

# Nieuwsbrief

# Informatiebeleid



## Inhoud

Onderwerpen:	Pag.
• Voortgang berekening ziekenhuissterfte (HSMR's)	1
• Bestuurswisselingen bij DHD	2
• Enquête Jaarcijfers Ziekenhuizen (EJZ) volgend jaar afgeslankt	2
• Voorgang Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ)	3
- Gefaseerde implementatie	3
- Gebruik HospitalView2 - HV2 - voor LMR	3
- Pseudonimisatie	3
- Aankondiging LBZ-monitor	4
- Ontwikkelingen LAZR in het kader van de LBZ	4
- Diagnosethesaurus	4
• Fusie DHD en CBV	4
• Voortgang integratie deelregistraties in de LBZ	5
• NVMA ontwikkelt zorgadministratieve opleidingen, inclusief ICD-10 trainingen	5
• Planning implementatie LBZ: 2010 - 2013	6

Meer weten? Kijk op:  
[dutch.hospitaldata.eu](http://dutch.hospitaldata.eu).

### Colofon

De DHD Nieuwsbrief Informatiebeleid is een uitgave van stichting Dutch Hospital Data. De brief wordt per mail toegestuurd aan de lidinstellingen van NVZ en NFU. Via de website van DHD is aanmelding voor rechtstreekse toezending mogelijk.

Kijk op <http://dutch.hospitaldata.eu>.  
Of bel naar: 030- 2739521.

## Voortgang berekening ziekenhuissterfte (HSMR's)

- ruwe sterftcijfers over 2009 openbaar
- ziekenhuizen ontvangen in oktober HSMR-rapport
- toelichting op de cijfers facultatief

De laatste jaren stellen de overheid en brancheorganisaties zich actiever op in het beleid ten aanzien van de (H)SMR's (Hospital Standardized Mortality Ratio). IGZ heeft in de 'Basisset 2009/Indicatoren Veiligheidsprogramma voor Ziekenhuizen' vragen opgenomen over het gebruik van de HSMR om sterfte binnen het eigen ziekenhuis te monitoren en verbeteracties te starten. In het algemeen worden hoge eisen gesteld aan de transparantie op dit gebied. De branche is voorstander van transparantie, maar wil wel grip houden op de communicatie over dit belangrijke onderwerp. Ook is van belang dat de informatievoorziening en advisering geen speelbal worden van partijen met een zakelijk belang. NVZ en NFU hebben een expertgroep ingesteld (DHD participeert daarin) die de besturen van de brancheorganisaties adviseert over het beleid ten aanzien van de (H)SMR, de vaststellingsmethodiek en in het bijzonder over openbaarmaking. Eind 2009 heeft deze expertgroep geadviseerd om in 2010 wel de ruwe sterftcijfers over 2009 bekend te maken (daarmee laten de ziekenhui-

zen zien dat zij bereid zijn tot openheid), maar nog niet de HSMR (gewogen sterfte), omdat er nog veel vragen zijn omtrent het juiste model voor het berekenen van de HSMR en over de uniformering van de gegevens over de ziekenhuizen. De gegevens over de ruwe (ongecorrigeerde) sterftcijfers heeft DHD voor de branches via een separate uitvraag bij de ziekenhuizen eind mei - begin juni verzameld.

Omdat een deel van de ziekenhuizen al beschikt over hun HSMR over eerdere jaren vindt DHD het verstandig om gestandaardiseerde sterftcijfers in de vorm van (H)SMR's beschikbaar te houden voor intern gebruik in de ziekenhuizen.

Al enige jaren berekent Kiwa Prismant in overleg met het Engelse Dr. Foster Institute en op basis van de LMR de gewogen sterftcijfers van ziekenhuizen. Ziekenhuizen konden tot nog toe bij Prismant hun rapporten bestellen. Dit jaar heeft DHD namens NFU en NVZ aan Kiwa Prismant de opdracht verstrekt om de (H)SMR's voor de ziekenhuizen te berekenen. In oktober zal DHD aan de ziekenhuizen een HSMR-rapport verstrekken, onder voorbehoud van voldoende deelname door dat ziekenhuis aan de LMR. Ziekenhuizen die niet aan de LMR deelnemen ontvangen dus geen HSMR-rapport.

