

Nieuwsbrief

Informatiebeleid



Inhoud

	Pag.
Hoofd onderwerpen:	
• Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg	1
• Registreren met verstand: minder voor meer ...	4
• Voortgang HSMR	5
• Beheer gegevensgebruik door derden aangepast	6
• Nieuwe Kengetallen Ziekenhuizen (2008)	6
• Enquête Jaarcijfers Ziekenhuizen in 2010	7
• Databank kwaliteit in 2010	8
Verdere informatie:	
• Werkconferentie (her)start LMR/LBZ	2
• Nieuwe directeur DHD	3
• Onderzoek Europese ziekenhuisgegevens	4
• Evaluatie nieuwe wachttijdenregistratie	5
• Deelnemers gezocht voor <i>Taskforce EJZ</i>	7
• Verslag <i>Invitational</i> beschikbaar	7
• Beëindiging convenant DHD-Prismant per 2011	8
• PTO naar NVZ Plus!	8

Colofon

De DHD Nieuwsbrief Informatiebeleid is een uitgave van stichting Dutch Hospital Data. De brief wordt per mail toegezonden 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.

Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg

- LBZ operationeel in 2011
- Voordelen voor deelnemende ziekenhuizen
- Verplichte deelname NVZ-leden

DHD heeft in 2008 samen met de NVZ en NFU besloten de Landelijke Medische Registratie (LMR) en de Landelijke Ambulante Zorg Registratie (LAZR) te integreren en te vernieuwen tot de **Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ)**. Verwachting is dat de LBZ op 1 januari 2011 operationeel is. De belangrijkste onderdelen van de vernieuwing zijn:

1. integratie van de poliklinische en klinische zorg in één registratie;
2. toepassing van het (gepseudonimiseerd) Burger Service Nummer (BSN);
3. overstap van ICD9 naar ICD10 voor de diagnosecodering;
4. gebruik van de CBV-lijst voor codering van verrichtingen/zorgactiviteiten;
5. uitbreiding met klinische medicatie;
6. integratie van zoveel mogelijk specialistische deelregistraties.

DHD heeft het LBZ-project ondergebracht bij Tieto, het bedrijf dat voor DHD ook de verzameling van de LMR/LAZR-gegevens uitvoert. Het datamodel van de LBZ is inmiddels vastgesteld en wordt ook gebruikt in

het project 'Basisregistratie op orde'. Hiermee geeft de NVZ bij de ziekenhuizen aan welke gegevens minimaal moeten worden vastgelegd in een basisregistratie. Op basis van dit datamodel worden nu de LBZ-datawarehouse en verzamelapplicaties ontworpen. In 2010 zal de conversie van de LMR-historie vanaf 1992 plaatsvinden naar de LBZ en zal de extensie voor registratie van klinische medicatie aan het LBZ-datamodel worden toegevoegd. Eind 2009 en begin 2010 worden de betrokken medewerkers in de ziekenhuizen ingelicht over wat er wordt verwacht ten aanzien van de invoering van de LBZ.

Ruggengraat

Doel van de LBZ is om te komen tot een landelijke registratie van basisgegevens die de ruggengraat vormt van alle gegevensverzamelingen omtrent de ziekenhuiszorg. Elk ziekenhuis moet kunnen volstaan met een goede eenmalige vastlegging van zorggegevens aan de bron (basisregistratie). Deze basis kan voor meerdere doelen worden gebruikt. De basisregistratie moet:

1. beleidsinformatie voor het ziekenhuis zelf opleveren;
2. geschikt zijn voor DOT-declaraties;
3. via doorlevering aan de LBZ gebruikt kunnen worden voor collec-

tieve doelen (zoals het branchebeleid, het berekenen van de HSMR en andere kwaliteitsindicatoren, het doorleveren van wettelijk verplichte informatie aan de overheid (CBS, RIVM) en de afhandeling van gegevensverzoeken voor wetenschappelijk en beleidsonderzoek).

Als gegevens moeten worden gebruikt voor meerdere doelen, is uniformering van de classificaties en coderingen essentieel. Aansluiting bij (inter)nationale classificaties ligt voor de hand en natuurlijk moet er een optimale correspondentie zijn met de medische praktijk. Om deze redenen is in de LBZ voor het vastleggen van diagnoses gekozen voor de ICD10 en voor de verrichtingen voor de CBV-lijst. Codering van ICD10 en CBV zijn ook compatibel met DBC-declaraties binnen DOT. Een andere vernieuwing in de LBZ wordt de mogelijkheid om deelregistraties te integreren of zodanig te koppelen dat de doelmatigheid en het gegevensbeheer hiermee zijn gediend.

Belang van een goede basisregistratie en deelname LMR/LBZ

Er zijn drie belangrijke redenen om een goede basisregistratie aan te leggen of te handhaven:

1. Ondersteuning van de eigen bedrijfsvoering

Een goede basisregistratie levert beleidsinformatie op die de bedrijfsvoering van het ziekenhuis ondersteunt en die essentieel is om verantwoording te kunnen dragen voor de kwaliteit van de zorg. Het gaat hierbij in de eerste plaats om inzicht in aantallen patiënten, diagnosegroepen en verrichtingen.

