

Februari 2011

## Inhoudsopgave - pagina

Voorwoord	- 1
Roadshow LBZ	- 2
Diagnosethesaurus	- 2
Implementatieplan	- 3
ICD-10	- 3
Planning ICD-10	- 4
FAQ 1	- 4
Verhaal uit het veld	- 5
Verbeteringen CBV	- 6
Verbeteringen CBV	- 7
LMR	- 8
FAQ 2	- 8



## LBZ

Via de Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ) wil DHD transparantie mogelijk maken, gebaseerd op goede en vergelijkbare cijfers.

Het is de bedoeling dat de ziekenhuizen hun gegevens vanuit de eigen basisregistratie eenmalig aanleveren aan de LBZ. Deze gegevens kunnen vervolgens voor meerdere collectieve doelen worden gebruikt.

Beste lezers,

Door middel van deze extra nieuwsbrief willen we u op de hoogte stellen van de stand van zaken en voortgang met betrekking tot de LBZ, CBV, ICD-10 en de diagnosethesaurus.

### Invoering LBZ wordt voortgezet

Het bestuur van Dutch Hospital Data (DHD) heeft in haar vergadering van eind januari 2011 besloten dat de invoering van de Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ) kan worden voortgezet. Hierbij heeft zij de adviezen van een expert-commissie over het datamodel en een advies van Nictiz over mogelijke knelpunten bij de implementatie van LBZ in ogenschouw genomen. Hoewel het huidige datamodel voor de LBZ nog niet perfect is, betekent de invoering ervan wel een enorme verbetering van de huidige situatie.

### Afstemmen met DOT

Invoering van LBZ is een groot project, dat samenvalt met diverse andere grote (systeem)veranderingen binnen de ziekenhuizen. Vanwege de parallele invoering van DOT in de ziekenhuizen, moeten de processen van invoering DOT en LBZ goed op elkaar afgestemd worden. De invoering van de DOT-systematiek (voorzien per 1 januari 2012) zal dit jaar een grote inspanning vragen van de ziekenhuizen. Aangezien de bekostiging van de ziekenhuizen afhankelijk wordt van DOT, heeft DOT de hoogste prioriteit. Het DHD bestuur heeft mede om die reden besloten dat er een integrale planning moet komen voor de invoering van de LBZ, afgestemd op de planning voor de invoering van DOT. Eerder stond de deadline voor de diagnoseregistratie conform de ICD-10 op 1-1-2012 en die van de verrichtingenregistratie conform CBV en aanlevering aan de LBZ op 1-1-2013. Deze deadlines zullen nu opnieuw worden overwogen.

### Wijzigingen datamodel

Vanuit het veld zijn wijzigingen voorgesteld ten aanzien van de wijze van vastlegging van nevendiaagnosen en de samenvoeging van medisch inhoudelijke en financiële gegevens in het datamodel. Na de volgende bestuursvergadering van 7 april a.s. wordt bericht over de nieuwe planning voor de implementatie van de LBZ en de stand van zaken van het datamodel. Tot die tijd kunnen ziekenhuizen als voorbereiding op de implementatie van de LBZ wel verder gaan met de implementatie van de ICD-10 en CBV.

In deze nieuwsbrief leest u meer over de verdere voortgang. Mocht u vragen hebben, dan staan wij u uiteraard graag te woord.

Met vriendelijke groet,

De heer drs. Wout Adema, RA  
Voorzitter DHD bestuur

Wout Adema



Om ziekenhuizen te informeren over de voortgang van de implementatie LBZ, ICD-10 en CBV en praktische handvaten aan te bieden voor de invoering hiervan, organiseert DHD een roadshow LBZ. DHD nodigt de Hoofden Zorgadministratie, HEAD's en projectleiders LBZ/ICD-10/CBV/DOT uit voor een van de vier bijeenkomsten van de roadshow die in maart gehouden wordt.

