

Consultatiedocument

Ontwikkeling kwaliteitsindicatoren heroperaties en heropnamen

september 2014

Inhoud

Vooraf	4
1. Consultatievragen: Algemeen	7
2. Consultatievragen ten aanzien van conclusies rapport	9
3. Consultatievragen betreffende de rol NZa en ZiN	11
3.1 Rechtvaardiging publieke inmenging in deze specifieke indicatoren	11
4. Bruikbaarheid DIS	13
4.1 Volledigheid en nauwkeurigheid	13
4.1.1 Volledigheid patiënteninformatie	13
4.1.2 Volledigheid informatie over opnamen en operaties	14
4.1.3 Informatie voor casemix correctie	14
4.2 Tijdigheid	15
5. De LBZ als alternatief	17
6. Koppeling databases	19
7. Alternatieven	21
7.1 Medische registraties	21
7.2 Registratieverplichtingen	21

Vooraf

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en Zorginstituut Nederland vinden dat de informatie over de kwaliteit van zorg beter kan en moet. Er zijn wel veel cijfers die iets zeggen over een bepaald aspect van kwaliteit van zorg bij één aandoening, maar nog nauwelijks indicatoren die bruikbaar zijn voor patiënten en zorginkopers om een algemeen beeld te krijgen van de kwaliteit van zorg.

De NZa wil als marktmeester in de zorg (de discussie over) de ontwikkeling van algemene kwaliteitsindicatoren aanjagen en de al beschikbare gegevens ontsluiten, zodat patiënten en zorginkopers deze kunnen gebruiken.

Zorginstituut Nederland is opgericht om continue verbetering van de kwaliteit van de zorg te bevorderen. Voor beide organisaties staat het perspectief van de patiënt centraal. Wat is goede zorg? En waar kan je die vinden? Goede kwaliteitsindicatoren zijn voor het beantwoorden van dergelijke vragen onontbeerlijk.

De NZa en Zorginstituut Nederland willen u graag betrekken bij de ontwikkeling van universele/ algemeen toepasbare indicatoren. Het voorliggende consultatiedocument betreft specifiek de indicatoren Heroperaties en Heropnamen als indicatoren voor kwaliteit. Zorginstituut Nederland erkent de mogelijkheden om deze indicatoren op de transparantiekalender te zetten. De NZa overweegt instrumenten in te zetten om de ontwikkeling van deze kwaliteitsindicatoren te ondersteunen en te bespoedigen.

Deze consultatie is hierin een eerste stap.

Heroperaties en heropnamen worden internationaal veel gebruikt als indicatoren voor kwaliteit. Deze indicatoren worden vaak berekend op gegevens uit administratieve data. Ook in de administratieve database die de NZa tot haar beschikking heeft - het DBC-informatiesysteem (DIS) - zijn gegevens vastgelegd over (her)opnamen en (her)operaties. De NZa heeft daarom in samenspraak met het Zorginstituut Nederland een consortium van LUMC, AMC en Erasmus MC onder leiding van Prof. N.S. Klazinga laten onderzoeken of deze indicatoren inderdaad iets zeggen over kwaliteit, hoe deze berekend kunnen worden en of DIS gegevens hier toereikend voor zijn.

Wij concluderen op basis van dit onderzoek¹ dat (ongeplande) heropnames en heroperaties veelbelovende kwaliteitsindicatoren zijn, die valide, robuust en algemeen toepasbaar zijn en daarom de moeite waard om verder te ontwikkelen. We concluderen verder dat de indicatoren nog niet direct af te leiden zijn uit DIS, maar dat er wel technische mogelijkheden zijn om deze database geschikt te maken.

Wij willen dit onderzoek graag met u delen en de conclusies met u bespreken. We willen u verder consulteren over de rol van deze specifieke indicatoren en de route waarlangs deze tot stand zouden moeten komen. De NZa en Zorginstituut Nederland hebben geen duidelijke voorkeur voor de route waarlangs deze indicatoren tot stand zouden moeten komen, mits dit op korte termijn te realiseren is. Het onderzoeksrapport in de bijlage biedt hier handvatten voor. Daarnaast realiseren wij ons dat er ook aanvullend onderzoek nodig is alvorens wij tot definitieve besluiten kunnen komen.