Daarnaast kan uit dit soort gegevens bijvoorbeeld worden afgeleid of patiënten conform richtlijnen worden behandeld en of de doorstroomtijden acceptabel zijn. Dergelijke gegevens zijn niet alleen van belang voor de financiële huishouding, maar ook voor het management van kwaliteit, veiligheid en risico's en voor het inrichten van zorgpaden, doelmatigheidsverbeteringen, inzicht in de marktpositie, en de in- en externe verantwoording. Wat de externe verantwoording betreft, kunnen basisgegevens gebruikt worden als bij onderhandelingen met verzekeraars de zorgkwaliteit ter sprake komt. Verder wordt steeds vaker een beroep gedaan op ziekenhuizen om transparanter te zijn en verantwoording af te leggen naar de samenleving. Dit gebeurt met de Basisset Prestatie-indicatoren van de IGZ, de kwaliteitsindicatoren van Zichtbare Zorg (nu nog voor tien, straks voor tachtig aandoeningen) en additionele informatievragen van patiëntenverenigingen. Een goede basisregistratie levert voor veel van deze kwaliteitsindicatoren de noemergegevens, en in een aantal gevallen ook tellergegevens. Dat maakt apart vastleggen en berekenen overbodig.

2. Mogelijkheid tot declaraties in het DOT-systeem

Een basisregistratie waarin voor diagnoses de ICD10 wordt gebruikt en voor verrichtingen de CBV-lijst, kan ook worden gebruikt voor de facturering binnen DOT. Eén van de verbeterpunten van DOT ten opzichte van het oude DBC-systeem moet worden dat DBC's afgeleid kunnen worden uit basis-

De functies van de LBZ:

- *Het genereren van branche-informatie*
- *Het vergelijken van prestaties*
- *Het berekenen van ziekenhuissterfte*
- *Het leveren van gegevens aan overheidsinstanties*
- *Het verstrekken van gegevens aan derden*

gegevens zoals diagnoses gecodeerd in de ICD10- en verrichtingen met CBV-codes. DCB-Onderhoud heeft aangegeven dat vanaf 2011 coderingen van ICD10 diagnoses en CBV-verrichtingen ook compatibel zijn met DBC-declaraties binnen DOT.

Een nog groter voordeel van een basisregistratie met uniforme coderingen voor diagnoses en verrichtingen volgens (inter-)nationale standaarden is dat de registratie niet hoeft te worden aangepast bij wijzigingen in het DBC-systeem. Als in DOT bijvoorbeeld besloten wordt de samenstelling van de groeperingen van de DBC-zorgproducten te wijzigen, volstaat aanpassing van de grouper-software.

3. Collectieve doelen

Er is een toenemende vraag naar gegevens over de ziekenhuiszorg. De NVZ en NFU beogen met de LBZ transparantie mogelijk te maken op basis van goede en vergelijkbare cijfers, maar beogen tevens de registratielast voor de ziekenhuizen zo laag mogelijk te houden. Het is de bedoeling dat de ziekenhuizen de gegevens voor de LBZ kunnen aanleveren vanuit de eigen basisregistratie, en dat deze gegevens voor meerdere collectieve doelen gebruikt worden. NVZ en NFU zullen de LBZ gebruiken om regie te krijgen op de gegevensaanvragen van derden en daarmee ook regie op de registratielast.

De functies van de LBZ

Het genereren van branche-informatie

Met de LBZ beschikken de NVZ en de NFU over eigen informatie, bijvoorbeeld over de effectiviteit of de baten van de ziekenhuiszorg, om

Werkconferentie (her)start LMR/LBZ:

Maandag 1 februari 2010 om 17.00 uur in Utrecht

DHD organiseert op 1 februari een bijeenkomst voor ziekenhuizen over het belang van en de aanpak voor (her)nieuwde deelname aan de LMR/LBZ.

Ziekenhuizen die dit betreft ontvangen binnenkort een uitnodiging, die wordt gericht aan de Directies/Raden van bestuur, hoofden Zorgadministratie en HEADs.

Informatie: Jan Jozef Pool 030-2739521
E-mail: pool@hospitaldata.eu

de belangen van ziekenhuizen te behartigen. Ook kunnen uitspraken van VWS of ZN op basis van eigen branchegegevens worden getoetst.

Het vergelijken van prestaties

Met de LBZ kunnen ziekenhuizen hun prestaties afzetten tegen die van andere ziekenhuizen (*benchmarks*) zonder dat de andere ziekenhuizen afzonderlijk herkenbaar zijn, en zo nagaan waar ze zich kunnen verbeteren. Ziekenhuizen kunnen zo bijvoorbeeld hun prestaties spiegelen aan die van de academische, de STZ of overige ziekenhuizen. Noodzakelijk hiervoor is een uniforme basisregistratie: gebruik van dezelfde classificaties en codestelsels. Ook moet gecorrigeerd kunnen worden voor verschillen in casemix tussen ziekenhuizen. Dit kan alleen als ook de overige gegevens uit de LBZ, zoals demografische gegevens van patiënten (leeftijd, geslacht) en nevendiaagnoses zo volledig mogelijk worden geregistreerd.

Het berekenen van ziekenhuissterfte

Na 2010 kan de ziekenhuissterfte worden berekend met de LBZ. (Tot 2010 gebeurt dit nog op basis van de LMR-gegevens.) De IGZ heeft de ziekenhuissterfte al opgenomen in de Basisset Prestatie-indicatoren. (Zie ook het artikel over HSMR elders in deze editie.) Omdat bij de berekening van de HSMR gecorrigeerd wordt voor casemix is het

nodig om de LBZ-gegevens zo volledig mogelijk aan te leveren. Als de nevendiaagnoses namelijk niet (volledig) zijn vermeld, geeft dat een hogere HSMR-uitkomst, omdat de overleden patiënten dan gezonder lijken.