### Data roadshow

Alle bijeenkomsten vinden plaats van 17.30 tot 20.00 uur

*Diaconessenhuis Meppel*  
Donderdag 17 maart

*Deventer Ziekenhuis*  
Maandag 28 maart

*LUMC*  
Dinsdag 29 maart

*Máxima Medisch Centrum  
(locatie Veldhoven)*  
Donderdag 31 maart

### Sprekers

- \* LBZ: Roos Choudhury (Beleidsadviseur DHD)
- \* CBV: John van Heukelingen (Beleidsadviseur DHD)
- \* ICD-10: René Verschoor (Interim Projectmanager ReView)
- \* ICD-10: Projectgroep ICD-10
- \* DOT: Jan Plass/Brenda van den End (Beleidsadviseurs NVZ)

Bij de bijeenkomsten is het ministerie van VWS (m.b.t. het landelijk ICD-10 project) ook vertegenwoordigd. Uiteraard is er tijdens de bijeenkomsten ook ruimschoots de gelegenheid tot het stellen van vragen.

Onlangs is de uitnodigingsbrief per email aan deze personen verzonden. Heeft u de uitnodiging niet ontvangen, neem dan contact op met DHD via [LBZ@hospitaldata.eu](mailto:LBZ@hospitaldata.eu).

### Wat is het?

De diagnosethesaurus is een instrument om diagnoses eenmalig aan de bron te kunnen vastleggen.

De vastgelegde diagnoses zijn op de achtergrond gekoppeld met de voor in- en extern gebruik relevante codestelsels.

Dit zijn zowel nationaal (bijvoorbeeld DBC diagnoses) als internationaal gebruikte stelsels (bijvoorbeeld ICD-10).

DHD zal de koppelingen naar de DBC diagnoses en ICD-10 laten autoriseren door de relevante partijen (WHO-FIC, wetenschappelijke verenigingen, DBC Onderhoud). Hierdoor is de thesaurus landelijk bruikbaar en geschikt voor eenmalige vastlegging met automatische afleiding.

### Diagnosethesaurus

#### Waarom de diagnosethesaurus gebruiken?

Gebruik van de diagnosethesaurus levert een ziekenhuis een aantal voordelen op:

- \* éénmalige registratie aan de bron met optimaal hergebruik voor allerlei doeleinden (onder andere voor de LBZ en DBC registratie en medische correspondentie);
- \* door implementatie van de diagnosethesaurus in de basisregistratie van het ziekenhuis wordt een groot deel van de dubbele registratie van diagnoses die nu plaats vindt ten behoeve van de LMR en DBC's onnodig. Dit kan een reductie van de administratieve last opleveren;
- \* de thesaurus voldoet aan de dagelijkse gebruikseisen van de professionals doordat het begrijpelijke, gangbare en door (para)medici dagelijks gebruikte medische terminologie bevat inclusief synoniemen en eponiemen;
- \* de basisregistratie wordt toekomstbestendiger door de implementatie van de diagnosethesaurus. Aanpassingen in de DBC of DOT structuur of vervanging van de ICD-10 door de ICD-11 vergen dan weinig tot geen aanpassingen meer in de basisregistratie van de ziekenhuizen. Er kan worden volstaan met het centraal aanpassen van de koppeltabellen. Hierdoor worden toekomstige informatiebreuken voorkomen en hebben de medisch specialisten en de ziekenhuizen geen last van dergelijke wisselingen/aanpassingen in codestelsels.

#### Relatie van de diagnosethesaurus met de LBZ

De diagnosethesaurus codering is als optioneel veld opgenomen in de LBZ, dat wil zeggen dat ziekenhuizen de keuze hebben om of ICD-10 codes of diagnosethesaurus codes aan te leveren.

Ziekenhuizen die de diagnosethesaurus niet zullen gaan gebruiken, kunnen met behulp van de conversietabel ICD-10 naar DBC diagnoses alsnog eenmalig registreren voor meerdere doeleinden.

