



Zorginstituut Nederland

**Zorginstituut Nederland**

Sector Zorg

Willem Dudokhof 1  
1112 ZA Diemen  
Postbus 320  
1110 AH Diemen  
[www.zorginstituutnederland.nl](http://www.zorginstituutnederland.nl)  
[opendata@zinl.nl](mailto:opendata@zinl.nl)

T +31 (0)20 797 89 20

**Datum**

4 september 2023

**Onze referentie**

2023022244

Rapportage datakwaliteit aanlevering kwaliteitsgegevens medisch specialistische zorg (MSZ) juni 2023 over verslagjaar 2022

versie 1.0 4 september 2023

In de rapportage staan de bevindingen en signalen van het Zorginstituut m.b.t. de datakwaliteit van de aangeleverde kwaliteitsgegevens (verslagjaar 2022, aangeleverd in mei 2023) door instellingen die medisch specialistische zorg leveren.

# 1 Inhoudsopgave

<b>1 INHOUDSOPGAVE</b> .....	<b>2</b>
<b>2 INSPANNINGEN OM DE DATAKWALITEIT TE VERBETEREN</b> .....	<b>4</b>
2.1 ADVIEZEN NAAR AANLEIDING VAN RAPPORTAGE DATAKWALITEIT .....	4
<b>3 WAT TE DOEN MET EIGEN BEVINDINGEN?</b> .....	<b>4</b>
<b>4 BEVINDINGEN VOOR BUREAUOVERLEG</b> .....	<b>5</b>
4.1 ALGEMENE BEVINDINGEN.....	5
4.2 BEVINDINGEN PER SET .....	5
4.2.1 ISID000154 Heupfractuur .....	5
4.2.2 ISID000073 Spoedeisende Hulp .....	5
<b>5 BEVINDINGEN EN SIGNALLEN VOOR WERK GROEP</b> .....	<b>6</b>
5.1 ALGEMENE BEVINDINGEN.....	6
5.2 BEVINDINGEN PER SET .....	7
5.2.1 ISID000008 Cataract.....	7
5.2.2 ISID000056 Mammacarcinoom .....	7
5.2.3 ISID000159 Percutane Coronaire Interventie (PCI) .....	8
5.2.4 ISID000005 Veneuze Ziekten.....	8
5.3 SIGNALLEN PER SET .....	9
5.3.1 ISID000038 Cerebro Vasculair Accident.....	9
5.3.2 ISID000163 Chirurgie bij kinderen .....	9
5.3.3 ISID000057 Diabetes.....	10
5.3.4 ISID000154 Heupfractuur .....	10
5.3.5 ISID000036 Heupprothese en ISID000042 Knieprothese .....	11
5.3.6 ISID000031 Longcarcinoom .....	11
5.3.7 ISID000048 Psoriasis.....	11
5.3.8 ISID000049 Slokdarm- en maagcarcinoom.....	12
5.3.9 ISID000005 Veneuze ziekten.....	12
<b>6 BEVINDINGEN EN SIGNALLEN VOOR GEGEVENSMAKELAARS</b> .....	<b>13</b>
6.1 ALGEMENE BEVINDINGEN.....	13
6.2 BEVINDINGEN PER SET .....	14
6.2.1 ISID000038 Cerebro Vasculair Accident.....	14
6.2.2 ISID000044 Gynaecologische oncologie .....	14
6.2.3 ISID000164 Oncologie – SONCOS .....	14
6.2.4 ISID000005 Veneuze Ziekten.....	15
6.3 SIGNALLEN PER SET .....	16
6.3.1 ISID000036 Heupprothese .....	16
6.3.2 ISID000042 Knieprothese.....	16
6.3.3 ISID000083 Perifeer Arterieel Vaatlijden .....	16
<b>7 BEVINDINGEN INDICATORSETS IN DOORONTWIKKELING</b> .....	<b>17</b>
7.1 ISID000025 CARPALETUNNELSYNDROOM .....	17
7.2 ISID000023 CONSTITUTIONEEL ECZEEM.....	17
7.3 ISID000022 OSTEOPOROSE.....	17