Het leveren van gegevens aan overheidsinstanties

Vanuit de LBZ kunnen straks gegevens ten behoeve van overheidsinstanties verstrekt worden. Zo is het CBS bevoegd om gegevens uit registraties op te vragen wanneer die een algemeen belang dienen, zoals gegevens van ziekenhuizen. Verder is Nederland in het kader van internationale verdragen verplicht aan de EU en WHO een aantal landelijke epidemiologische gegevens over ziekenhuiszorg te verstrekken. Nu worden deze gegevens door DHD vanuit de LMR geleverd aan bijvoorbeeld het CBS en RIVM.

Het verstrekken van gegevens aan derden

DHD krijgt regelmatig vragen om ziekenhuisgegevens te verstrekken ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek of van producenten van marktinformatie. Na beoordeling worden deze gegevens onder strikte voorwaarden geleverd door DHD. (Zie ook het artikel 'Beheer gegevensgebruik aangepast' op pag. 6 in deze Nieuwsbrief.)

Dit voorkomt dat ziekenhuizen veelvuldig door derden worden benaderd met gegevensverzoeken.

Verplichte deelname

De NVZ heeft in haar ledenvergadering besloten deelname aan belangrijke ziekenhuisregistraties verplicht te stellen voor haar leden. In 2010 betreft dat deelname aan de LMR en vanaf 2011 deelname aan de LBZ. In de afgelopen jaren zijn enkele ziekenhuizen gestopt met het (volledig) aanleveren van de LMR-gegevens. Een van de redenen hiervoor was de registratielast die gepaard ging met de DBC-declaraties. Ook heerste de misvatting dat de DBC-registratie dezelfde informatie zou opleveren als de LMR. In het DBC Informatie Systeem (DIS) kan echter slechts een beperkt aantal diagnoses worden herleid. Behalve baarmoederhalskanker is geen enkele diagnosegroep ondubbelzinnig uit de DBC's af te leiden. Verder levert de DBC-registratie onvoldoende informatie voor een goede correctie voor casemix tussen ziekenhuizen. Voor de ziekenhuizen die niet (volledig) deelnemen aan de LMR, organiseert DHD begin 2010 een werkconferentie over het (her-)starten met de registratie van gegevens voor de LMR/LBZ.

Informatie: Inez Joung 030-2739548
E-mail: joung@hospitaldata.eu

Van het DHD-bestuur

Facturering LMR/LBZ in 2010

Eind maart of begin april 2010 zal DHD de facturen versturen. De verzamel- en ontwikkelkosten worden omgeslagen over de deelnemers: alle academische en algemene ziekenhuizen. De productie (aantal patiënteenheden in 2008) is de verdeelsleutel. De factuur zal in 2010 van dezelfde orde van grootte zijn als in 2009, al kan het bedrag wel fluctueren vanwege schommelingen in de productie. De doorberekening volgt dus lineair de ontwikkeling van de productie van elk ziekenhuis. DHD heeft hierover begin november een brief naar de instellingen gezonden.

Nieuwe directeur

Per 1 juli 2009 is tot directeur van de Stichting Dutch Hospital Data benoemd, mevrouw **Dr. Inez M.A. Joung**. Begin dit jaar heeft het bestuur van DHD vastgesteld dat er binnen de directiefunctie meer ruimte nodig is voor de strategische dimensies. In dat kader is er binnen het DHD bureau een nieuwe functie gecreëerd voor het beheer van de registraties. In deze functie van manager registraties is met ingang van 1 juli 2009 benoemd, de heer



Dr. Jan Jozef Pool, zoals bekend één van de grondleggers van DHD.

Inez Joung heeft Geneeskunde en Beleids- en Bestuurswetenschappen gestudeerd aan de Radboud Universiteit in Nijmegen en aansluitend op de afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg van het Erasmus Medisch Centrum promotieonderzoek verricht naar de relatie tussen burgerlijke staat en gezondheid. In de daarop volgende jaren heeft zij bij deze afdeling verder gewerkt als universitair docent. Vanaf 2005 werkte Inez als hoofd van de afdeling Regionale Samenwerking Oncologie bij het Integraal Kankercentrum Rotterdam.

Registreren met verstand: minder voor meer...

- Branche is voorstander van centrale gegevensregistratie
- Ziekenhuizen worden zo administratief en financieel ontlast
- Regie- en adviesrol voor DHD

Ziekenhuizen worden in toenemende mate benaderd voor deelname aan incidentele of structurele gegevensverzamelingen. Hoewel ziekenhuizen uiteraard zelf kunnen kiezen aan welke verzamelingen zij deelnemen, wil de branche toe naar een eenmalige registratie voor meerdere doelen. De plek waar deze registraties samen moeten komen is – waar het patiëntgegevens betreft – de Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ). Dat is de naam van de vernieuwde Landelijke Medische Registratie/Landelijke Ambulante Zorgregistratie (LMR/LAZR), die door de toepassing van het burgerservicenummer (BSN) van een gevalsregistratie doorgroeit naar een persoonsregistratie. DHD is door NVZ en NFU opgericht om het gegevensbeheer beter te regelen en de informatievoorziening te bevorderen. DHD wil hierbij nadrukkelijk een regie- en adviesrol vervullen. Ons credo is: als verleende zorg niet in de LBZ kan worden vastgelegd, moet er een zeer goede reden zijn voor aparte vastlegging.