De **planning** voor de thesaurus is als volgt:

Mei 2011 - Concept thesaurus van het LUMC en UMCU gereed  
Maart - oktober 2011 - Autorisatie van de concept thesaurus  
Maart - oktober 2011 - Afstemming concept met overige UMC's  
December 2011 - Landelijke thesaurus gereed voor implementatie



## Implementatieplan downloaden



[dutch.hospitaldata.eu](http://dutch.hospitaldata.eu)

Per direct beschikbaar:

- invoering van de ICD-10
- invoering CBV

## Implementatieplan LBZ

DHD biedt ziekenhuizen ondersteuning bij de invoering van de LBZ door middel van een implementatieplan.

Dit plan bevat drie onderdelen:

- invoering van de ICD-10;
- invoering CBV;
- invoering LBZ.

De eerste twee onderdelen zijn reeds te downloaden via de [DHD website](#). Het laatste onderdeel wordt via de website aangeboden zodra het datamodel definitief is vastgesteld. Zodra het LBZ-onderdeel gereed is, verspreidt DHD 3 exemplaren van het gehele implementatieplan (LBZ, ICD-10 + CBV) onder alle ziekenhuizen.

### Gedegen implementatie

Het implementatieplan biedt een handvat voor de ziekenhuizen om tot een gedegen implementatie van de LBZ, CBV en ICD-10 te komen. Het plan zal inzicht geven in de activiteiten die in een ziekenhuis nodig zijn om te komen tot een eenmalige vastlegging van ICD-10 diagnoses, CBV verrichtingen en aanlevering aan de LBZ.

Het plan kan als basis dienen voor het eigen implementatieplan van een ziekenhuis. Hierbij wordt rekening gehouden met de verschillende uitgangspunten van de ziekenhuizen: wel/geen deelname aan de LMR en/of CBV.

In het LBZ onderdeel zullen verschillende scenario's voor invoering gedurende de overgangsjaren worden opgenomen. In de nieuwe planning zal er namelijk nog steeds sprake zijn van de mogelijkheid tot gefaseerde implementatie. In de LBZ is al rekening gehouden met de toekomstige optionele aanlevering van diagnosethesaurus codes. In de scenario's wordt deze mogelijkheid ook meegenomen.

## ICD-10

### Nederlandse vertaling van de ICD-10 in boekvorm

Ieder ziekenhuis heeft van het Ministerie van VWS één exemplaar van de driedelige set boeken ontvangen. Extra exemplaren kunnen worden besteld bij de webshop van uitgever Bohn Stafleu van Loghum ([www.bsl.nl/shop](http://www.bsl.nl/shop)).

### Conversietabel van ICD-9 naar ICD-10

De conversietabel kan bij WHO-FIC worden aangevraagd.

Hiervoor moet een licentia aanvraag worden gedaan:  
[www.rivm.nl/who-fic](http://www.rivm.nl/who-fic).

Een van de verbeteringen in de LBZ is de overgang naar diagnosecodering conform ICD-10. Om de ICD-10 in te voeren hebben ziekenhuizen een aantal producten nodig.

Het landelijke project (gefinancierd door VWS en uitgevoerd door het RIVM) heeft als doel de implementatie van de ICD-10 in de ziekenhuizen te faciliteren en heeft hiervoor de volgende producten opgeleverd:

- cursusmateriaal voor ervaren codeurs;
- een Nederlandse vertaling van de ICD-10 en het beschikbaar stellen hiervan in elektronische vorm (ClamL) en boekvorm en
- de conversietabel van ICD-9 naar ICD-10 (zie kader links).

Om de aansluiting op de historie te kunnen behouden en daarnaast vastlegging in ICD-10 codes te kunnen gebruiken als eenmalige registratie, zijn er respectievelijk twee conversietabellen nodig:

- De conversietabel van ICD-10 naar ICD-9.
- De conversietabel van ICD-10 naar DBC codering.