Ziekenhuizen waarvan de geleverde data niet aan kwaliteitscriteria voldoen, krijgen wel een rapport maar worden niet meegenomen in de landelijke vergelijking. Zij krijgen advies over hoe zij de kwaliteit van de data kunnen verbeteren. Op deze wijze blijft er continuïteit met voorgaande jaren, en hoeven kostenoverwegingen geen belemmering te vormen op de verkrijgbaarheid van deze informatie. Hier zijn geen afzonderlijke kosten voor de ziekenhuizen aan verbonden.

#### HSMR-presentatie

DHD heeft met Kiwa Prismant tevens afgesproken dat ziekenhuizen tegen een gereduceerd tarief van € 1.000 [incl. btw] een toelichting op de cijfers kunnen bestellen. Een adviseur/onderzoeker van Kiwa Prismant komt dan naar u toe om het rapport toe te lichten en vragen te beantwoorden. De presentaties kunnen in de maanden november 2010 tot en met februari 2011 worden gepland. Bestellen of vragen: mail naar [hsmr@prismant.nl](mailto:hsmr@prismant.nl).

#### RTM

Het bureau De Praktijk Index (DPI) biedt al enige tijd het instrument Real Time Monitoring [RTM] aan. Over de rekenkundige uitgangspunten vindt afstemming plaats met het Dr. Foster Institute en Kiwa Prismant. DHD overlegt, als regievoerder, met DPI over de mogelijkheden van samenwerking. In dat kader is DHD voornemens om een evaluatie van 'RTM' uit te voeren. Momenteel gebruiken circa 20 ziekenhuizen 'RTM'. Naast deze gebruikers wil DHD ook andere ziekenhuizen benaderen over de behoefte aan informatie over de sterftcijfers, of de mogelijkheden om het beleid daarover te verbeteren. DHD heeft tot nu toe alleen DPI als commerciële aanbieder toegang tot de gegevens gegeven om te waarborgen dat conform hetzelfde model wordt gerekend. DHD zal in overleg met NVZ en NFU bekijken of meer commerciële aanbieders toegang kunnen krijgen.

Informatie: Jan Jozef Pool 030-2739521  
E-mail: [pool@hospitaldata.eu](mailto:pool@hospitaldata.eu)

## Bestuurswisselingen

Per 1 juli heeft er een bestuurswisseling bij DHD plaatsgevonden. **Dr. J.H. (Hans) Schaaf** is op eigen verzoek teruggetreden als voorzitter en opgevolgd door **Drs. W.J. (Wout) Adema**, bestuursvoorzitter van het Ziekenhuis St. Jansdal. Hans Schaaf is benoemd tot voorzitter van het nieuw ingestelde College van Advies van de DHD en blijft zo bij de DHD betrokken. Tevens is **Ir. H.M. (Maarten) le Clercq** na zijn vertrek uit de Raad van Bestuur van het LUMC ook teruggetreden als bestuurslid van de DHD. De NFU heeft **Drs. L.J.H.M. (Lou) Brans Brabant**, vice-voorzitter van het MUMC+, als zijn opvolger aangewezen. De DHD is beide oudbestuursleden dank verschuldigd voor hun inspanningen bij de oprichting, het opzetten en het bestuur tijdens de eerste jaren van de Stichting DHD.

## Enquête Jaarcijfers Ziekenhuizen (EJZ) volgend jaar afgeslankt!

Zo goed als alle algemene ziekenhuizen hebben ook dit jaar weer meegedaan aan de jaarenquête EJZ. Dat wordt bijzonder op prijs gesteld: zonder data uit deze registratie is het niet mogelijk bruikbare stuur- en beleidsinformatie op te stellen voor zowel de branches als de individuele ziekenhuizen.

Toch blijft het een hele inspanning om de EJZ-gegevens te verzamelen en in te voeren. In het verleden is steeds kritisch gekeken naar de hoeveelheid en aard van de vragen in de enquête. In 2003 konden al zeven vragenlijsten worden geschrapt, door steeds meer gegevens elektronisch uit andere bestanden te halen. Bij de integratie in 2007 van de afzonderlijke enquêtes van NFU en NVZ werd nog eens een flink aantal vragen geschrapt, waarop voorheen de antwoorden op papier aan Prismant aangeleverd moesten worden.