### Leeswijzer

In deze rapportage treft u in hoofdstuk 2 en 3 uitleg over hoe bevindingen worden gemeld en opgepakt. In hoofdstuk 4, 5 en 6 zijn de bevindingen en signalen apart voor het bureauoverleg, de werkgroep en de gegevensmakelaar opgenomen. In hoofdstuk 7 staan de bevindingen en signalen voor de sets die voor verslagjaar 2023 niet uitgevraagd zullen worden, omdat ze in doorontwikkeling zijn.

## 2 Inspanningen om de datakwaliteit te verbeteren

Zorginstituut Nederland bespreekt met de betrokken koepelorganisaties en gegevensmakelaars hoe de in deze rapportage gemelde bevindingen en signalen met betrekking tot de aanlevering over verslagjaar 2022 kunnen worden voorkomen bij de volgende aanleveringen.

### 2.1 Adviezen naar aanleiding van rapportage datakwaliteit

Een aantal punten vallen op doordat zij regelmatig terugkomen in de bevindingen. Dit leidt tot de volgende adviezen voor zorgaanbieders:

- Lever alleen de indicatorsets aan die van toepassing zijn. Bij wijzigingen in het zorgaanbod dient de zorgaanbieder dit door te geven aan het Zorginstituut via [opendata@zinl.nl](mailto:opendata@zinl.nl).
- Lever de indicatoren aan zoals aangegeven in de indicatorgids. Wijk niet af van de indicatoreenheid.
- Vink het veld 'indicator\_nvt' met waarde '1' aan als de indicator niet van toepassing is.
- Lever de indicatoren aan op het niveau zoals aangegeven in de indicatorgids.
- Vraag bij onduidelijkheden over de interpretatie van een indicator meer informatie op bij de aandoeningsspecifieke werkgroep. Zie de indicatorgids voor de contactgegevens.
- Plaats alleen relevante opmerkingen bij een indicator (dus een opmerking die van toepassing is op de desbetreffende indicator).

## 3 Wat te doen met eigen bevindingen?

### ***Bent u een afnemer van kwaliteitsgegevens?***

Als u de kwaliteitsgegevens wilt gebruiken, en u treft mogelijke problemen aan in de datakwaliteit, dan kunt u de volgende informatie bekijken:

- De indicatoren die moesten worden aangeleverd staan op de Transparantiekalender: <https://www.zorginzicht.nl/transparantiekalender>
- De indicatorgids met definities, in- en exclusiecriteria e.d. is te downloaden op de Registerpagina van de indicatorset (op de Transparantiekalender; klik op de indicatorset). Op de Registerpagina staat bij het meetinstrument onder 'Documenten' de indicatorgids. Let erop hier de indicatorgids te nemen die hoort bij verslagjaar 2022, aangezien de indicatorgidsen voor verslagjaar 2023 ook op de site staan.

Wanneer u als afnemer van de gegevens na het lezen van bovenstaande informatie sterke vermoedens heeft dat gegevens niet kloppen, en de bevinding staat nog niet in dit document genoemd, dan horen wij dat graag. Het Zorginstituut wijzigt zelf geen aangeleverde gegevens, maar zal samen met de betreffende zorgaanbieder, of de koepelorganisatie, bekijken of en hoe deze gegevens verbeterd kunnen worden. U kunt meldingen aan ons versturen via [opendata@zinl.nl](mailto:opendata@zinl.nl). ***Bent u een zorgaanbieder die kwaliteitsgegevens heeft aangeleverd?*** Als u zelf kwaliteitsgegevens heeft aangeleverd en u constateert dat er onjuiste kwaliteitsgegevens in de openbare database staan, neem dan contact met ons op door een melding te sturen naar [opendata@zinl.nl](mailto:opendata@zinl.nl).