Deze twee koppeltabellen zijn niet door het landelijk project opgeleverd en worden nu door DHD opgesteld. Nadat deze gereed zijn, zal WHO-FIC de tabellen autoriseren.

## Planning opleveren ICD-10 producten

Hieronder wordt de planning van de op te leveren producten aangegeven en door wie wat zal worden opgeleverd.

Product	Verwacht tijdstip van oplevering	Oplevering door
Transfercursus coderen van ICD-9 naar ICD-10 voor ervaren codeurs	Gereed	Landelijk project
Cursus voor beginnend medische codeurs, medisch specialisten en medisch administratief en secretariael personeel	Eind februari 2011 verschijnt de nieuwe planning van de landelijke projectgroep ICD-10	Landelijk project
Nederlandse vertaling van de ICD-10 in elektronische vorm (ClamL format)	Gereed	Landelijk project
Nederlandse vertaling van de ICD-10 in boekvorm	Gereed	Landelijk project
Conversietabel van ICD-9 naar ICD-10	Gereed	Landelijk project
E-learning tool ICD-10 in het Engels, Nederlandstalige versie volgt (waarschijnlijk) later	Gereed	WHO-FIC
Conversietabel ICD-10 naar ICD-9	DHD heeft de tabel ter autorisatie opgeleverd aan WHO-FIC	DHD
Conversietabel ICD-10 naar DBC diagnoses	Najaar 2011	DHD
Implementatieplan ICD-10	Eind februari 2011	DHD

### Invoering in de ziekenhuizen

DHD heeft ter ondersteuning van de invoering van de ICD-10 in de ziekenhuizen een implementatieplan opgesteld. Daarnaast zullen in de roadshow praktische handvaten worden gegeven voor de invoering van de ICD-10 in uw eigen ziekenhuis (zie elders in deze nieuwsbrief). Ziekenhuizen die voor de diagnoseregistratie in huis niet de ICD-10 willen invoeren maar de diagnosethesaurus, zullen pas met de invoering hiervan kunnen starten nadat de thesaurus gereed is, dat wil zeggen na eind 2011. Ziekenhuizen die nu al met de invoering van de ICD-10 aan de slag willen, kunnen al een paar stappen nemen. Zij kunnen medische codeurs een transfercursus laten volgen en de ICD-10 aan de LMR aanleveren.

## FAQ

### Is aanlevering van gegevens aan de LBZ verplicht?

Allereerst hoopt DHD dat ziekenhuizen het belang van deelname aan de LBZ inzien voor zowel hen zelf als voor de branche (o.a. het verzorgen van stuurinformatie, spiegelinformatie, berekening van de HSMR, belangenbehartiging door de NVZ en NFU, (wettelijke) verplichtingen tot data aanlevering aan (inter)nationale organisaties zoals CBS, RIVM, WHO, OECD, EU).

Wat betreft de verplichting; deelname aan de LBZ (en daarmee aanlevering van ICD-10 en CBV codes) is een lidmaatschapseis voor de leden volgens de NVZ statuten (zie artikel 6.2.c, [http://www.nvz-ziekenhuizen.nl/Over\\_de\\_NVZ/Statuten](http://www.nvz-ziekenhuizen.nl/Over_de_NVZ/Statuten)). Net zoals bij de LMR en LAZR bestaat er geen wettelijke verplichting.

Voor de NFU ziekenhuizen bestaat een dergelijke lidmaatschapseis niet.

In het '**verhaal uit het veld**' leest u persoonlijke ervaringen uit het veld.

In deze eerste column deelt het UMC St Radboud (UMCN) zijn ervaringen met de invoering van het CBV-bestand.