Andere registraties, zowel medische als op het gebied van de productie,

nemen in kwaliteit en aantal toe. Hierdoor is sinds de laatste herziening weer (meer) overlap met de jaarenquête ontstaan. Daarnaast verandert de informatiebehoefte van de gebruikers voortdurend. Deze twee factoren maakten het noodzakelijk de vragen in de EJZ opnieuw te evalueren. Een *taskforce* onder leiding van DHD, met daarin vertegenwoordigers van de ziekenhuizen, de branches en makers van informatieproducten, heeft daarom de huidige uitvraag geëvalueerd.

Uitkomst van de evaluatie is dat het aantal vragen voor de algemene ziekenhuizen met zeker 1/3 teruggebracht wordt! Voor de UMC's is het aantal geschrapte vragen nog groter. De afname is het saldo van geschrapte vragen en een aantal toe te voegen nieuwe vragen over de SEH en personele ontwikkelingen.

Momenteel wordt bekeken of ook de verzameling zelf voor de ziekenhuizen vergemakkelijkt kan worden

door de jaarenquête als niet-openbare bijlage toe te voegen aan het Jaardocument, in het webtool digiMV. Niet openbaar betekent in dit geval dat de uitkomsten niet gepubliceerd worden, maar uitsluitend worden doorgegeven aan DHD. Gegevens die zowel in het algemene gedeelte van het Jaardocument voorkomen als in de EJZ (het handelt hier om een beperkt aantal) zullen dan worden overgenomen uit de bijlage en automatisch in het algemene gedeelte worden vermeld.

Om de deelname verder te vergemakkelijken is waar mogelijk de vraag naar gemiddelde cijfers gewijzigd naar de stand ultimo jaar.

Naar verwachting zal reeds in 2011 de 'afgeslankte' jaarenquête worden uitgevraagd.

Informatie: Cees Bor 030-2739583  
E-mail: [bor@hospitaldata.eu](mailto:bor@hospitaldata.eu)

# Voortgang Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ)

## Gefaseerde implementatie

Zoals in de vorige nieuwsbrief (nr. 5) is uiteengezet, wordt ziekenhuizen de mogelijkheid geboden om de implementatie van de LBZ te spreiden. Dit betekent dat zij tot 1 januari 2013, de datum waarop alle ziekenhuizen moeten deelnemen aan de LBZ, de tijd hebben om stapsgewijs de LBZ in te voeren. Op pag 6 wordt in een gedetailleerde planning aangegeven welke acties wanneer moeten worden ondernomen.

## Gebruik HospitalView2 - HV2 - voor LMR

Als een ziekenhuis de ICD10 wil implementeren, maar op een later moment wil starten met de LBZ, kan de LMR aangeleverd blijven worden via HV2 (inclusief BSN en ICD-10). Met ingang van 2011 wordt de LMR uitgebreid met de rubrieken ICD10 en BSN als onderdeel van de gefaseerde overgang naar de LBZ en de geleidelijke invoering van ICD10. Dit heeft gevolgen voor de ziekenhuizen die, tot aan de volledige invoering van de LBZ, de LMR blijven aanleveren en daartoe gebruik maken van HospitalView2 (hierna: HV2). HV2 is een invoerapplicatie waarmee de benodigde gegevens (al dan niet afkomstig uit het ZIS) voor de LMR ingevoerd worden conform de LMR-specificaties. Ongeveer 70% van de ziekenhuizen maakt er gebruik van.

## Wijzigingen in HV2

HV2 wordt, rekening houdend met de gefaseerde overgang naar LBZ, op de volgende punten aangepast:

1. Diagnose conform ICD10 wordt als facultatieve rubriek toegevoegd en kan per ontslagjaar 2011 gebruikt worden. Als standaard in HV2 wordt vooralsnog ICD-9 gehanteerd. Op diagnosecodes conform de ICD10 vinden in HV2 geen relatiecontroles plaats. Het ziekenhuis kan op ieder gewenst moment overgaan naar het gebruik van de ICD10. Deze overgang geldt voor de gehele LMR-aanlevering. Na de overgang is het aanleveren van ICD9 niet meer mogelijk. Aangezien de aangepaste versie van HV2 per 1-1-2011 ter beschikking van de ziekenhuizen moet