Onbegrensd

Ziekenhuizen nemen nu nog deel aan allerlei aparte registraties. In de eerste plaats zijn er de LMR/LAZR, de Enquête Jaarcijfers Ziekenhuizen en de Basisset Prestatie-indicatoren van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Deze drie verzamelingen worden uitgevoerd door of voor DHD

en dienen een algemeen belang. Daarnaast nemen veel ziekenhuizen deel aan specialistische verzamelingen zoals voor cardiologie, orthopedie, nierdialyse of intensive care. Dit zijn registraties met een specifiek belang. Soms is dat vakontwikkeling of bevordering van de wetenschap. Verder komen registraties tot stand omdat de overheid dat verlangt. Bijvoorbeeld als een complexe verichting niet langer onder de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV) valt. De drang van de overheid om 'meer te willen weten' is vrijwel onbegrensd: naast de Basisset zijn er nu de behandelingspecifieke indicatoren van Zichtbare Zorg [in beginsel maar liefst tachtig stuks] en de Veiligheidsindicatoren. Vanuit de wetenschappelijke verenigingen of vanuit patiëntenbelangen worden allerlei initiatieven genomen die tevens tot doel hebben om hier invulling aan te geven, maar die zelden met de branches worden afgestemd. Voorbeelden hiervan zijn:

- de registraties van cardio- en orthopedische implantaten;
- monitoring van borstkanker;
- neuromodulatie;
- medicijngebruik door hemofiliepatiënten;
- de opstart van een register voor metabole ziekten.

Het resultaat van al deze aparte verzamelingen is dat verschillende rechtspersonen worden opgericht die aan het registreren slaan, en daarmee onvermijdelijk een aantal basisgegevens van een patiënt meervoudig vastleggen. Deze ontwikkeling lijkt zowel informatiekundig als financieel niet erg doelmatig.

Zorgvuldig

Het principe van de organisatoren van registraties is meestal:

1. het ziekenhuis levert de gevraagde gegevens;
2. en betaalt daarvoor ook nog eens een rekening.

Deelname aan zulke initiatieven is dan ook niet zonder meer aan te raden. Op dit moment is de beleidslijn dat instellingen deelnemen aan registraties van of voor de branche (LMR, de jaarenquête enz.), maar niet aan allerlei losse registraties van andere partijen, tenzij het ziekenhuis dit zelf van belang acht.

Gegevens van ziekenhuizen zijn een waardevolle *asset* van de instellingen waar veel belangstelling voor is bij allerlei partijen, waaronder ook de industrie en aanbieders van diensten. Dit noopt tot een zorgvuldig – maar ook zakelijk – gegevensbeheer. In deze Nieuwsbrief staat een artikel over de loketfunctie van DHD voor partijen die ziekenhuisgegevens willen gebruiken. Nieuwe structurele 'verplichtingen' hebben dan ook onze warme aandacht, zowel vanuit oogpunt van doelmatig registreren als vanwege de beheerkant. Als een verzoek daartoe bij een ziekenhuis binnenkomt, is het altijd mogelijk om de vragende partij door te verwijzen naar DHD. Wij brengen de informatiestromen in kaart en kunnen dit soort verzoeken namens de NVZ/NFU beoordelen. Zo houden we grip op de veelheid aan informatievragen en -stromen in het veld en beperken we de administratieve last voor de ziekenhuizen.

Informatie: Jan Jozef Pool 030-2739521
E-mail: pool@hospitaldata.eu

Onderzoek naar Europese Ziekenhuisgegevens

- Vergelijken gegevens Europese ziekenhuizen lastig
- Onderzoek te downloaden op <http://dutch.hospitaldata.eu>

'Hoe worden overzichten met ziekenhuisgegevens in Europees verband vervaardigd en welke bijdrage kan DHD leveren aan de verbetering van deze overzichten?' Deze vraag

stond centraal in het onderzoek dat Bianca Lascaris verrichtte voor DHD in het kader van haar studie Management, Policy-analysis and Entrepreneurship in Health and Life Sciences aan de VU te Amsterdam. Uit de studie blijkt dat het onderling vergelijken van de gegevens om diverse redenen nog lastig is. In het onderzoek worden hiervoor oplossingen aangedragen en wordt ingegaan

op de rol die DHD hierbij kan spelen.

Meer weten? Op onze website vindt u een uitgebreide samenvatting van het onderzoek.

U kunt hier ook het complete Engelstalige onderzoeksrapport downloaden.



Voortgang kengetal ziekenhuissterfte: HSMR

- HSMR-cijfers 2008 beschikbaar
- Workshop over toepassing van HSMR-cijfers voor veiligere zorg

De **HSMR-cijfers** (Hospital Standardized Mortality Ratio) over 2008 zijn sinds oktober beschikbaar. Net als in voorgaande jaren zijn deze op basis van LMR-gegevens berekend door Prismant. De HSMR is opgebouwd uit de SMR's van vijftig diagnosegroepen die samen tachtig procent van de totale ziekenhuissterfte omvatten. Bij de berekening wordt een correctie toegepast voor verschillen in casemix. Momenteel overweegt de Inspectie voor de Gezondheidszorg om publicatie van het sterftecijfer met ingang van 2011 verplicht te stellen. In 2010 is in de Basisset Indicatoren Veiligheidsprogramma voor Ziekenhuizen 2009 van de Inspectie al als indicator opgenomen of de HSMR wordt gebruikt om de sterfte in het ziekenhuis te monitoren.