¹ Onderzoek naar de bruikbaarheid van informatie over heroperaties en heropnames uit het DBC Informatiesysteem (DIS) voor het genereren van kwaliteitsindicatoren, Kringos et al, 2014

Wij zijn benieuwd naar uw visie op het onderzoek, de bruikbaarheid van de indicatoren en de meest wenselijke route om deze te ontwikkelen. Hiertoe hebben wij een aantal consultatievragen opgesteld die na iedere conclusie of zienswijze worden gesteld. Op basis van het consultatiedocument en de reacties daarop zullen NZa en Zorginstituut Nederland besluiten welke vervolgstappen en welk vervolgonderzoek nodig is om tot een definitief besluit te komen over de ontwikkeling van deze indicatoren.

Uw schriftelijke reactie op het document en de consultatievragen kunt u tot en met **15 december 2014** mailen naar vrageCure@nza.nl. Op **27 januari 2014** vindt van **10.00 uur** tot **11.30 uur** de consultatiebijeenkomst plaats. Tijdens deze bijeenkomst is er gelegenheid om reacties toe te lichten en hierover met elkaar van gedachten te wisselen. Aanmeldingen voor de consultatiebijeenkomst kunt u tot en met **14 januari 2015** mailen naar vrageCure@nza.nl.

De NZa en Zorginstituut Nederland hanteren een openbare consultatieprocedure. Uw reactie is daarom in principe openbare informatie. Een overzicht van de reacties wordt op de website <http://www.nza.nl> gepubliceerd.

Drs. H. Lagerwaard, directeur Zorgmarkten Cure, De Nederlandse Zorgautoriteit
Prof. dr. D. Delnoij, Hoofd Kwaliteitsinstituut, Zorginstituut Nederland

1. Consultatievragen: Algemeen

Er is een maatschappelijk belang om de kwaliteitsinformatie en kwaliteitsverschillen in de zorg inzichtelijk te maken. In de eerste plaats voor professionals en zorgaanbieders zelf om de kwaliteit en veiligheid van de zorg te kunnen verbeteren door uitkomsten te vergelijken en de eigen uitkomsten hieraan te kunnen spiegelen.

Maar ook consumenten en zorgverzekeraars vragen om informatie over de kwaliteit van zorgprocessen en de kwaliteit van de geleverde zorg. Zorgverzekeraars hebben die informatie nodig om goed in te kunnen kopen. Consumenten die bewust voor een ziekenhuis of behandeling willen kiezen, kunnen deze kwaliteitsinformatie meenemen bij hun afweging. Voor dokters is het een manier om zich met enkele cijfers te verantwoorden en een stimulans om te investeren in spiegelinformatie als hier aanleiding voor is. De informatiebehoefte van professionals ligt vaak op een ander, meer gedetailleerd niveau dan van consumenten en verzekeraars. Professionals willen ook de achterliggende redenen van verschillen in kwaliteit kunnen duiden. Voor consumenten en verzekeraars gaat het om keuze –en verantwoordingsinformatie.

Deze consultatie heeft betrekking op medisch specialistische zorg. Inzicht in algemene kwaliteitsindicatoren, zoals sterftcijfers, maar ook heroperaties en heropnamen - voorzien van de juiste toelichting - kan consumenten helpen bij het maken van een keuze voor een (bepaalde behandeling in een) specifiek ziekenhuis. Consumenten die bewust willen kiezen, kunnen dat nu vaak niet door een gebrek aan toegankelijke en vergelijkbare informatie.