## Pseudonimisatie

Een van de vernieuwingen van de LBZ is de toevoeging van het Burger Service Nummer (BSN). De huidige LMR is een gevalsregistratie: er wordt informatie per opname vastgelegd, maar het zorggebruik van patiënten dat verdeeld is over meerdere tijdstippen kan moeilijk uit de LMR worden gehaald. De LBZ wordt door de registratie van het BSN een patiëntenregistratie. Patiënten kunnen worden onderscheiden en in de tijd gevolgd. Hierdoor kan de LBZ meer inzicht bieden in bepaalde aspecten van de kwaliteit van zorg, bijvoorbeeld of de follow-up van patiënten plaats vindt conform de aanbevelingen in de richtlijnen. Daarnaast kunnen patiëntenstromen tussen ziekenhuizen beter gevolgd worden, hetgeen nuttige stuurinformatie voor ziekenhuizen kan opleveren. Door registratie van het BSN nemen ook de mogelijkheden toe om de LBZ te koppelen aan andere databestanden, en daarmee om de LBZ te verrijken zonder dat dit extra registratie-last voor de ziekenhuizen geeft. Het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) stelt in de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp)

regels voor het vastleggen en gebruik van persoonsgegevens. Het BSN zelf mag in principe niet worden opgenomen in registraties die buiten het ziekenhuis worden gehouden. Het CBP meldt dat het BSN wel in gepseudonimiseerde vorm opgenomen mag worden in registraties die buiten de ziekenhuizen worden gehouden. Door de pseudonimisatie wordt het BSN op een zodanige manier versleuteld dat het gepseudonimiseerde BSN niet meer herleidbaar is tot de persoon zelf, maar dat in registraties wel gevolgd kan worden welke gegevens over zorggebruik bij eenzelfde persoon horen. Voor de pseudonimisatie van privacygevoelige gegevens is een *Trusted Third Party* vereist als intermediair. Het instrument pseudonimisatie wordt ingezet in de LMR en de LBZ om een patiëntenregistratie te kunnen realiseren. Ziekenhuizen wordt gevraagd om vanaf 01-01-2011 een gepseudonimiseerd BSN aan te leveren aan de LMR en LBZ. Het instrumentarium hiervoor zal in opdracht van DHD door ZorgTTP beschikbaar worden gesteld per 1 december 2010.



zijn en er nu geen zicht is op het tijdig beschikbaar komen van relatiecontroles is ervoor gekozen om dit soort controles niet in HV2 op te nemen.

2. BSN wordt als nieuwe rubriek toegevoegd en is verplicht vanaf ontslagjaar 2011. Indien BSN bekend is, wordt deze aan de hand van de 11 proef gecontroleerd.
3. HV2 wordt per 1-1-2011 geschikt gemaakt voor de database-omgevingen SQLserver 2005 en SQLserver 2008.

## Planning HV2

- heden t/m september: ontwikkeling nieuwe versie HV2
- oktober: uitvoeren gebruikers-test in samenwerking met enkele pilotziekenhuizen
- november: verspreiding nieuwe versie HV2

- november t/m december: installeren nieuwe versie HV2 door de ziekenhuizen

## Wat betekent dit voor de ziekenhuizen?

De nieuwe versie van HV2 wordt op CD-rom uitgeleverd door Tieto, voorzien van installatiedocumentatie, zodat het ziekenhuis de installatie zelf kan uitvoeren. Tieto kan hierbij telefonisch ondersteunen. Ondersteuning op locatie is mogelijk, maar hiervoor worden wel kosten berekend en het gebeurt alleen op verzoek van de instelling. In de documentatie worden de eventuele technische consequenties met betrekking tot de koppeling van de HV2 database naar het informatie-product KeyView Plus genoemd.

# Voortgang Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ)

## Aankondiging LBZ-monitor

De LBZ monitor is een online voortgangsenquête die als doel heeft inzicht te verkrijgen in de stand van zaken in ziekenhuizen met betrekking tot de implementatie van de LBZ. Hiermee kan DHD grip houden op de voortgang van de landelijke uitrol LBZ. De vragenlijst gaat in op de verschillende onderdelen van de LBZ (o.a. aanlevering van CBV en ICD-10 codes) en peilt daarmee in hoeverre de ziekenhuizen klaar zijn voor de LBZ. De LBZ-monitor zal periodiek naar de ziekenhuizen verspreid worden. In de maand juli zullen ziekenhuizen de eerste vragenlijst ontvangen en DHD rekent graag op ieders medewerking en respons.