## 4 Bevindingen voor Bureauoverleg

### 4.1 Algemene bevindingen

#### **Alg.01**

Bevinding	Bij sommige indicatorsets leveren instellingen voor meerdere locaties/instellingen dezelfde indicatorwaarden aan al dan niet voorzien van een toelichting. Wanneer twee verschillende instellingen dezelfde indicatorwaarden aanleveren, gaat het vaak om een samenwerkingsverband. Soms wordt dit in het opmerkingenveld aangegeven.
Gevolgen	Dit leidt tot dubbeltellingen in de aanlevering, omdat twee of meer ziekenhuizen/ locaties dezelfde aantallen/ waarden aanleveren.

### 4.2 Bevindingen per set

#### 4.2.1 ISID000154 Heupfractuur

##### **ISID000154.01**

Bevinding	<p>Bij indicator 4b1 hebben vijf instellingen indicatorwaarde 0 (zonder toelichting) en bij 4b2 komt dit voor bij 1 instelling. Bij geen van deze instellingen staat een teller of noemer benoemd. De data lijken te komen van DHFA. De vraag is of de data goed worden geïmporteerd uit het bronbestand.</p> <p>Een opmerking van een zorgaanbieder verduidelijkt het probleem met de import vanuit het DHFA:</p> <p><i>'Het kan zijn dat u bij de set Heupfractuur, vraag 3B1/3B2/4B1/4B2, alleen het antwoord van het gemiddelde ziet. Dit is het geval als u deze vragen laat importeren door DICA vanuit DHFA. DICA levert enkel het gemiddelde aan en niet de waarden van de optelsom en het aantal patiënten. Voor de aanlevering aan het Zorginstituut is dit voldoende.'</i></p>
Gevolg	Betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid van de indicator neemt af.

#### 4.2.2 ISID000073 Spoedeisende Hulp

##### **ISIS000073.01**

Bevinding	Indicator 4 (INID007410) dient alleen door de 11 traumacentra aangeleverd te worden. Er zijn echter 13 instellingen die deze indicator hebben aangeleverd, waarbij drie instellingen dezelfde indicatorwaarde hebben aangeleverd (ook teller en noemer identiek). Deze drie instellingen vormen samen één traumacentrum.
Gevolgen	In het meetinstrument staat dat deze indicator door alleen de 11 traumacentra aangeleverd dient te worden. Doordat de gegevens op een ander niveau worden aangeleverd kunnen afnemers de data minder goed met elkaar vergelijken