De HSMR is nog niet voor alle Nederlandse ziekenhuizen betrouwbaar te berekenen. Bijvoorbeeld wanneer een ziekenhuis niet deelneemt aan de LMR. Daarnaast zijn er ziekenhuizen die wel aan de LMR deelnemen, maar met gegevens van onvoldoende kwaliteit. Ten behoeve van

de HSMR-berekening controleert Prismant de LMR-registratie. In het (vooralsnog anonieme) landelijke overzicht van HSMR's komen alleen ziekenhuizen waarvan de LMR-registratie voldoet.

Prismant maakt voor ziekenhuizen twee standaardrapporten:

1. HSMR-rapport 2008. Deze bevat de HSMR van uw ziekenhuis voor de periode 2006-2008, inclusief de positionering in de landelijke verdeling. Kosten: € 500,= excl. btw.
2. (H)SMR-rapport 2008 met naast de HSMR 2006-2008 ook een verdieping naar alle vijftig diagnosegroepen en patiëntcategorieën, zoals leeftijdsklassen, geslacht en opname-urgentie. Kosten voor deze uitgebreide rapportage: € 5.000,= excl. btw en reiskosten. Onderdeel van deze service is een presentatie van de resultaten in uw ziekenhuis.

Bestellen van een (H)SMR-rapportage kan door te mailen naar HSMR@prismant.nl. Geef aan welk rapport u bestelt, de naam van uw ziekenhuis, uw eigen naam en functie, e-mail- en postadres.

Informatie: Jan Jozef Pool 030-2739521
E-mail: pool@hospitaldata.eu

Workshop

Voor ziekenhuizen die actief gebruik willen maken van hun sterftecijfers voor een beter patiëntveiligheids- en kwaliteitsbeleid, organiseert Prismant op vrijdag 15 januari 2010 een workshop. U leert hoe (H)SMR-cijfers duidelijk kunnen maken waar de zorg veiliger kan. Ook wordt ingezoomd op diverse patiëntengroepen en hoe verklaringen voor afwijkende cijfers getoetst kunnen worden. Aan de orde komen de rol van dossieronderzoek, de organisatie hiervan en handige hulpmiddelen. Deelname kost € 495,= excl. btw. Andere deelnemers uit hetzelfde ziekenhuis krijgen 25% korting. De workshop wordt gehouden van 13.30 tot 18.00 uur bij Prismant in Utrecht. Aanmelden kan door te mailen naar HSMR@prismant.nl. Vermeld naam, adres en telefoonnummer van de deelnemer(s) en de naam van het ziekenhuis.



Evaluatie nieuwe wachttijdenregistratie

- Zeventig procent van de ziekenhuizen positief
- Definitie voor wachttijd niet voor iedereen duidelijk
- Onderzoek te downloaden via <http://dutch.hospitaldata.eu>

DHD heeft het vernieuwde wachttijdenregistratiesysteem geëvalueerd dat per september 2008 is ingevoerd voor algemene en academische ziekenhuizen. Reden voor de vernieuwing was om de wachttijdgegevens op www.kiesBeter.nl en op ziekenhuiswebsites voor de cliënt en patiënt betrouwbaarder, actueler en transparanter te maken. Uit de evaluatie blijkt dat bijna zeventig procent van de Nederlandse ziekenhuizen positief staat tegenover het nieuwe systeem. Ook vindt ongeveer de

helft het systeem effectief. Verder kwam naar voren dat de definitie voor wachttijd ('kies de derde beschikbare plaats') niet voor iedereen even duidelijk was.

Het evaluatieonderzoek is uitgevoerd door Leonie Rubbens. Zij deed dit in het kader van haar studie Management, Policy-analysis and Entrepreneurship in Health and Life Sciences aan de Vrije Universiteit Amsterdam. Doel was om inzicht te verkrijgen in mogelijke onvolkomenheden en verbeterpunten van de nieuwe wachttijdenregistratie. De onderzoeksvraag die centraal stond was: 'in hoeverre is het vernieuwde wachttijdenregistratiesysteem voor algemene en academische ziekenhuizen effectief en hoe kan dit sys-

teem worden verbeterd?' Om deze vraag te beantwoorden, kregen alle Nederlandse ziekenhuizen een web-enquête. Ook is een aantal diepte-interviews afgenomen. De response was hoog: respondenten uit zes academische ziekenhuizen en 53 algemene ziekenhuizen vulden de vragenlijst in.

Meer weten? Op onze website vindt u een uitgebreide samenvatting van het onderzoek.

U kunt hier ook het complete Engelse onderzoek rapport downloaden.



Beheer gegevensgebruik door derden aangepast

- Protocol LMR/LAZR en DIS gewijzigd
- Onderscheid naar soorten gebruikers

Het protocol voor verstrekking van gegevens aan derden vanuit de LMR/LAZR (Landelijke Medische Registratie/Landelijke Ambulante Zorgregistratie) en het DIS (DBC Informatie Systeem) wordt per 1 januari 2010 aangepast. De distributie van deze gegevens naar derden en het toezicht op dat gebruik is onderdeel van de beheertaak van DHD. In het algemeen wil DHD het gebruik van ziekenhuisgegevens door derden bevorderen, vooral als dat kan zonder extra of dubbele bevraging van de instellingen.