Informatie over de voortgang van de LBZ:  
Roos Choudhury 030-2739521  
E-mail: [LBZ@hospitaldata.eu](mailto:LBZ@hospitaldata.eu)

## Ontwikkelingen LAZR in het kader van de LBZ

In de overgangsfase worden de LMR-gegevens geconverteerd naar 'LBZ'. Het is tijdens deze periode mogelijk dat ziekenhuizen óf LMR óf LBZ aanleveren. Voor LAZR (Landelijke Ambulante Zorgregistratie) ligt dit anders. De Basisgegevensset (BA) dan wel de gegevensset AC (Alle Contacten) kan niet geconverteerd worden naar de LBZ. De LAZR-gegevens worden met name gebruikt voor het berekenen van de adherentie en het in kaart brengen van de poliklinische marktpositie van het ziekenhuis. Daarom is ervoor gekozen om de LAZR gedurende de overgangsfase in stand te houden. Aan de ziekenhuizen wordt per registratiejaar 2011 gevraagd een beperktere set gegevens aan te

leveren. Enkele ziekenhuizen doen dit nu ook al.

## Wat betekent dit voor de ziekenhuizen?

Het registratiejaar 2010 wordt conform de huidige specificaties en aanlevering afgerond. In de periode maart-april 2012 respectievelijk 2013 wordt aan de ziekenhuizen gevraagd de aantallen EPB's per polikliniek (indien gewenst), per specialisme per postcode aan te leveren over het registratiejaar 2011 respectievelijk 2012.

Met behulp van deze gegevens kunnen de adherentie-marktcijfers geproduceerd worden. De huidige registratie van EPB's dan wel consulten per patiënt komt hiermee met ingang van registratiejaar 2011 te vervallen.

## Diagnosethesaurus

Om de registratielast in de ziekenhuizen te verminderen, streven we naar zoveel mogelijk eenmalig registreren van gegevens, bij voorkeur aan de bron, met optimaal hergebruik voor meerdere doeleinden. Ook voor diagnoses willen we eenmalig registreren voor meerdere doeleinden mogelijk maken. Het probleem dat zich hierbij voordoet is dat van ziekenhuizen gevraagd/geëist wordt voor verschillende doeleinden diagnosegegevens aan te leveren conform verschillende diagnoseclassificaties. Voor bijvoorbeeld de DBC en DOT declaraties en de aanlevering van de DIS gegevens moeten de diagnoses conform de DBC diagnosecodes worden aangeleverd. CBS en RIVM willen gedetailleerde ICD-codes ontvangen. Om een correcte diagnoseregistratie mogelijk te maken die tevens voldoet aan de dagelijkse gebruikseisen van de professionals en aan éénmalige registratie aan de bron, met optimaal hergebruik voor allerlei doeleinden, is een diagnosethesaurus vereist. De diagnosethesaurus is een zo volledig mogelijke verzameling van diagnoses met begrijpelijke, gangbare en door (para)medici dagelijks gebruikte medische terminologie, die

op de achtergrond is gekoppeld met de voor in- en extern gebruik relevante codestelsels (zowel nationaal als internationaal gebruikte stelsels). Door te werken met mappings van de relatief statische bronregistratie op sneller wisselende stelsels worden toekomstige informatiebreuken voorkomen, en hebben de medisch specialisten en de ziekenhuizen geen last van dergelijke wisselingen/aanpassingen in classificatiestelsels. In het kader van het gezamenlijk ontwikkelen van het interne EPD, loopt in het LUMC en het UMCU een project waarin een dergelijke diagnosethesaurus ontwikkeld wordt. DHD en CBV hebben hun steun uitgesproken voor dit project. Het LUMC en UMCU hebben aangegeven om met ondersteuning van DHD en CBV de diagnosethesaurus zo op te zetten, dat deze landelijk gebruikt kan worden in alle ziekenhuizen.