## 5 Bevindingen en signalen voor werkgroep

### 5.1 Algemene bevindingen

#### Alg.02

Bevinding	<p>Bij een aantal indicatorsets moeten instellingen het percentage patiënten benoemen waarbij na een behandeling/interventie binnen X dagen complicaties optreden of de patiënt is overleden (zoals de indicatorset Aneurysma Aorta Abdominalis of colorectaal carcinoom). De indicator wordt vaak over een periode van twee tot drie jaar gemeten. Als instellingen weinig patiënten behandeld hebben én er bij weinig patiënten complicaties optreden of komen te overlijden (een kleine teller en noemer), dan wordt het totaal een hoog percentage. Hierdoor kan onterecht een beeld ontstaan dat de instelling sterk afwijkt ten opzichte van het landelijk gemiddelde. Instellingen geven in het opmerkingenveld vervolgens aan wat de reden is van het hoge percentage:</p> <p><i>'Patiënten met een geruptureerd aneurysma aorta abdominalis hebben een hoog risico op complicaties en overlijden. Het aantal patiënten die in het ziekenhuis zijn geopereerd is relatief klein. Eén patiënt die wel of niet overlijdt, leidt tot relatief grote verschillen in deze uitkomstmaat. Desalniettemin zijn afwijkende patiënten geanalyseerd. Retrospectief is er bij één van deze patiënten een niet optimale behandeling gekozen gezien de levensovertuiging van deze patiënt. Hier is lering uit getrokken.'</i></p> <p>Ook een bevinding in verslagjaar 2020 en 2021.</p> <p>Daarnaast wordt ook door zorgaanbieders aangegeven dat de hoogte van de percentages worden beïnvloed door de cijfers van 2020.</p> <p><i>'het hoge percentage wordt grotendeels veroorzaakt door de getallen over 2020. In 2021 is er een verbetertraject gestart bestaande uit: een dossieranalyse van alle patiënten met een acuut of gerupteerd AAA, implementatie acute EVAR op de OK, aanscherping protocol met aandacht voor risico's myocard, hypothermie en darmischemie en scholing SEH, IC, Anesthesie, Cardio.'</i></p> <p><i>"Het percentage complicaties van het ziekenhuis is hoger dan het landelijk gemiddelde, maar valt binnen het betrouwbaarheidsinterval en is daarmee niet significant afwijkend. De betreffende complicaties komen voort uit voorgaande jaren binnen de meetperiode van deze indicator. Over 2022 is een dalend percentage zichtbaar."</i></p> <p><i>Het mindere resultaat over 2022, komt nog voort uit patiënten 2021. Resultaat over alleen 2022 goed 6/7 = 85,7%)</i></p>
-----------	---

## 5.2 Bevindingen per set

### 5.2.1 ISID000008 Cataract

#### **ISID000008.01**

Bevinding	Bij indicator 3a, 3b en 3c geven een aantal instellingen aan dat zij continue meten. Zij leveren daardoor het percentage over het gehele jaar aan. De indicator vraagt naar het percentage gedurende de meetmaand.  Bevinding ook in 2021.
Gevolgen	Doordat de antwoorden op verschillende manieren worden berekend, zijn ze minder goed naast elkaar te leggen.

#### **ISID000008.02**

Bevinding	<p>Bij indicator 3a, 3b en 3c geven een aantal instellingen aan dat bij deze indicatoren geen rekening wordt gehouden met het feit dat in de meetperiode het aantal cliënten die geopereerd worden niet per se gelijk hoeft te zijn aan het aantal patiënten die de PROM invullen</p> <p><i>De vraag zoals deze gesteld wordt bij indicator 3a: In de meetmaand maart hebben 241 patiënten de PROM ingevuld, en er zijn 219 patiënten geopereerd. Dit kan niet ingevuld worden omdat het percentage dan boven 100% uitkomt. Bij deze vraag wordt er geen rekening mee gehouden dat dit niet dezelfde patiënten hoeven zijn, de PROM wordt immers niet vlak voor de operatie ingevuld.</i></p> <p><i>Door de PROMS in een vragenlijst in het EPD te bouwen wordt het invullen een stuk beter gescoord. De vraag is echter wat dit percentage hier precies zegt, want het aantal geopereerde patiënten is niet elke maand exact gelijk. En preoperatief invullen van de PROMS doen patiënten niet in dezelfde maand als hun operatie. Deze indicator is landelijk een discussiepunt.</i></p>
Gevolgen	De betrouwbaarheid van de indicator wordt beïnvloed doordat de teller onduidelijkheid geeft.

### 5.2.2 ISID000056 Mammacarcinoom

#### **ISID000056.01**

Bevinding	<p>Bij indicator 8 hebben 56 zorgaanbieders met bron NBCA alleen een noemer gevuld (dus indicatorwaarde 0%). Sommige zorgaanbieders (zes) hebben aangegeven dat ze gebruik maken van de Mini-PROM. Niet duidelijk is waarom deze instellingen niet via NBCA kunnen aanleveren, omdat de mini-PROMS wel als vragenlijst benoemd is in de indicatorgids. Nu is de indicatorwaarde voor deze instellingen als 0% weergegeven.</p> <p>Opmerkingen die bij deze bevinding door zorgaanbieders worden geplaatst zijn:</p> <p><i>'Er wordt geen gebruik gemaakt van de uitvraag van PROMs vragenlijsten via de NBCA. Het ziekenhuis meet PROMs via een eigen systeem. Binnen</i></p>
-----------	---

