



Toelichting bij ZE&GG

Uniforme Data Definitie



Inhoudsopgave

Inhoudsopgave.....	2
Waarom een Uniforme Data Definitie?	3
Terugkoppeling aan de partijen	3
Voor wie is de Uniforme Data Definitie bedoeld?	4
Spiegelinformatie o.b.v. declaratiegegevens: theoretisch wenselijk vs. praktisch haalbaar	4
Praktijkvariatie	5
Interne toets op de spiegelinformatie	5
Actualiteit van de data	6
Toelichting op funnelplot	6
Feedback op de UDD	6



Waarom een Uniforme Data Definitie?

Het ZE&GG programma heeft als doel om, namens alle partijen uit de medisch specialistische zorg, gepast gebruik van zorg te bevorderen. Daarom is er een [implementatieagenda](#) opgesteld met onderwerpen die gepast gebruik bevorderen wanneer ze zijn doorgevoerd in de klinische praktijk. Om te weten wat de implementatiegraad van een gepast gebruik onderwerp is wordt vaak gebruik gemaakt van spiegelinformatie¹. Er zijn diverse partijen die spiegelinformatie ontwikkelen en aanbieden aan het zorgveld. Dit kan tot discussie leiden omdat er voor het ontwikkelen van de spiegelinformatie verschillende en soms niet volledig transparante uitgangspunten worden gehanteerd. Deze uitgangspunten noemen we datadefinities. Hierin worden keuzes gemaakt over bijvoorbeeld welke patiëntpopulaties, diagnoses, zorgactiviteiten, afkappunten en tijdperiodes gehanteerd worden om de spiegelinformatie te genereren. Om discussies te voorkomen en om één referentie datadefinitie aan het zorgveld te bieden ontwikkelt ZE&GG Uniforme Data Definities (UDDs). Hierbij vormen de diverse bestaande datadefinities de basis. Een expertteam bestaande uit medisch specialisten aangedragen door de betreffende Wetenschappelijke Vereniging(en) en medisch adviseurs van de zorgverzekeraars en, waar relevant, ook van het Zorginstituut, ontwikkelen een Uniforme Data Definitie. Hierbij zijn ook alle datapartijen die hun bestaande datadefinities hebben gedeeld betrokken. De landelijke datasets van DHD en Vektis worden gebruikt om de spiegelinformatie te ontwikkelen en deze twee partijen fungeren tevens als de data-analisten.

Terugkoppeling aan de partijen

Als de UDD eenmaal is vastgesteld dan kan deze gebruikt worden om de landelijke implementatiegraad gedurende de tijd weer te geven. Tevens kan met de UDD de implementatiegraad op het niveau van individuele zorgaanbieders inzichtelijk gemaakt worden. Op basis van deze analyses kan vervolgens worden vastgesteld of een onderwerp lokaal en landelijk al voldoende is geïmplementeerd of dat er nog verdere inspanningen nodig zijn om de implementatie te verbeteren.

¹ Definitie van spiegelinformatie: Informatie die zorgverleners en zorgaanbieders inzicht geeft in welke zorg zij verlenen voor een bepaalde groep patiënten ten opzichte van vergelijkbare zorgverleners en zorgaanbieders en/of een gestelde norm. Spiegelinformatie wordt gemaakt voor onderwerpen die op de ZE&GG implementatieagenda staan en waarvan dus reeds is vastgesteld wat de gepaste zorg is.



De UDD wordt beschikbaar gesteld via de website van ZE&GG. Daarop zal tevens de landelijke implementatiegraad over de tijd en de implementatiegraad per zorgaanbieder (geanonimiseerd) worden weergegeven. Om te kunnen leren en verbeteren is het van belang dat de partijen die in het verbetertraject een rol spelen op de hoogte zijn wat de implementatiegraad van de verschillende zorgaanbieders is. ZE&GG zal dan ook elke zorgaanbieder die in de spiegel voorkomt laten weten wat hun implementatiegraad is (m.a.w. wie ze zijn in de belangrijkste grafiek). Verder vraagt ZE&GG de zorgaanbieders akkoord om hun implementatiegraad met de zorgverzekeraars te delen. Na minimaal 12 maanden en na maximaal 24 maanden wordt de implementatiegraad van zorgaanbieders voor iedereen transparant gemaakt op zo'n wijze dat het betekenisvolle informatie is voor patiënten en burgers.

Voor wie is de Uniforme Data Definitie bedoeld?

De UDD is bedoeld om volledig transparant te maken hoe de datadefinitie is opgebouwd zodat iedereen die beschikt over de juiste data dezelfde spiegelinformatie kan genereren en daarop kan sturen. Alle (data)partijen actief in het zorgveld kunnen hierdoor hetzelfde uitgangspunt gebruiken en op basis van één referentiekader de voortgang van implementatie monitoren. De UDD is echter wel een vrij 'technisch' document gericht op mensen met zowel inhoudelijke als data-technische kennis van het onderwerp.