Om meer transparantie te bewerkstelligen heeft de NZa dit jaar de publicatie van sterftcijfers verplicht gesteld. Ziekenhuizen publiceren nu hun sterftcijfers op de eigen website. Deze cijfers worden daarnaast gepubliceerd op de website Kies Beter van Zorginstituut Nederland. Ook zijn deze cijfers, samen met o.a. uitkomstmaten over het percentage infecties en pijn na een operatie als keuzeinformatie opgenomen in het kwaliteitsvenster van de NVZ. Wij denken dat informatie over heropnamen en heroperaties een waardevolle toevoeging zou kunnen zijn, omdat de indicatoren een algemeen beeld geven van de kwaliteit van zorg. Ook in de rest van de wereld worden ze gebruikt als kwaliteitsmaat. Bijkomend voordeel is dat ze op basis van (bestaande) administratieve data kunnen worden berekend. Als deze data al in DIS beschikbaar zijn dan zouden wij deze gegevens openbaar willen (laten) maken. Als deze gegevens niet beschikbaar zijn kan de NZa, onder bepaalde randvoorwaarden, zonedig registratieregels opleggen die zorgen voor een uniforme vastlegging van de benodigde gegevens.

Algemene consultatievragen:

- 1. Hoe kijkt u aan tegen het meten en openbaar maken van cijfers over ongeplande heroperaties (in aanvulling op sterftcijfers) als keuzeinformatie voor patiënten?*
- 2. Hoe kijkt u aan tegen het meten en openbaar maken van cijfers over ongeplande heropnamen als keuzeinformatie voor patiënten?*
- 3. Is inzicht in cijfers over heroperaties en heropnamen volgens u van belang voor de inkoop van zorg?*

2. Consultatievragen ten aanzien van conclusies rapport

Op basis van de literatuurstudies concluderen de onderzoekers dat:

- heroperatie en heropname cijfers valide indicatoren zijn, mits berekend/gecorrigeerd per aandoening;
- casemix correctie plaatsvindt;
- een passende follow-up duur is gekozen waarbij de heroperatie/heropname redelijkerwijs is toe te rekenen aan de behandeling en niet aan patiënt-/ diagnosekenmerken;
- gecorrigeerd is voor sterfte.

Een ongeplande heropname kan het gevolg zijn van een postoperatieve complicatie. Een deel hiervan is potentieel vermijdbaar. Wanneer heroperaties ongepland zijn, geven ze dus een indicatie van potentieel suboptimaal geleverde kwaliteit van zorg. Omdat heroperaties en heropnamen vaker voorkomen en een directere relatie hebben met het primaire proces dan sterfte zijn dit potentieel robuustere maten voor kwaliteit dan sterftecijfers alleen.

Consultatievraag 4:

Deelt u deze conclusie ten aanzien van de potentie van de indicatoren? En gaat deze in het algemeen op of zijn er specifieke aandoeningen/interventies waarvoor deze conclusie niet getrokken kan worden?

- Dit onderzoek richt zich op algemene indicatoren die afgeleid kunnen worden van administratieve gegevens. De onderzoekers is gevraagd specifiek te kijken naar heropnamen en heroperaties. Ligduur wordt ook vaak genoemd in samenhang met heroperaties en heropnamen. Omdat voor het vaststellen van een heropname de opname en ontslagdata beschikbaar moeten zijn kan deze indicator eventueel ook berekend worden per aandoening.

Consultatievraag 5:

Mist u daarnaast nog indicatoren die volgens u ook op basis van administratieve gegevens kunnen worden afgeleid?

- het gebruik van administratieve databases internationaal een geaccepteerde bron is van gegevens voor het berekenen van heroperatie en heropname-cijfers. Betrouwbaarheid (nauwkeurigheid), tijdigheid en volledigheid van de database moeten worden getoetst.

Er is echter geen enkele administratieve dataset die volledig en nauwkeurig alle patiënt-kenmerken inclusief co-morbiditeit vastlegt. Het gebruik van een dergelijke dataset betekent altijd een compromis tussen maximaal gewenste volledigheid en nauwkeurigheid enerzijds en praktische haalbaarheid anderzijds.

Consultatievraag 6:

Vindt u het acceptabel dat er concessies worden gedaan aan de volledigheid en betrouwbaarheid van de indicatoren die niet worden gebaseerd op datasets die specifiek zijn ontworpen om kwaliteit te meten?

- de indicatoren heroperatie en heropname niet rechtstreeks opgevraagd kunnen worden bij de zorgaanbieders.