Ivo Klaassen

## Verhaal uit het veld

### Even voorstellen...

*Mijn naam is Ivo Klaassen en ik ben sinds 2,5 jaar werkzaam bij het UMCN in de functie van functioneel beheerder. Van huis uit ben ik ICT'er en voor mijn aantreden in Nijmegen was ik voornamelijk werkzaam in het bedrijfsleven. Ik had dus nog geen ervaring in de zorgsector of met het CBV-bestand. Vanaf de start van het project ben ik full-time betrokken geweest bij de invoering van het CBV-bestand.*

### Betere aansluiting en efficiënter onderhoud

*Het UMCN had voorheen een 'eigen' codestelsel voor verrichtingen in gebruik, de zogenaamde VIC (Verrichtingen Input Code). Dit codestelsel is door het UMCN zelf opgezet en ingericht en zij voerde hier ook zelf het beheer en onderhoud voor uit. Er is een aantal belangrijke redenen geweest om dit codestelsel te vervangen. Zo was er sprake van een groeiend inzicht dat een juiste basisregistratie, inclusief verrichtingenregistratie, voor het ziekenhuis van essentieel belang is. Voor zowel de interne informatievoorziening als in het licht van nieuwe wet- en regelgeving (bv. de bekostiging via de DBC systematiek). Daarbij bleek tevens dat een VIC niet zuiver te vertalen is naar de landelijke codering, bijvoorbeeld omdat de landelijke codering van een dieper detailniveau is dan de VIC systematiek. Ook het beheer en onderhoud van het 'eigen' codestelsel was een zeer arbeidsintensief en specialistisch werk dat o.a. door de invoering van de Zorgactiviteitentabel en het stijgende aantal updates van deze tabel per jaar teveel beslag ging leggen op de bestaande beheersomgeving. Reden voor het UMCN om andere opties te gaan verkennen.*

### Waarom CBV?

*Het UMCN wilde ziekenhuisbreed over op een centraal beheerd codestelsel waar meer sturing en toezicht op plaatsvindt. Na een gedegen analyse van de verschillende mogelijkheden (o.a. ZATabel, Concilium, CBV en CvV codering), is besloten het CBV-bestand in te voeren. Middels het CBV sluit het UMCN beter aan op de landelijke registratie van verrichtingen en worden er resources uitgespaard. Er is namelijk geen eigen codestelsel meer die moet worden onderhouden. Daarnaast worden wijzigingen in de andere codestelsels via de koppelingen naar het CBV-bestand op landelijk niveau aangepast. Ook wordt het CBV-bestand gebruikt door alle andere UMC's, en de verwachting is dat daardoor nagenoeg alle door het UMCN uitgevoerde verrichtingen met behulp van dit bestand te coderen zijn.*

### Positieve ervaring met de implementatie

*De implementatie van een nieuw coderingsstelsel in het ziekenhuis is een flinke, niet te onderschatten klus, welke ik als zeer positief en vooral leerzaam heb ervaren. Daar waar registratie toch vaak als een administratieve last wordt gezien, is het een uitdaging meer begrip te creëren voor dit essentiële proces binnen de zorg. En natuurlijk kun je het niet iedereen naar zijn/haar zin maken. Echter, de aantoonbare voordelen en snel meetbare "winst" bij de overgang naar CBV hebben hier een belangrijke bijdrage aan geleverd. De belangrijkste winst is behaald door het implementatietraject parallel te laten lopen aan de invoering van een nieuw planningssysteem voor de poliklinieken en een project ter verbetering van de basisregistratie. Hierdoor konden we meerdere vliegen in één klap slaan en de verrichtingenregistratie gelijk op meerdere fronten goed inrichten. >>*

## >> Tips

*Bij dit project hebben we natuurlijk de nodige ervaringen opgedaan met de invoering van het CBV-bestand. En hoewel CBV een landelijk en centraal beheerde systematiek is, de implementatie ervan is absoluut maatwerk.*