Spiegelinformatie o.b.v. declaratiegegevens: theoretisch wenselijk vs. praktisch haalbaar

De data die gebruikt worden om een UDD op de stellen zijn declaratiedata. Deze data worden gebruikt voor de financiële afhandeling van zorgverlening. Ze zijn daardoor niet specifiek verzameld om de dagelijkse praktijk mee in kaart te brengen. Dit betekent dat sommige data die van belang zijn om de implementatie van een bepaald onderwerp goed in kaart te brengen niet beschikbaar zijn. Daarbij komt dat de data die beschikbaar zijn niet altijd een optimaal beeld geven van wat in de praktijk is gebeurd. Tegelijkertijd speelt ook mee dat registratie van declaratiedata niet altijd op dezelfde manier plaats vindt, wat ook zorgt voor ruis in de uiteindelijke gegenereerde spiegelinformatie. Niettemin zijn de declaratiedata de meest complete en best gecontroleerde bron om landelijke volumes van zorg mee in kaart te brengen. Daarbij is het mogelijk om deze gegevens te koppelen aan de farmaciegegevens wat voor sommige onderwerpen cruciaal is. We hebben geprobeerd om de tekortkomingen van de data, de wijze



waarop we hier mee zijn omgegaan en de keuzes die hierbij zijn gemaakt, zo goed mogelijk toe te lichten in de UDD. Niettemin zal er een onoverbrugbaar verschil blijven bestaan tussen de theoretisch meest wenselijke spiegelinformatie en de praktisch haalbare spiegelinformatie. Daar waar relevant worden in het document waarin de Landelijk Monitor en de afspraken staan nog specifieke registratie aandachtspunten toegelicht.

Praktijkvariatie

Praktijkvariatie kan verklaard en onverklaard zijn. Als er praktijkvariatie in de grafieken zichtbaar is kan dit niet direct geïnterpreteerd worden als een teken van ongepast gebruik. Het gaat erom te verklaren waar de praktijkvariatie vandaan komt. Door het behandelen van een hele specifieke patiëntengroep of door de focus van een bepaalde zorgaanbieder kan het zijn dat het verklaarbaar is dat de implementatiegraad van een zorgaanbieder van een bepaald implementatieonderwerp afwijkt van andere zorgaanbieders. Op landelijk niveau wordt praktijkvariatie in kaart gebracht maar kan dit niet worden verklaard. In de context van de zorgaanbieder dient dus bekeken en besproken te worden welke specifieke lokale omstandigheden praktijkvariatie kunnen verklaren en of dit gerechtvaardigd is.

Interne toets op de spiegelinformatie

Het is aan te raden dat zorgaanbieders wanneer zij beschikken over de UDD en hun implementatiegraad, nagaan of zij zich herkennen in de gegenereerde spiegelinformatie. Zoals eerder aangegeven zitten er beperkingen aan wat met de landelijke datasets inzichtelijk kan worden gemaakt. Lokaal bij zorgaanbieders is veel meer kennis over de eigen klinische praktijk en vaak ook genuanceerdere data beschikbaar dan landelijk. Het kan dus goed dat de landelijke implementatiegraad genuanceerd kan worden of dat er een hele goede verklaring is waarom er ten opzichte van andere zorgaanbieders andere mate van implementatie inzichtelijk wordt. Tegelijkertijd komt het ook voor dat een zorgverzekeraar over data kan beschikken die niet beschikbaar zijn voor een individueel ziekenhuis omdat zij data hebben van verschillende ziekenhuizen. Hier dient in de gesprekken over de spiegel rekening gehouden te worden.



Actualiteit van de data

De data die voor het opstellen van een UDD worden gebruikt zijn niet altijd heel actueel. Om een beeld te krijgen van de landelijk trend is dat acceptabel. Voor leren en verbeteren op kortcyclische basis is het beter om dichterbij de werkelijkheid te zitten. Daarom is het aan te raden dat een zorgaanbieder, indien mogelijk, per kwartaal of per half jaar (indien de patiënten aantallen dit toelaten) feedback geeft aan de werkvloer over de implementatiegraad van een aanbeveling met eigen lokale spiegels gebaseerd op de UDD.

Toelichting op funnelplot

In de funnelplot worden de uitkomsten van de zorgaanbieders weergegeven samen met een betrouwbaarheidsinterval rond de gemiddelde uitkomst. Het betrouwbaarheidsinterval zegt iets over de nauwkeurigheid van de gemeten uitkomst. Hoe groter het aantal patiënten bij wie een resultaat is gemeten, hoe nauwkeuriger de uitkomst, dus hoe kleiner het betrouwbaarheidsinterval voor die zorgaanbieder en vice versa. In de funnelplots van ZE&GG hanteren wij een betrouwbaarheidsinterval van 95% en 99%. Zorgaanbieders van wie de gemeten uitkomst buiten dit betrouwbaarheidsinterval ligt, presteren significant beter of slechter dan het gemiddelde.² In andere woorden zegt het betrouwbaarheidsinterval iets over hoe zeker je bent van de uitkomst: met een betrouwbaarheidsinterval van 95% ben je er, wanneer een experiment 100 keer wordt herhaald, zeker van dat de werkelijke waarde van de uitkomst (parameter) 95 keer binnen het 95% betrouwbaarheidsinterval ligt.³

Feedback op de UDD

De UDD is met veel kennis, expertise en zorgvuldigheid is opgesteld, maar desondanks is er de verwachting dat er nog verbeteringen mogelijk zijn in de UDD waardoor de spiegelinformatie nog accurater wordt. Dit komt doordat het bijzondere van het intensief gebruiken van data ten opzichte van andere gebruiksvorwerpen is dat data door veelvuldig gebruik steeds schoner en beter worden. ZE&GG staat daarom ook zeer open voor constructieve en goed onderbouwde feedback die ervoor kan zorgen dat de UDD beter wordt. Dit kan gemaild worden naar implementatie@zorgevaluatiegepastgebruik.nl.

² Prestatie-indicatoren voor ziekenhuizen, de invloed van onzekerheid, Anne-Margreet van Dishoeck, Caspar M.N. Looman, Els C.M. van der Wilden-van Lier, Johan P. Mackenbach en Ewout W. Steyerberg, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 2009.

³ <https://wikistatistiek.amc.nl/Betrouwbaarheidsinterval>