Een heroperatie of heropname vergelijkt twee gebeurtenissen die op twee verschillende plaatsen voor kunnen komen. De heropname kan immers plaats vinden in een andere instelling dan waar de oorspronkelijke opname heeft plaatsgevonden. Deze heropname moet worden toegewezen aan de eerste opname. De indicatoren moeten daarom berekend worden op een landelijk dekkende persoonsvolgende registratie, met daarin alle opnamen en operaties (in het indicatiegebied) en benodigde patiënt kenmerken.

Consultatievraag 7:

Kunt u zich vinden in de eisen die worden gesteld aan een database op basis waarvan deze indicatoren kunnen worden berekend?

3. Consultatievragen betreffende de rol NZa en ZiN

Het is een publieke taak om te komen tot meer transparantie in de zorg. Zowel de NZa als Zorginstituut Nederland hebben een rol hierin. Zorginstituut Nederland is opgericht om kwaliteit van zorg transparant te maken en ervoor te zorgen dat patiënten in voor hen begrijpelijke taal kunnen lezen wat goede zorg is bij hun aandoening of zorgvraag en hoe goed zorgaanbieders die zorg leveren.

Zorginstituut Nederland heeft een Register ingericht waarin goede breed gedragen kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten een zichtbare plaats kunnen krijgen. Uitgangspunt hierbij is dat patiënten, zorgverleners en verzekeraars het beste weten wat goede zorg is en daarover met elkaar afspraken maken in de vorm van een kwaliteitsstandaard met bijbehorende meetinstrumenten en indicatoren. Zorginstituut Nederland streeft naar meer transparantie en minder administratieve lasten. Zorginstituut Nederland zet daarom in op registratie van gegevens aan de bron en op (her)gebruik van bestaande registraties ten behoeve van kwaliteitsinformatie.

De NZa moet als marktmeester ervoor zorgen dat aan de voorwaarden voor marktwerking wordt voldaan. Dat betekent dat (verschillen in) kwaliteit inzichtelijk moeten zijn voor zorgverzekeraars en patiënten, ondermeer opdat patiënten die dat willen, goed geïnformeerd kunnen kiezen voor goede zorg en niet alleen voor goedkope zorg en ook het aanbod van hun zorgverzekeraar hier op kunnen controleren. Als er geen betrouwbare en duidelijke informatie is over de kwaliteit en veiligheid van de zorg zouden de kosten een te eenzijdige rol kunnen gaan spelen in de inkoop terwijl mogelijk kwaliteitsverlies dan niet kan worden opgemerkt.

Daarnaast vinden de NZa en Zorginstituut Nederland het van belang om bestaande data waaruit al kwaliteitsinformatie kan worden afgeleid te ontsluiten, zodat er zo snel mogelijk uitkomstmaten van de kwaliteit van zorg beschikbaar komen.

3.1 Rechtvaardiging publieke inmenging in deze specifieke indicatoren

Er zijn twee belangrijke redenen waarom speciaal deze indicatoren ons inziens om publieke inmenging vragen.

Ten eerste zijn er al gegevens beschikbaar om de indicatoren uit af te leiden en worden deze indicatoren ook al gebruikt. Zo maakt de indicator "heroperatie na heupfractuur" deel uit van de basisset kwaliteitsindicatoren 2013 van de Inspectie Gezondheidszorg. En blijkt het gebruik en nut ook uit algemene publicaties over de zorg van onder andere het RIVM, waarin heropname- en heroperatiecijfers worden gebruikt².

De NZa en Zorginstituut Nederland zijn van mening dat indicatoren die al beschikbaar zijn en bruikbaar zijn als kwaliteitsindicatoren ook beschikbaar moeten komen voor de inkoop en als keuze-informatie³.

Ten tweede kan publieke inmenging gerechtvaardigd zijn om de volledigheid van de registraties waaruit deze indicatoren worden afgeleid

² (Kosteneffectiviteit van preventie. Bilthoven: RIVM, <http://kosteneffectiviteit-preventie.rivm.nl>).