*\* Als het al een keuze is, kies voor een gefaseerde implementatie per afdeling/specialisme. Deze individuele benadering, mits juist ingestoken, kan een zeer positieve bijdrage leveren bij het creëren van de nodige draagkracht. En het is deze draagkracht welke van belang is voor een zo soepel mogelijke overgang.*

*\* Steek je licht op bij collega huizen en doe er je voordeel mee dat zij al in meer of mindere mate gebruik maken van het CBV-bestand.*

*\* Zorg voor een brede kennis vanuit de projectorganisatie over het zorgproces en de desbetreffende afdeling/specialisme. Dit is van belang om samen met de afdeling een stabiele basis te vormen voor overgang op de CBV codering.*

*\* En als laatste, benadruk de voordelen, maar wees ook duidelijk en eerlijk over de eventuele nadelen. Achteraf gezien zijn er altijd zaken welke beter hadden gekund of zelfs ontmoeten, maar feit is dat een gedegen voorbereiding, toewijding en gekozen aanpak hebben geleid tot een succesvolle implementatie.*

## Verbeteringen aan het CBV-bestand

Het CBV-bestand is een gemeenschappelijk verrichtingenbestand waarmee zowel diagnostische als therapeutische verrichtingen kunnen worden vastgelegd.

DHD heeft de knelpunten geïnventariseerd die van belang zijn voor een goed gebruik van het CBV-bestand. Het betreft onderstaande punten:

- doublures;
- obsoleete codes;
- onduidelijke termen;
- grote mate van detail van het bestand;
- tabel is lastig in te lezen in een niet-iSoft omgeving.

### A Doublures

Indien doublures worden aangetroffen of gemeld, worden deze verzameld en verwerkt. Identieke verrichtingen die zijn opgenomen in dezelfde registratiegroep komen beide, gepresenteerd per stel, op een doublurelijst te staan (identieke verrichtingen die zijn opgenomen in verschillende registratiegroepen vallen buiten de doubluresystematiek). De doublurelijst wordt zowel naar de leden van de Registratie Advies Commissie (RAC) als de lokaal beheerders verzonden. De lokaal beheerders controleren of de verrichtingencodes voorkomen in het lokale bestand. Zijn de verrichtingencodes in het lokale bestand aanwezig dan geven zij aan welke verrichtingencode de voorkeur geniet. De RAC-leden controleren of de verrichtingen werkelijk gelijk zijn en geven aan naar welke verrichtingencode hun voorkeur uitgaat. Het kenmerken van een verrichting op een doublurelijst zonder productie: Als geen van de aangesloten participanten productie heeft op een doublure die niet de voorkeur geniet, dan kan deze doublure direct verwijderd worden. De verrichtingencode wordt van alle rubrieken ontdaan. De lokaal beheerders worden via de besluitenlijst op de hoogte gebracht welke verrichtingencodes verwijderd worden.

Het kenmerken van een verrichting op een doublurelijst met productie: Als één of meer van de aangesloten participanten productie heeft op een doublure die niet de voorkeur geniet, kan de code niet per direct verwijderd worden maar moet de code minimaal 1 jaar in het CBV-bestand blijven bestaan (de lokaal beheerder heeft op deze manier de gelegenheid de juiste code in gebruik te nemen). Deze code wordt na 1 jaar van alle rubrieken ontdaan, en krijgt het kenmerk "GEDEACT" en de juiste code komt vooraan in de omschrijving. De verrichtingencode wordt vanaf dit moment niet meer onderhouden in het CBV-bestand.