Hoe gebruikers gegevens kunnen aanvragen staat beschreven in twee protocollen Gegevensgebruik. Naast het protocol voor de LMR/LAZR en de DIS-data is er een protocol voor de EJZ, de loonkostengegevens (LKG) en de databank Kwaliteit. Beide protocollen staan op de websi-

te van DHD:

Zie <http://dutch.hospitaldata.eu/protocollen-gegevensgebruik>.

Het DIS & LMR-protocol wordt op een aantal punten aangepast. Voor het gebruik van ziekenhuisgegevens wordt door DHD als tegemoetkoming in de verzamelkosten in principe een vergoeding gevraagd. Begin dit jaar is het maximum hiervan verhoogd naar € 10.000,= (excl. btw). Daarbij is afgesproken dat voortaan in alle gevallen een weegmodel gehanteerd wordt, omdat -vragen nu eenmaal verschillen in omvang: wie meer vraagt, betaalt ook meer. Er zal vanaf 1 januari 2010 een minimumtarief gaan gelden van € 1.000,= (excl. btw). Verder worden vanaf nu nadrukkelijker de volgende **gebruikersgroepen** onderscheiden:

- *Wetenschap* (studerenden of promovendi) en eigen achterban (branches, ziekenhuizen) betalen de minimale vergoeding plus kosten van afhandeling.
- *Maatschappelijke instanties* (niet

wettelijk rechthebbend) betalen de berekende vergoeding plus kosten van afhandeling.

- *Zakelijke gebruikers* (industrie, consultancy e.d.) betalen twee keer de berekende vergoeding plus kosten van afhandeling. Voor zakelijk gebruik is het maximum dus verdubbeld.

Als het voorgestelde gebruik goorloofd is, ontvangt de verzoeker een uitgewerkte offerte.

Een andere aanpassing betreft de loketfunctie. Het is de bedoeling dat die op den duur volledig door DHD zal worden ingevuld. Een eerste stap daartoe is dat vanaf 1 januari 2010 alle gegevensverzoeken rechtstreeks naar DHD gestuurd dienen te worden. Over hoe het loket omgaat met verzoeken die ook medische gegevens (diagnose of verrichting) omvatten, vindt nadere afstemming plaats met de Orde.

Informatie: Jan Jozef Pool 030-2739521
E-mail: pool@hospitaldata.eu

Nieuwe Kengetallen Nederlandse Ziekenhuizen

- Aantal bedden blijft afnemen
- Gemiddelde verblijfsduur weer omlaag
- Meer 'handen aan het bed'
- Dagverplegingsdagen blijven toenemen

Er is een nieuwe uitgave verschenen van de **'Kengetallen Nederlandse Ziekenhuizen'**, met de branchecijfers over 2008.

Deze publicatie, op verzoek van DHD samengesteld door Prismant, bevat de belangrijkste kerngegevens over het bedrijfsmatig functioneren van de Nederlandse academische en algemene ziekenhuizen in de periode 2004-2008. Voornaamste bron voor de kengetallen vormen de gegevens die de ziekenhuizen via de EJZ hebben verstrekt.

Achtereenvolgens wordt kwantitatieve informatie gepresenteerd over:

- Aantallen ziekenhuizen
- Productie
- Personeel

- Capaciteit
- Kosten
- Nationaal perspectief
- Internationaal perspectief

Uit de nieuwe kengetallen blijkt dat ook in 2008 het aantal bedden is verminderd. Hierdoor is het aantal beschikbare ziekenhuisbedden per 1000 inwoners nu 2,74, in 2003 was dat nog 2,93. De gemiddelde verblijfsduur (ligduur) bij een klinische opname in het ziekenhuis is voor het vijfde jaar op rij afgenomen en bedraagt nu 6,0 dagen.

Er is in de afgelopen vijf jaar sprake van een sterke stijging van het aantal dagverplegingsdagen. Als deze trend zich doorzet zal in 2010 het aantal dagopnamen groter zijn dan het aantal klinische opnamen. Goed nieuws is dat het aantal 'handen aan het bed' is toegenomen naar 2,61 fte's per ziekenhuisbed.

Informatie: Cees Bor 030-2739583
E-mail: bor@hospitaldata.eu

In de 'Kengetallen Nederlandse Ziekenhuizen 2008' zijn de gegevens apart weergegeven voor SAZ, OvA, STZ en UMC's. SAZ is de vereniging van Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen en staat voor de kleinere ziekenhuizen. STZ is de groep ziekenhuizen die zijn aangesloten bij de vereniging Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen. OvA staat voor overige ziekenhuizen: tot deze groep behoren de middelgrote ziekenhuizen. UMC's zijn de academische ziekenhuizen.

**Bekijk de nieuwe
Kengetallen
Nederlandse
Ziekenhuizen
2008
op onze site**

<http://dutch.hospitaldata.eu>

Enquête Jaarcijfers Ziekenhuizen in 2010

- Verdere afslanking Enquête Jaarcijfers Ziekenhuizen
- Formatie *taskforce* voor evaluatie

Bijna alle ziekenhuizen namen deel aan de Enquête Jaarcijfers Ziekenhuizen (EJZ) over 2008. De afgelopen jaren vond al een aanzienlijke vermindering plaats van de administratieve lastendruk die komt kijken bij het invullen van deze enquête. Toch blijft het een hele inspanning om de EJZ-gegevens te verzamelen en in te voeren. Dutch Hospital Data is zich hier goed van bewust. De EJZ-contactpersonen hebben mede daarom dit jaar voor hun moeite de DHD-pen ontvangen met ingebouwde usb-stick. Volgend jaar wordt opnieuw bekeken of alle uitgevraagde gegevens nog steeds noodzakelijk zijn. Hiervoor is overleg nodig met alle gebruikers van deze gegevens.