³ Mochten indicatoren nog onvoldoende betrouwbaar zijn dan kunnen deze eerst als spiegelinformatie worden teruggekoppeld aan zorgverleners met als doel om de data te verbeteren. Uitgangspunt blijft echter het ontsluiten van informatie die al is vastgelegd.

te borgen. Dit type indicator is afhankelijk van de volledigheid van registratie door alle aanbieders. Wat we willen weten is de kans dat een initiële operatie of opname leidt tot een ongeplande vervolgooperatie of – opname. Deze tweede opname of ingreep kan heel goed in een andere instelling plaatsvinden dan waar de oorspronkelijke opname of ingreep heeft plaatsgevonden.

Een individuele instelling die zijn registratie wil verbeteren is dus afhankelijk van de registratie door anderen. Dit vergt een collectieve inspanning die – als die niet vanzelf tot stand komt – publiek kan worden voorgeschreven.

Consultatievraag 8:

Heeft u een alternatief om tot ontsluiting van deze informatie te komen, zonder publieke inmenging?

4. Bruikbaarheid DIS

De indicatoren heroperatie en heropname kunnen alleen valide berekend worden als de onderliggende registratie volledig, nauwkeurig, tijdig en gestructureerd is. Het DIS zoals vastgelegd tot 2011 voldoet hier niet volledig aan. Op dit moment is DIS onvoldoende bruikbaar om de indicatoren uit af te leiden.

De onderzoekers geven ook aan wat er verbeterd zou moeten worden aan DIS om in de toekomst te kunnen gaan dienen als registratie waaruit de indicatoren kunnen worden afgeleid. Het is overigens niet de bedoeling om de kwaliteitsindicatoren zelf onderdeel te maken van DIS.

Voordelen van DIS zijn:

- DIS is een landelijk dekkende persoonsvolgende⁴ registratie en omvat alle opnamen en operaties.
- DIS omvat diagnose informatie.
- DIS omvat veel gegevens over eerder tweedelijns zorggebruik per patiënt waarop getoetst kan worden of dit relevant is voor casemix-correctie.
- DIS omvat veel details over zorgactiviteiten waaruit kan worden afgeleid wat voor type zorg de patiënt heeft ontvangen.

Als het gewenst is om DIS in te zetten voor kwaliteitsinformatie dan moeten wel een aantal stappen worden gezet om volledigheid en nauwkeurigheid te vergroten. De registratie is namelijk opgezet om kosten toe te delen aan behandelingen, waarbij de variabelen zijn geselecteerd op basis van hun relatie met de kosten. Klinische relevantie is nooit een doelstelling geweest. Toch worden administratieve datasets – soms in combinatie met andere gegevens – succesvol ingezet. Hieronder volgen puntsgewijs de aanvullingen en verbeteringen die nodig zijn aan DIS om valide heropname en heroperatie cijfers te berekenen. Een belangrijke vraag is of de extra lasten om de nauwkeurigheid van DIS te vergroten opwegen tegen de extra informatie die uit DIS kan worden verkregen.

4.1 Volledigheid en nauwkeurigheid

Volledigheid records: DIS is een landelijk dekkende persoonsvolgende registratie en omvat alle zorgtrajecten. Vanaf 2012 zijn alle instellingen die medisch specialistische zorg declareren aanleveringsplichtig – er zijn geen ontheffingen meer. Het DIS omvat in principe alle declaraties van medisch specialistische zorg.

4.1.1 Volledigheid patiënteninformatie

Vanaf 2010 is het BSN nummer een verplicht veld. Aan ieder record is in principe een uniek versleuteld BSN nummer gekoppeld. Nog niet alle records vanaf 2010 bevatten een geldig BSN nr.

Vanaf 2011 is echter 95% van de BSN-nummers in de DBC/DOT registratie gevuld⁵.

De registratie van het geboortjaar is sinds 2010 sterk verbeterd, maar nog niet optimaal.

⁴ Zo is de registratie niet opgezet, maar sinds 2010 bevat DIS een uniek gepseudonimiseerd BSN nr.

⁵ Kengetallen DIS:

<http://www.dbcinformatiesysteem.nl/cms/modules/filemanager/download.php?file=471>

Opties ter verbetering: Beter aansluiting aan DIS van patiëntgegevens of aanvullen van patiëntgegevens via een koppeling met een andere bron, zoals de gemeentelijke basisregistratie of de Vektis data. In de verzekeraars database zijn de persoonskenmerken gekoppeld aan het polisnummer en niet afkomstig van de ziekenhuizen.