John van Heukelingen



Voor vragen of meer informatie kunt u contact opnemen met John van Heukelingen:

T: 030-2739521

E: vanheukelingen@hospitaldata.eu



*"Met de invoering van de LBZ werken wij aan verbetering van landelijke ziekenhuiszorggegevens. Samen met de ziekenhuizen wil DHD de implementatie van LBZ soepel en voorspoedig laten verlopen".*

Voor vragen of meer informatie kunt u contact opnemen met Roos Choudhurry (Beleidsadviseur DHD)  
030-2739521  
LBZ@hospitaldata.eu

### B Obsolete codes

Het kan voorkomen dat de NZa en/of DBC-Onderhoud een verrichting verwijderd of beëindigt en dat de betreffende verrichting helemaal niet meer voorkomt, ook niet onder een andere code. Concreet betekent dit dat de betreffende code niet meer voorkomt op de NZa-verrichtingenlijst én tegelijkertijd van een einddatum is voorzien binnen de DBC-Zorgactiviteitentabel óf, als de code niet voorkomt op een van deze beide lijsten, is verwijderd uit alle NZa-tariefs- of beleidsregels inclusief de bijbehorende bijlagen waarmee bij de opbouw van het CBV-bestand rekening wordt gehouden. Als laatste dient een code als beëindigd te worden beschouwd indien een DBC-declaratiecode (een code uit de verrichtingengroepen 14 t/m 17) binnen de DBC-Tarieventabel is voorzien van een einddatum. Op het moment dat de verrichting helemaal verdwijnt, is er sprake van een obsolete verrichting. Alle rubrieken die aan de code gekoppeld zijn, worden verwijderd en de code krijgt het kenmerk "OBSOLEET". De verrichtingencode wordt vanaf dit moment niet meer onderhouden in het CBV-bestand.

### C Onduidelijke termen

Tijdens de opschoonactie van groep 33 (dit zijn de medisch specialistische verrichtingen) is een aantal omschrijvingen aangetroffen dat óf onduidelijk, óf voor meerdere uitleg vatbaar is. Het herbeoordelen van deze codes moet nog plaatsvinden, hiervoor is nog geen planning opgesteld. De verrichtingengroepen in het CBV-bestand van de ondersteuners zullen ook worden opgeschoond, de planning is nog niet vastgelegd, maar zal in 2011 worden uitgevoerd.

### D grote mate van detail van het bestand

Voor het verbeteren van punt D zal DHD binnen de tabel een subset opstellen: de minimale dataset. De minimale dataset is het detailniveau waarop ziekenhuizen worden verzocht minimaal verrichtingen vast te leggen. Volgens planning wordt verwacht de minimale dataset medio 2011 op te kunnen leveren.

### E tabel is lastig in te lezen in een niet-iSoft omgeving

Het ontwikkelen van de platformafhankelijke beheeromgeving voor het CBV-bestand is door voormalig Stichting CBV uitgevoerd. De nieuwe beheeromgeving wordt eind februari/begin maart opgeleverd. In deze beheeromgeving is ook ruimte voor begin- en einddata van verrichtingen. Vanuit deze beheeromgeving zullen bestanden worden opgeleverd in .xml en .csv format. Dit format is door de verschillende ziekenhuisinformatiesystemen gemakkelijker te importeren.

### Invoering in de ziekenhuizen

Om ziekenhuizen te ondersteunen bij de invoering van het CBV-bestand, zal John van Heukelingen (voormalig directeur Stichting CBV, nu beleidsadviseur DHD) beschikbaar zijn voor advisering bij de implementatie. Vragen omtrent de implementatie kunt u aan hem voorleggen, het is ook mogelijk om op locatie ondersteuning te krijgen bijvoorbeeld bij:

- \* Gebruikers informeren over de mogelijkheden van het CBV-bestand
- \* Adviseren over het gebruik van het CBV-bestand bij de basisregistratie
- \* Uitlevering van een testbestand
- \* Gebruik van de website inclusief het verrichtingen raadpleegsysteem
- \* Advisering ten aanzien van de implementatie binnen het ZIS

Volledige aanlevering van informatie is van groot belang voor het verkrijgen van zinvolle beleids- en stuurinformatie over zowel uw eigen positie, de branche, als de ziekenhuiszorg in haar totaliteit.