Het voorbereiden van het noodzakelijke landelijke beheer en onderhoud van de diagnosethesaurus wordt door DHD opgepakt. DHD zal ook de mappings van de diagnose termen op de diverse codestelsels voor autorisatie voorleggen aan de diverse gremia.

Tenslotte zal DHD bewaken dat de ontwikkelde logica en inhoud be-

## Fusie DHD en CBV

In de extra nieuwsbrief van mei hebben we u op de hoogte gesteld van het voornemen van de stichtingen Dutch Hospital Data (DHD) en CBV om te fuseren.

Op 29 juni 2010 is een voorstel tot fusie gedeponneerd bij het Handelsregister. Het is de bedoeling om de fusie 1 januari 2011 in te laten gaan. Het CBV zal ondergebracht worden bij DHD op de Oudlaan in Utrecht. Vooruitlopend op de fusie werken DHD en CBV inmiddels al op een aantal terreinen samen, o.a. bij de ontwikkeling van een diagnosethesaurus om eenmalige registratie van diagnoses aan de bron mogelijk te maken (zie onder 'voortgang LBZ') en bij de schoning van het CBV-verrichtingenbestand.

schikbaar komt voor alle ZIS-leveranciers en daarmee voor alle ziekenhuizen. De ontwikkeling van de diagnosethesaurus volgt het tijdpad van de invoering van het EPD traject in LUMC en UMCU. Daarna zal nog enige tijd gemoeid zijn met het autorisatieproces. De verwachting is dat de diagnosethesaurus eind 2011 gereed is.

## Voortgang integratie deelregistraties in de LBZ

- NCDR
- Renine
- Klinische medicatie

### NCDR

Met National Cardiovascular Data Registry (NCDR) heeft DHD in 2009 al een overeenkomst gesloten (zie ook Nieuwsbrief nr.5 van april 2010). NCDR, in 2008 opgericht door de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie, registreert klinische en technische gegevens over uitgevoerde verrichtingen, met name op het gebied van pacemakers, Implanteerbare Cardioverter Defibrillators (ICD's) en Percutane Coronaire Interventies (PCI's). NCDR is een goed voorbeeld van een deelregistratie binnen de patiëntenzorg. De integratie van NCDR in de LBZ kan ziekenhuizen een flinke kostenbesparing opleveren. DHD en NCDR zullen zich binnenkort buigen over de tarieven die voor 2011 en verder kunnen gelden voor deelname aan de NCDR-registraties.

Weet u meer of wilt u meer weten?  
Stuur uw reactie naar  
[databank@hospitaldata.eu](mailto:databank@hospitaldata.eu)

### Renine

Renine is een registratie van nefrologen en omvat medische gegevens van patiënten die een nierfunctievervangende behandeling ontvangen. Deze deelregistratie wordt beheerd door het Hans Mak instituut. Dit voorjaar is een informatie-analyse gestart. In september wordt het eindrapport besproken en vastgesteld. Dit wordt aan de besturen voorgelegd met een advies.

### Klinische medicatie

Over het gebruik van geneesmiddelen door ziekenhuispatiënten wordt opmerkelijk weinig vastgelegd. Daardoor is over gebruik en samenloop van het medicijngebruik in de ziekenhuizen weinig bekend. Met de NVZA (vereniging van ziekenhuis-apothekers) wordt al geruime tijd gesproken over de opzet van een registratie voor klinische farmacie. DHD maakt momenteel afspraken met de NVZA over een concrete aanpak die per 1 september a.s. kan starten en die ondersteunend is voor onder meer de geneesmiddeleninkoop en de kwaliteit van de farmaceutische patiëntenzorg in de ziekenhuizen.

### Branchebeleid deelregistraties

DHD heeft als neven doel om de integreerbaarheid van deelregistraties in de LBZ te onderzoeken. En als die mogelijkheden er blijken te zijn die ook uit te voeren. Dit zal de administratieve en financiële lasten van ziekenhuizen aanzienlijk verminderen. De komende tijd gaat DHD in overleg met een aantal bestaande deelregistraties.