Deelnemers gezocht voor Taskforce EJZ

DHD wil de Enquête Jaarcijfers Ziekenhuizen (EJZ) periodiek gaan evalueren. Hiervoor wordt een *taskforce* geformeerd met vertegenwoordigers van NFU, NVZ, CBS en mensen uit het veld. Deze *taskforce* zal in 2010 enkele malen bijeenkomen.

DHD roept ziekenhuizen op een medewerker voor te dragen met deskundigheid op het gebied van de EJZ en informatiekunde. Dat kan door vóór 15 januari 2010 een e-mailtje te sturen naar bor@hospitaldata.eu, onder vermelding van 'aanmelding Taskforce EJZ'. Vermeld in dit bericht ook de naam van de instelling, de naam van de medewerker, diens functie, e-mailadres en telefoonnummer.

Uit de aanmeldingen zal een zo representatief mogelijke groep deelnemers worden geselecteerd. Alle aanmelders ontvangen hierover bericht.

Deze evaluatie volgt op eerdere maatregelen om de lastendruk voor ziekenhuizen te verminderen. In 2003 zijn al zeven periodieke enquêtes geschrapt: zes enquêtes die moesten worden ingevuld voor het CBS plus de vragenlijst van het CTG. Dit was mogelijk omdat steeds meer gegevens elektronisch uit andere bestanden gehaald kunnen worden. Ook het CBS kan tegenwoordig met minder vragen toe. De jaarenquête in zijn huidige vorm is tot stand gekomen door de afzonderlijke enquêtes van NFU en NVZ te integreren tot een 'webbased' applicatie met 2007 als eerste verslagjaar. Daarbij werd al een groot aantal vragen geschrapt waarop de antwoorden op papier aan Prismant aangeleverd moesten worden.

Evaluatie

De intentie is om de EJZ voortaan om de twee of drie jaar te evalueren. Hiervoor formeert DHD een *taskforce*, die de enquête in 2010 zal beoordelen en zal nagaan of meer vragen geschrapt kunnen worden. De *taskforce* zal onder anderen bestaan uit vertegenwoordigers van NFU, NVZ, CBS en mensen uit het veld

(zie ook de oproep in het onderstaande kader). De vragen in de EJZ over verslagjaar 2009 blijven nog wel ongewijzigd.

Misverstand

Er bestaat een hardnekkig misverstand dat veel van de gegevens die via digiMV gevraagd worden voor het verplichte Jaardocument (JMV) óók gevraagd worden in de EJZ. DHD is dit nagegaan: er is slechts sprake van een zeer beperkte overlap. Sommige onderwerpen zijn weliswaar gelijk, maar de EJZ levert veel meer detailinformatie, die van belang is voor het maken van benchmarks, het arbeidsmarktbeleid en de publicatie 'Kengetallen Nederlandse Ziekenhuizen' (zie elders in deze Nieuwsbrief). De EJZ blijft daarom een belangrijke enquête om in te vullen. De bevindingen inzake de overlap kunt u lezen op onze website onder 'artikelen', in het bestand 'EJZ versus digiMV'. Zie: <http://dutch.hospitaldata.eu/ejz-versus-digimv>.

Informatie: Cees Bor 030-2739583
E-mail: bor@hospitaldata.eu

Beschikbaar: verslag *Invitational Conference* 'LBZ-DOT-ICD10-basisregistratie-zorgadministratie'

Om de Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ) tot een succes te maken, is optimale duidelijkheid vereist over de verbinding tussen de zorgadministratie in een ziekenhuis en de LBZ. Daarom organiseerde DHD afgelopen mei een bijeenkomst voor de branche. Doel was kennis en inzichten uit te wisselen tussen zorgadministrateurs en afdelingshoofden, verzamelaars (DHD en Tieto) en de administratieve professie (NVMA). Ook is de relatie met aanpalende projecten onder de loep genomen, zoals basisregistratie (een initiatief van NVZ en NFU), de uitrol van ICD10 (onderdeel van LBZ, projectrol bij Prismant) en DOT (een initiatief van DBC-Onderhoud). De discussie werd geleid door Wout

Adema (DHD-bestuurder en Raad van Bestuur lid van Ziekenhuis St. Jansdal te Harderwijk). Aan deze bijeenkomst is een extra editie van de DHD-nieuwsbrief gewijd waarin wordt ingegaan op:

1. de relatie tussen de diverse trajecten;
2. de minimale vereisten voor de zorgadministratie om goed op de toekomst te zijn voorbereid;
3. de rol van de codeur en de relatie met de LBZ.

De extra editie van de DHD nieuwsbrief is te lezen op <http://dutch.hospitaldata.eu>.