Het lidmaatschap van NVZ/NFU houdt deelname aan de LMR/LAZR (binnenkort samen de LBZ) en EJZ in. Alleen een volledige gegevensverzameling maakt terugkoppeling mogelijk met hoogwaardige informatieproducten waarmee u inzicht krijgt in uw performance ten opzichte van een of meer benchmarkgroepen. Zoals bekend heeft de branche ervoor gekozen om de aanbidding van informatieproducten en -diensten aan de markt over te laten.

Dit geldt niet voor gevoelige onderwerpen, zoals de ziekenhuissterfte [HSMR]. De informatievoorziening daarover blijft in handen van de branche. DHD heeft inmiddels overeenstemming met het Centraal Bureau voor Statistiek (CBS) om dit jaar de HSMR's over 2010 te berekenen. Daarnaast wordt de LMR door het CBS gebruikt voor de gebruikelijke gezondheidsstatistieken en om aan de internationale informatieverplichtingen (Eurostat) te voldoen. Voor het gebruik van patiëntgegevens door het CBS is het uiteraard van groot belang om zo volledig mogelijk de opnamen, diagnoses en verrichtingen in de LMR te registreren.

Voor het berekenen van de HSMR moeten ziekenhuisgegevens aan een aantal kwaliteitscriteria voldoen.

Voor de HSMR-2009 - gerapporteerd in 2010 - waren dat de volgende criteria:

- minimaal 50% echt materiaal (niet gegenereerd)
- minimaal een gemiddelde van 0,5 nevendiagnose per opname
- maximaal 2% vage diagnoses (diagnose onbekend)
- minimaal 30% urgente / niet geplande opnamen

Om de HSMR te berekenen zijn zowel de gegevens van ontslagen als van overleden patiënten van belang. Voor iedere opname wordt een sterftekans bepaald. Voor de HSMR worden de belangrijkste diagnosegroepen meegenomen die landelijk het grootste deel van de sterfte in ziekenhuizen bepalen. Deze diagnosegroepen kunnen in de tijd wijzigen. Ook wordt per ziekenhuis berekend welk deel van de sterfte plaatsvindt in deze diagnosegroepen. Het is daarom van groot belang dat alle ziekenhuizen alle opnamen registreren in de LMR/LBZ en dat daarbij aandacht wordt besteed aan de correcte en volledige registratie van met name diagnoses en verrichtingen.

#### **Welke planning wordt gevolgd bij de invoering van de LBZ, ICD-10 en CBV?**

De planning wordt op dit moment herzien. DHD zal een integrale planning opstellen wat betekent dat deze afgestemd zal zijn op de planning voor de invoering van DOT. We verwachten na de DHD bestuursvergadering van 7 april de nieuwe planning gereed te hebben. De deadlines waarop de LBZ, ICD-10 en CBV uiterlijk aangeleverd moeten worden aan DHD, zullen naar grote waarschijnlijkheid worden verruimd. Dit wordt gedaan om de ziekenhuizen langer de tijd te geven voor de invoering. Ook in de nieuwe planning wordt ziekenhuizen de mogelijkheid geboden om de implementatie van de LBZ te spreiden. Dit betekent dat ziekenhuizen tot de deadline de tijd hebben om stapsgewijs de ICD-10, CBV en LBZ in te voeren. Tot de uiterlijke invoeringsdatum van de LBZ zullen de LMR en LAZR uiteraard gehandhaafd blijven.

#### **Colofon**

Deze LBZ nieuwsbrief is een extra uitgave van de DHD nieuwsbrief Informatiebeleid van de stichting Dutch Hospital Data.

De nieuwsbrief wordt per mail toegestuurd aan de lidinstellingen van NVZ en NFU. Via de website van DHD is aanmelding voor rechtstreekse toezending mogelijk.

Kijk op:  
[dutch.hospitaldata.eu](http://dutch.hospitaldata.eu)  
Of bel naar:  
030-2739521.

## FAQ