De LBZ is in beginsel de ruggengraat van alle gegevensverzamelingen omtrent de patiëntgebonden ziekenhuiszorg. Een deelregistratie kan daarom alleen ontstaan – of voortbestaan – als een doorslaggevend argument uitwijst dat een aansluiting op de 'LBZ-hoofdweg' niet mogelijk is. Met bestaande initiatieven maakt DHD afspraken om in een overzichtelijke periode (2 of 3 jaar) de aansluiting op de LBZ te optimaliseren. Ook als dit niet mogelijk is dient het gegevensbeheer (mede) bij DHD te berusten en dient de branche invloed te hebben op de kosten van de betreffende deelregistraties voor de ziekenhuizen.

## NVMA ontwikkelt zorgadministratieve opleidingen, inclusief ICD-10 trainingen

Het baart de koepels NFU en NVZ zorgen dat op dit moment onvoldoende gekwalificeerd zorgadministratief personeel beschikbaar is. Dit omvat ook de zorg over de codeurcapaciteit voor de ziekenhuizen die graag volwaardig aan de LBZ willen deelnemen. De Opleidingscommissie van de NVMA Vereniging voor Zorgadministratie en Informatie is begin dit jaar in een nieuwe samenstelling en onder leiding van bestuurslid Wim Tromp aan de slag gegaan. Commissielid professor Arie Hasman zal met een team inhouddeskundigen nieuwe curricula voor de verschillende zorgadministratieve beroepen ontwikkelen. Daarbij spelen met name de ontwikkelingen omtrent de DBC's en het EPD een belangrijke rol. Om deze reden hebben de koepels een aantal 'heidagen' georganiseerd, waar partijen als NV-

MA, RIVM, CWO (Collectief Werkoverleg in de GGz) en DHD aan hebben deelgenomen. In workshops is gewerkt aan de opstelling van zorgadministratieve beroepsprofielen. Deze profielen vormen de basis van de zorgadministratieve curricula. Binnen de profielen zijn de niveaus MBO, MBO+ en HBO te onderscheiden. Voor deze indeling is gebruik gemaakt van informatie van onze Amerikaanse zustervereniging AHIMA. Naast de ontwikkeling van deze opleidingen zal eveneens een opleiding ontwikkeld worden ten behoeve van baliepersoneel. Voor de ontwikkeling van de opleidingen wordt op dit moment al samengewerkt met de Amstel Academie in Amsterdam.

Op basis van zijn internationale kennis ondersteunt ook het RIVM deze initiatieven van de NVMA. Internatio-

naal worden dit soort opleidingen georganiseerd en aangeboden door de landelijke verenigingen. Tot op heden is de NVMA onvoldoende actief geweest op dit terrein. Met dit initiatief komt hier verandering in: de Opleidingscommissie van de NVMA en de Amstel Academie werken nauw samen om een breed opleidingspakket beschikbaar te krijgen. Het gegeven dat Prismant begin dit jaar in problemen is gekomen heeft bovenstaande ontwikkeling in een stroomversnelling gebracht. Dat Prismant inmiddels onder de vlag van KIWA is doorgestart, doet daar niet aan af. Om te beginnen zal dit najaar de transitieopleiding ICD-9 naar ICD-10 bij de Amstel Academie worden aangeboden. Berichtgeving in de organen van NVMA, DHD en mogelijk andere media volgt zo spoedig mogelijk.  
*Bron: commissie opleidingen NVMA*

# Planning implementatie LBZ: 2010—2013

2010

## Ziekenhuizen die deelnemen aan de LMR

- Nov t/m dec: de ICT afdeling voert aanpassingen in de ziekenhuissystemen door zodat het BSN en optioneel ICD-10 codes aan de aangepaste versie van Hospital-View2 (HV2) [2]/LMR aangeleverd kan worden. Raadpleeg hiervoor de specificaties die zullen worden uitgegeven door DHD.
- De aangepaste versie van HV2 wordt kosteloos aan de ziekenhuizen beschikbaar gesteld. Vanaf oktober start een testtraject in een aantal ziekenhuizen, in november komt de HV2 update beschikbaar voor alle ziekenhuizen. Tieto biedt bij de implementatie van de geüpdate HV2 ondersteuning op afstand en desgewenst op locatie aan. Zie verder in deze nieuwsbrief.
- December: implementatie van de pseudonimisatie software (zie pag. 3). De software wordt begin december kosteloos aan de ziekenhuizen beschikbaar gesteld. Implementatie hiervan vergt circa 1/2 tot 1 dag.
- Optioneel: okt t/m dec: implementatie ICD-10.