	<p><i>de mammachirurgie wordt de mini-PROMS vragenlijst geïmplementeerd en uitgevraagd via Mijn...'</i></p> <p><i>'In afstemming met de NABON werken wij nog steeds met de mini-PROMS, zoals die door de NABON werkgroep PROMS zijn ontwikkeld. Landelijk gebruiken meer dan 20 ziekenhuizen deze mini-PROMS. Deze worden ook door het UGZ-rapport toegestaan. Wij hebben nauw contact met de huidige voorzitter van de PROMS werkgroep. Samen wordt gekeken om deze mini-PROMS te optimaliseren. Een score van 0% is daarmee dus geen juiste afspiegeling van zowel de inzet als ook de opbrengst van het gebruik van deze speciaal ontwikkelde en goedgekeurde PROMS.'</i></p>
Gevolgen	Betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid van de data nemen af.

### 5.2.3 ISID000159 Percutane Coronaire Interventie (PCI)

#### **ISID000159.01**

Bevinding	<p>Bij indicator 6b (INID023255) wordt gevraagd 'als uw kliniek gegevens verzameld m.b.t. PROMS d.m.v. kwaliteit van leven vragenlijsten worden deze dan teruggekoppeld aan de patiënt en gebruikt in het te formuleren beleid (gedeelde besluitvorming)?' De antwoordcategorieën zijn: n.v.t., ja, nee, en nee, maar zijn ze wel van plan.</p> <p>Als de indicator niet van toepassing is, moet de antwoordcategorie 'niet van toepassing' worden gekozen. Door deze antwoordcategorieën kan 'niet van toepassing' op twee manieren worden aangeleverd.</p>
Gevolgen	Doordat de antwoorden op verschillende manieren worden aangeleverd zijn deze minder goed te gebruiken door afnemers.
Verzoek aan werkgroep	Verwijder antwoordoptie n.v.t. uit gids

### 5.2.4 ISID000005 Veneuze Ziekten

#### **ISID000005.01**

Bevinding	<p>Bij indicator 2a2A (INID009329) en 2a2b(INID009330) zijn niet alle aangeleverde data betrouwbaar vanwege:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Wordt niet bijgehouden, omdat het niet vergoede zorg betreft;</li> <li>-In EPD is het niet mogelijk om onderscheid te maken tussen de echo(foam)sclerocompressietherapie en sclerocompressietherapie</li> </ul>
Gevolgen	Doordat de antwoorden op verschillende manieren worden aangeleverd zijn deze minder goed te gebruiken door de afnemers.