4.1.2 Volledigheid informatie over opnamen en operaties

DIS registreert zorgtrajecten. Een zorgtraject kan één of meerdere opnames en één of meerdere operatieve ingrepen omvatten. Het is daarom van belang dat de registratie van ligdagen volledig is zodat kan worden afgeleid of er sprake is van een heropname. Dit was voor de onderzochte periode niet het geval. De opname en ontslagdatum kunnen vanaf 2012 in principe worden afgeleid van de zorgactiviteiten die geregistreerd worden in DIS.

Onnauwkeurige of inconsistente registratie van zorgactiviteiten bemoeilijken het traceren van (her)operaties.

Twee velden ontbreken. Tenminste voor een aantal aandoeningen zijn die essentieel: Te weten:

- Locatie (links/ rechts)
- Of een vervolg gepland is bij een initiële opname/operatie

Opties ter verbetering:

- Toevoegen variabelen "locatie" en of er een vervolg is gepland bij een (initiële) operatie aan de minimale dataset (MDS) om vast te stellen of het een geplande of ongeplande opname/operatie betreft.
- herstructureren van de zorgactiviteitenlijst om heroperaties beter te kunnen traceren of gebruik maken van de ontslagregistratie in de LBZ waarin informatie per opname beschikbaar is.

4.1.3 Informatie voor casemix correctie

Casemixcorrectie begint meestal met leeftijd en geslacht. De volledigheid van deze gegevens kan geborgd worden zoals hierboven beschreven. Via de postcodegegevens kan indirect demografische informatie worden afgeleid via koppeling aan openbare gegevens van het CBS. Bij sommige aandoeningen zijn dit geaccepteerde correctie-factoren.

Belangrijkste correctiefactor is echter comorbiditeit. Dit kan in DIS getraceerd worden op basis van de aandoeningen waarvoor de patiënt in het ziekenhuis behandeld is en eventueel door de totale kosten van eerder zorggebruik. Het zal afhangen van het type aandoening of dit voldoende is.

Optie ter verbetering:

- Via koppeling met de LBZ kunnen diagnoses en nevend diagnoses worden toegevoegd. Deze gegevens uit de LBZ worden immers ook gebruikt in de casemix correctie van de sterftcijfers.

Wat acceptabel is hangt af van de vraagstelling en het gebruik. Er zal bijvoorbeeld nooit volledig gecorrigeerd kunnen worden voor casemix, omdat niet alle relevante patiëntkenmerken bekend zijn. Dit zal per aandoening kunnen verschillen.

Consultatievraag 9:

Deelt u bovenstaande analyse van de stappen die gezet moeten worden om de bruikbaarheid van DIS tbv de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren te verbeteren?

Consultatievraag 10:

Moet de NZa naar u mening investeren in het aanpassen van de bekostigingssystematiek en de registratie in DIS tbv de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren?

4.2 Tijdigheid

De geregistreerde informatie dient tijdig te zijn om zicht te kunnen hebben op actuele veranderingen in de geleverde kwaliteit van zorg en daar tijdig vervolgacties op in te kunnen zetten. Als men bijvoorbeeld zorginkoop wil baseren op de geleverde kwaliteit van zorg, moeten de gegevens niet al jaren oud zijn. Doordat DBC's momenteel (tot 2015) maximaal één jaar open kunnen blijven staan, zal het DIS met een minimale vertraging van één jaar feedback aan zorginstellingen kunnen geven over de geleverde kwaliteit van zorg.

Consultatievraag 11:

Ziet u tijdigheid van de gegevens in DIS als probleem voor de ontwikkeling van de indicatoren? Ook na de verkorting van de maximale doorlooptijd van DBCs? Zo ja, is er een alternatief dat tijdiger beschikbaar komt?

5. De LBZ als alternatief

De Landelijke Medische Registratie (LMR) – vanaf 2014 opgegaan in de Landelijke basisregistratie Zorginstellingen (LBZ) registreert klinische opnamen en poliklinische activiteiten. Het eerdergenoemde onderzoek van Klazinga et al. richt zich niet specifiek op de LBZ. Voor een definitief oordeel zouden we mogelijk nieuw onderzoek moeten uitzetten.