## Ziekenhuizen die deelnemen aan de LAZR

Aanlevering blijft ongewijzigd.

## Ziekenhuizen die nog niet deelnemen aan de LMR<sup>[1]</sup>

- Heden t/m dec: de ICT afdeling voert aanpassingen in de ziekenhuisinformatiesystemen door zodat aanlevering kan plaatsvinden naar HV2. De implementatie van HV2 neemt circa 3 dagen in beslag, waarna het ziekenhuis reeds aan de LMR kan aanleveren. Bij de implementatie kan Tieto desgewenst ondersteuning bieden.
- December: implementatie van de pseudonimisatie software (zie verderop). De software wordt begin december kosteloos aan de ziekenhuizen beschikbaar gesteld. Implementatie hiervan vergt circa 1/2 tot 1 dag.

## Ziekenhuizen die per 01-01-2011 gaan deelnemen aan de LBZ

- Heden t/m dec: de ZIS leverancier en/of ICT afdeling voert aanpassingen in de ziekenhuisinformatiesystemen door zodat aanlevering kan plaatsvinden aan de LBZ. Raadpleeg de aanleverspecificaties die door DHD zullen worden uitgeleverd voor het bepalen van de aanpassingen.
- December: implementatie van de pseudonimisatie software (zie verderop). De software wordt begin december kosteloos aan de ziekenhuizen beschikbaar gesteld. Implementatie hiervan vergt circa 1/2 tot 1 dag.

<sup>[1]</sup> Ziekenhuizen die momenteel niet deelnemen aan de LMR wordt geadviseerd om te investeren in de deelname aan de LBZ i.p.v. aan de LMR, aangezien de LMR stopt m.i.v. 2013

2011

## Alle ziekenhuizen

- Jan t/m dec: implementatie ICD-10

NB: Vanaf 01-01-2011 is het **niet meer mogelijk om de LAZR aan te leveren**. De LAZR wordt vervangen door aanlevering van de AA-variant (zie ook pag. 4).

## Ziekenhuizen die deelnemen aan de LMR

- Diagnoses moeten worden aangeleverd in ICD-10 of ICD-9 codes.
- Verrichtingen moeten aangeleverd in CvV codes.
- Gepseudonimiseerde BSN gegevens moeten worden aangeleverd.

## Ziekenhuizen die deelnemen aan de LBZ

- Diagnoses moeten aangeleverd in ICD-10 codes.
- Verrichtingen moeten worden aangeleverd in CvV- of CBV-codes.

## Ziekenhuizen die per 01-01-2012 gaan deelnemen aan de LBZ

- Jan t/m dec: de ZIS leverancier en/of ICT afdeling voert aanpassingen in de ziekenhuisinformatiesystemen door zodat aanlevering kan plaatsvinden aan de LBZ. Raadpleeg de aanleverspecificaties voor het bepalen van de aanpassingen.
- Jan t/m dec: implementatie CBV

2012

## Alle ziekenhuizen

- Jan t/m dec: implementatie CBV

## Ziekenhuizen die deelnemen aan de LMR

- Aanlevering conform 2010 inclusief gepseudonimiseerd BSN en ICD-10. Aanlevering van ICD-9 codes is niet meer mogelijk.

## Ziekenhuizen die deelnemen aan de LBZ

- Diagnoses moeten aangeleverd in ICD-10 codes. Aanlevering van ICD-9 codes is niet meer mogelijk.
- Verrichtingen moeten worden aangeleverd in CvV of CBV codes.

## Ziekenhuizen die per 01-01-2013 gaan deelnemen aan de LBZ

- Jan t/m dec: de ZIS leverancier en/of ICT afdeling voert aanpassingen in de ziekenhuisinformatiesystemen door zodat aanlevering kan plaatsvinden aan de LBZ. Raadpleeg de aanleverspecificaties voor het bepalen van de aanpassingen.

2013

## Aanleveren kan enkel nog aan de LBZ.

- Diagnoses moeten aangeleverd in ICD10-codes.
- Verrichtingen moeten aangeleverd in CBV codes.
- LMR- en AA-aanlevering is niet meer mogelijk.