Databank Kwaliteit in 2010

- Editie 2010 webtool binnenkort gereed
- Uitbreiding met veiligheids-indicatoren
- Overleg over verzameling indicatoren Zichtbare Zorg

Ook volgend jaar kunnen ziekenhuizen weer de prestatie-indicatoren voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) invullen op ziekenhuizen transparant.nl. Helaas is de nieuwe versie van het webtool ziekenhuizen transparant.nl wegens de tijd die nodig is voor aanpassing en testen niet voor januari 2010 te verwachten. Het boekje 'Basisset 2009' en het Veiligheidsprogramma voor ziekenhuizen zijn inmiddels wel door de IGZ naar de ziekenhuizen verstuurd. Wie alvast met de gegevens-

NB: Inhoudelijke en algemene vragen over het invullen kunt u mailen naar loket@igz.nl, technische vragen kunt u mailen naar: databank@hospitaldata.eu.

verzameling over 2009 wil beginnen kan de vragen in deze publicaties beantwoorden of - voor de verdeling van vragen in de instelling - pdf's van beide publicaties ophalen van de IGZ-site [www.igz.nl].

Extra indicatoren

Omdat de IGZ dit jaar extra aandacht besteedt aan veiligheid, is de vragen-set uitgebreid met de volgende veiligheidsindicatoren:

1. registratie van ziekenhuissterfte (HSMR);
2. vermijdbare sterfte en schade;
3. veiligheidsmanagementsysteem (VMS);
4. veiligheidsthema's (postoperatieve wondinfecties, sepsis, reanimaties en medicatie-overdracht).

Deze indicatoren staan beschreven in het boekje 'Veiligheidsprogramma voor ziekenhuizen' (zie www.igz.nl). Daarnaast wordt onder de noemer Zichtbare Zorg (ZiZo) gewerkt aan

aandoeningsspecifieke indicatoren. Over de wijze waarop deze ZiZo-indicatoren verzameld gaan worden, vindt nog overleg plaats. Hierbij wordt nadrukkelijk meegenomen dat de registratiedruk voor de ziekenhuizen zo laag mogelijk moet blijven.

Informatie: Cees Bor 030-2739583
E-mail: bor@hospitaldata.eu

Boekje Basisset 2010 verspreid

Inmiddels heeft de Inspectie ook het boekje Basisset-2010 verspreid met een toelichtende brief van 30 oktober 2009. Belangrijkste verandering tegenover 2009 is dat er een nieuwe indeling is van de indicatoren naar zorgproces, zoals operaties, verpleging of kwaliteitsbeleid. De kring van instellingen wordt uitgebreid met aanbieders van radiotherapie. De DHD-indicatoren zijn geschrapt.

Beëindiging convenant DHD- Prismant per 2011

- Gelijk speelveld voor alle aanbieders van informatiediensten
- Marktwerking bij informatievoorziening
- Einde convenant op 31 december 2010

Zoals bij velen bekend, is Prismant vanouds betrokken bij de informatievoorziening voor de ziekenhuizen. Dit betrof zowel de verzameling, het beheer en de verwerking van gegevens als het leveren van informatieproducten, zoals de Kubussen en de Management Facetten. Vanaf 2005 is steeds nadrukkelijker aangestuurd op een scheiding van verzamelen en bewerken van gegevens, als onderdeel van het door de branches gewenste gegevensbeheer. In 2008 sloot DHD een convenant met Prismant, waardoor Prismant een afgebakende maar nog steeds enigszins preferente positie hield. Het DHD-bestuur heeft recent besloten om het convenant op 31 december 2010 te beëindigen. Reden voor de beëindiging is onder meer dat er een gelijk

speelveld moet zijn voor alle aanbieders van informatieproducten en -diensten. De tijdige aankondiging geeft Prismant de tijd om op deze verandering in te spelen. Het betekent ook dat de thans lopende processen van verzameling en productie bij Prismant in 2010 in beginsel ongewijzigd doorlopen, zoals de EJZ, de LKG (loonkosten), de Kenngetallen en de jaarstatistieken. DHD is voornemens om voor elk van deze zaken na te gaan waar ze het beste belegd kunnen worden. Ook de loketfunctie, voor het indienen van gegevensverzoeken, die Prismant voor DHD uitvoert, is een punt van aandacht. Nagegaan wordt welke alternatieven er zijn, waarbij het loket een duidelijker DHD-loket wordt. Over al deze onderwerpen wordt met Prismant overlegd. Zie ook het artikel 'Beheer gegevensgebruik door derden aangepast', op pag. 6.

Informatie: Jan Jozef Pool 030-2739521
E-mail: pool@hospitaldata.eu

PTO naar NVZ Plus!

- PTO ondergebracht bij NVZ Plus!
- Nieuwe naam wordt **Explora**
- Explora ook inzetbaar voor personeelsonderzoeken

Om de mening van patiënten over de geboden zorg te onderzoeken is al een aantal jaren een online systeem beschikbaar: PTO, Patiënt-TevredenheidsOnderzoek. In 2009 werd PTO onderdeel van NVZ Plus!. De naam PTO wordt veranderd in **Explora**. Met name omdat NVZ Plus! ook andere mogelijkheden voor het systeem wil ontwikkelen, zoals personeelsonderzoek of OR-verkiezingen. Het systeem zelf wordt uitgebreid. Vernieuwingen zijn o.a. de mogelijkheid om vragen te verbergen wanneer die niet van toepassing zijn, het overzichtelijker aanmaken van grotere rapportages en het makkelijker navigeren tussen de verschillende vragenlijsten.

Algemene informatie over Explora vindt u op www.nvzplus.nl/Overige_diensten. Vragen kunt u vooralsnog stellen via pto@nvz-ziekenhuizen.nl.