We geven hier al wel vast een aantal overwegingen.

- De LBZ registreert gegevens om heropnamen en heroperaties te berekenen

De LBZ is een opnameregistratie met daarin opname- en ontslagdatum. Of een opname een heropname betreft en of dit gepland was of niet maakt geen deel uit van de registratie.

Het RIVM en het CBS gebruiken deze gegevens uit de LMR/LBZ om het aantal opnames en heropnames te berekenen. De cijfers geven het aantal opnames, heropnames en het aandeel hiervan dat gepland was⁶. Een heropname wordt gedefinieerd als klinische opname binnen 30 dagen na ontslag uit het ziekenhuis (Essink-Bot et al., 2009). Of deze ongepland is af te leiden uit de opnamereden en opname-urgentie. Operaties en heroperaties kunnen worden afgeleid uit de verrichtingencodes (CVV codes). Er wordt niet geregistreerd of een verrichting een heroperatie betreft. Locatie wordt niet vastgelegd. Wel wordt vastgelegd of een nevensdiagnose een complicatie betreft die tijdens het verblijf in het ziekenhuis is opgelopen.

- De LBZ is (nog) geen landelijk dekkende registratie

Het is een vrijwillige registratie – niet alle instellingen doen mee. Aan de eerste voorwaarde – een landelijk dekkende registratie – wordt dus niet voldaan. Wel is het zo dat steeds meer instellingen meedoen aan de LBZ en dat ook de HSMR (sterftcijfers) gebaseerd zijn op gegevens zoals aangeleverd aan de LBZ.

- De LMR bevat klinische gegevens relevant voor casemix-correctie.

In de LBZ (LMR) zijn naast leeftijd en geslacht, klinisch relevante parameters opgenomen zoals diagnose en nevensdiagnose, waarmee gecorrigeerd kan worden voor case-mix en sterfte.

- De LBZ is een persoonsvolgende database

Een van de vernieuwingen van de LBZ is de toevoeging van het Burger Service Nummer (BSN). De LBZ wordt door de registratie van het BSN een patiëntenregistratie.

(<http://www.dutchhospitaldata.nl/lbz/bsn/Paginas/default.aspx>)

- De kwaliteit van de registratie van diagnoses en nevensdiagnoses was erg afgenomen.

Zodanig dat een aantal onderzoekers aan de bel trokken dat de aanlevering van internationale statistieken in gevaar zou komen, omdat de registratie te onbetrouwbaar was geworden. RIVM en CBS zijn daarom gaan zoeken naar alternatieven en zijn (grotendeels)

⁶ (Kosteneffectiviteit van preventie. Bilthoven: RIVM, <http://kosteneffectiviteit-preventie.rivm.nl>).

overgestapt op DIS. Sinds de integratie van de LMR in de LBZ lijkt de kwaliteit weer te zijn toegenomen.

De LBZ zou een goed alternatief zijn voor DIS omdat de registratie klinisch relevante informatie bevat die eenduidig wordt geregistreerd. De database wordt ook al gebruikt om het landelijk percentage heropnamen te berekenen.

Het is wellicht een goed idee om de indicatoren te berekenen op beide datasets. Dit geeft een indicatie van de robuustheid van de uitkomsten.

Een keuze voor de LBZ als (enige) bron voor het ontwikkelen van deze indicatoren betekent echter dat deze registratie verplicht moet worden gesteld⁷ aan alle instellingen die de medisch specialistische zorg leveren waarop de indicator betrekking heeft.

Voorheen ontvingen ziekenhuizen een vergoeding in het budget voor de aanlevering van gegevens aan de LMR. Ook toen was het een vrijwillige registratie. Individuele instellingen hadden toen wel een belang om gegevens aan te leveren, omdat bekostiging onder meer afhankelijk was van het adherentiegebied dat hieruit werd berekend.

Dit individuele belang ontbreekt hier, waardoor vrijwillige aanlevering of alleen een positieve prikkel geen optie is.

Consultatievraag 12:

Is de LBZ volgens u een geschikte database om de indicatoren heroperatie en heropname op te berekenen?

