepomptherapie*.   |
| <b>Teller C</b>                            | Aantal kinderen en patiënten >18 jaar en onder behandeling zijn van de kinderarts met diabetes mellitus, in behandeld met insulinepomptherapie*.  |
| <b>Antwoordopties</b>                      | Aantal; één antwoord mogelijk   |
| <b>Definitie</b>                           | *Een insulinepomp is een klein, draagbaar apparaatje dat 24 uur 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.   |
| <b>In-/exclusiecriteria</b>                | Inclusie:<br>Kinderen en patiënten met diabetes met zorgtype 21 (deze vallen automatisch onder DOT van de kinderartsen; volwassenen hebben een aparte DOT).<br>Exclusie:<br>Kinderen en patiënten met diabetes met een nieuwe DOT (zorgtype 11).  |
| <b>Databron (registratie)</b>              | DPARD   |
| <b>Meetperiode</b>                         | 01-01-2020 t/m 31-12-2020   |
| <b>Aanleverfrequentie</b>                  | Eén keer per jaar   |

|                       |               |
|-----------------------|---------------|
| <b>Aanleverniveau</b> | Locatieniveau |
|-----------------------|---------------|

|  |  |
|--|--|
| <b>Indicatornaam</b>                       | Bevorderen zelfmanagement  |
| <b>Indicatornummer</b>                     | 5  |
| <b>Operationalisatie</b>                   | Aantal patiënten met diabetes mellitus, die onder behandeling zijn van de internist, maken gebruik van Real Time Continue Glucose Monitoring (RTCGM).  |
| <b>Informatie voor cliënten</b>            | Indicator geeft inzicht over het aantal patiënten behandeld met RTCGM, en inzicht in de ervaring van specialisten die kinderen behandelen.   |
| <b>Transparantie</b>                       | Verplicht  |
| <b>Type indicator</b>                      | Proces   |
| <b>Relevantie</b>                          | Indicator geeft inzicht over het aantal patiënten behandeld met RTCGM, en inzicht in de ervaring van specialisten die kinderen behandelen.   |
| <b>Datatype</b>                            | Aantal   |
| <b>Bron (achtergrond) van de indicator</b> | DPARD  |
| <b>Rekenregels en definities</b>           |  |
| <b>Teller</b>                              | Aantal patiënten met diabetes mellitus, die onder behandeling zijn van de internist, maken gebruik van Real Time Continue Glucose Monitoring (RTCGM).  |
| <b>Antwoordopties</b>                      | Aantal; één antwoord mogelijk  |
| <b>Definitie</b>                           | *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.                  |
| <b>In-/exclusiecriteria</b>                | Inclusie:<br>Kinderen en patiënten met diabetes met zorgtype 21 (deze vallen automatisch onder DOT van de kinderartsen; volwassenen hebben een aparte DOT).<br>Exclusie:<br>Kinderen en patiënten met diabetes met een nieuwe DOT (zorgtype 11). |
| <b>Databron (registratie)</b>              | DPARD  |
| <b>Meetperiode</b>                         | 01-01-2020 t/m 31-12-2020  |
| <b>Aanleverfrequentie</b>                  | Eén keer per jaar  |
| <b>Aanleverniveau</b>                      | Locatieniveau  |

## 4 Wijzigingstabel

Wijzigingstabel ten opzichte van de gids van verslagjaar 2019

| <b>Indicator</b> | <b>Wijziging</b> |
|------------------|------------------|
|                  |                  |
|                  |                  |
|                  |                  |
|                  |                  |

## 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.<br>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?"<br>Operationalisatie: "Aangeboden manieren postoperatief contact"  |
| <b>Antwoordopties</b>             | Bij vragen is het belangrijk aan te geven of er slechts één antwoord mogelijk is of meerdere antwoorden mogelijk zijn.<br>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>In-<br/>/exclusiecriteria</b>  | Een duidelijke definiëring van de cliëntenpopulatie vertaalt zich uiteindelijk in duidelijke in- en exclusiecriteria.<br>Daarnaast kunnen exclusiecriteria gebruikt worden om vergelijkbaarheid te vergroten. Bijvoorbeeld als bepaalde cliëntengroepen niet gelijk over instellingen zijn verdeeld.  |
| <b>Casemix</b>                    | 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<br/>(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.<br>Bij follow-upmetingen moet een expliciete keuze worden gemaakt: een meting drie maanden postoperatief binnen het verslagjaar betekent dat de operatie ook in de laatste drie maanden van het voorgaande jaar kan zijn uitgevoerd.<br>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>Aanleverniveau</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.  |