Consultatievraag 13:

Is nader onderzoek nodig om te onderzoeken of de LBZ een volwaardig alternatief kan zijn?

Consultatievraag 14:

Weegt het verplicht stellen van deze registratie voor u op tegen het doel, namelijk de ontwikkeling van de kwaliteitsindicatoren heroperaties en heropnamen?

⁷ Of eventueel afgedwongen door verzekeraars

6. Koppeling databases

De meest effectieve koppeling kan worden gemaakt door DIS informatie te koppelen aan de LBZ. Mogelijk zou hiermee de verplichte aanlevering aan de LBZ voor dit doeleinde te omzeilen zijn.

Deze koppeling kunnen NZa en Zorginstituut Nederland niet zelf maken, omdat de BSN nummers van patiënten in beide databases niet op dezelfde manier versleuteld zijn. Alleen als de ZorgTTP⁸ de pseudoniemen (bij goedvinden van alle partijen) speciaal voor dit doel omsleutelt, zou dit kunnen. Het CBS ontvangt echter al alle databases op eenzelfde wijze versleuteld, omdat zij bestanden moeten kunnen koppelen voor hun statistische taak, en zou dus deze koppeling kunnen maken.

De persoonsgegevens zouden aangevuld kunnen worden via een koppeling met de declaratiegegevens van verzekeraars in het bestand van Vektis of door een koppeling met de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA). De Vektis data bevat evenals DIS de declaratiegegevens van alle ziekenhuisbehandelingen, maar is wat betreft de in de verzekeringspolis vastgelegde patiëntinformatie vollediger. Als de BSN-nummers goed worden geregistreerd in DIS kan CBS overige persoonsgegevens ook aanvullen via de koppeling met de GBA. Via die koppeling zijn ook extra patiënt kenmerken toe te voegen, zoals sterfte en sociaal economische cijfers. Dit kan alleen het CBS.

[Consultatievraag 15:](#)

Levert het koppelen van registraties volgens u meerwaarde op?

[Consultatievraag 16:](#)

Welke opties zou u verder onderzocht willen zien?

⁸ TTP staat voor Trusted Third Party (vertrouwde derde partij). Dit is een instantie die bijvoorbeeld broncode, data certificaten en sleutels voor derden in bewaring neemt. Stichting DHD fungeert als TTP voor de LBZ.

7. Alternatieven

7.1 Medische registraties

Inmiddels zijn er vele medische (complicatie)registraties die informatie bevatten over delen van de zorg.

Consultatievraag 15:

Voor welke indicaties/aandoeningen zijn medische registraties beschikbaar om heroperatie en heropnamecijfers uit af te leiden. Geef aan of de registratie volledig, nauwkeurig en tijdig is en gebaseerd kan worden op alle opnamen en/of operaties in het indicatiegebied.

7.2 Registratieverplichtingen

Niet voor alle indicatiegebieden zijn medische registraties. Er is ook nog geen koppeling mogelijk tussen al deze registraties. Wanneer geen van de landelijke registraties geschikt blijkt te zijn om algemene maten te ontwikkelen zou de ontwikkeling van een nieuwe registratie een alternatief kunnen zijn. Dit zou dan moeten aansluiten bij de wens van eenmalige registratie aan de bron en – op den duur – andere registraties zoals DIS moeten vervangen.

Dit lijkt geen optie voor de korte termijn.

Consultatievraag 16:

Wat is volgens u de meest geschikte route om de kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen?

Consultatievraag 17:

Welke opties vallen volgens u af?

Consultatievraag 18:

Is er nog onderzoek nodig en zo ja welk type dan om deze keuze voor de route te onderbouwen?

i. T.a.v. de bruikbaarheid van de indicatoren als algemene kwaliteitsmaten, zo ja welke?

ii. T.a.v. de bruikbaarheid van de datasets om indicatoren op te ontwikkelen, zo ja welke?

Consultatievraag 19:

Welke aspecten moeten de NZa en ZiN volgens u meenemen bij de ontwikkeling van deze indicatoren om ze zinvol te laten zijn als keuze- en/of inkoop-informatie?