### 5.3 Signalen per set

#### 5.3.1 ISID000038 Cerebro Vasculair Accident

##### **ISID000038.01**

Bevinding	<p>Drie zorgaanbieders hebben aangegeven indicator 6a en 6b (berekening mRs score) niet meer te meten of alleen deels te kunnen meten:</p> <p><i>'In dit ziekenhuis wordt de mRs een aantal jaren niet meer afgenomen. Voor dit besluit, dat middels het stappenplan Exnovatie (ontregelen van zorg) is afgenomen, zijn de volgende argumenten:</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li><i>- Het is tijdsintensief, zowel het afnemen van de mRs als het verzamelen en bij elkaar brengen van alle registraties tussen instellingen, maar levert zowel de patiënt als de professional zelf niets op.</i></li><li><i>- Er is weinig draagvlak bij de ketenpartners om de mRs af te nemen. Men ziet de meerwaarde er niet van in.</i></li><li><i>- De uitkomst van de indicator zelf heeft momenteel nog geen toegevoegde waarde. Het is een 'interne indicator' die tegen het landelijk gemiddelde wordt uitgezet. Vanwege de beperkte doelgroep die wordt gemeten zegt dit niets. Daarnaast vindt geen casemixcorrectie plaats.</i></li><li><i>- Indien de uitkomst van de mRs een afwijking laat zien, is het niet inzichtelijk waardoor deze wordt veroorzaakt (is dit het gevolg van medisch handelen, verpleegkundige zorg, of revalidatie-behandeling? En zo ja, welk onderdeel/onderdelen in de keten?)" `</i></li></ul> <p><i>'Een groot deel van de patiënten zien wij na opname/overname niet meer terug ter controle. Dit zijn de patiënten die worden ontslagen naar een revalidatiecentrum (GRZ) of ter controle terugkomen in eigen regio/verwijzend ziekenhuis.'</i></p> <p><i>'Het ziekenhuis heeft het beleid om patiënten die naar een verpleeghuis/hospice/GRZ gaan niet meer op controle te laten komen bij de CVA verpleegkundige. Dan wordt er bij deze groep patiënten ook geen MRS meer afgenomen na 3 maanden. 1 keer per jaar worden de zorglocaties van xxx bezocht door een neuroloog en verpleegkundige. Dit is in eerste instantie gericht op Parkinsonzorg maar wordt ook gebruikt om complexe CVA patiënten op locatie te kunnen zien en bespreken."</i></p>
Signaal	<p>Een aantal ziekenhuizen meten niet meer of kunnen slechts deels meten. Dit wijkt af van de richtlijn.</p>

#### 5.3.2 ISID000163 Chirurgie bij kinderen

##### **ISID00163.01**

Bevinding	<p>Bij indicator 1 (het aantal inguinoscrotale operaties bij kinderen tussen 0 t/m 15 jaar oud) hebben drie instellingen in het opmerkingenveld onderscheid gemaakt naar het aantal operaties uitgevoerd door chirurgen en urologen.</p>
Signaal	<p>Worden door alle instellingen de urologen geïnccludeerd? Of moet er een verduidelijking in de indicatorengids worden vermeld?</p>

### 5.3.3 ISID000057 Diabetes

#### **ISID000057.01**

Bevinding	<p>Er zijn zeven instellingen die bij (een deel van) de indicatoren van deze set aangeven problemen ervaren te hebben met de data uit DPARD.</p> <p><i>'Upload van MRDM naar DPARD is om technische redenen niet gelukt en vandaar niet zichtbaar in OmniQ. Verwachting is dat data begin mei zichtbaar is in CODMAN'</i></p> <p><i>'In 2022 is het ziekenhuis gestart met de registratie van DPARD. Deze registratie brengt, met name bij de aanlevering van de gegevens vanuit HiX, knelpunten met zich mee. Hierdoor is de registratie voor 2022 niet volledig geweest (N=363). Het percentage is door middel van extrapolatie tot stand gekomen.'</i></p> <p><i>'Alle cijfers voor de indicatorset Diabetes zijn dit jaar door de instelling zelf uit het EPD gehaald. Er is een onnodige arbeidsintensieve administratieve handeling nodig om de DPARD-data uit het EPD te halen. Daarom heeft het ziekenhuis er voor gekozen de data dit jaar nog niet aan te leveren bij DICA. Onze EPD-aanbieder heeft gemeld deze administratieve handeling in 2023 uit het EPD te verwijderen.'</i></p> <p><i>'Het ziekenhuis heeft over verslagjaar 2022 voor alle diabetes indicatoren gebruik gemaakt van eigen data, aangezien de data uit DPARD nog niet voldoende betrouwbaar zijn gebleken.'</i></p> <p><i>'Er is besloten tot handmatige aanlevering van DPARD-indicatoren vanwege technische beperkingen van MDRM en Chipsoft. Deze toelichting geldt voor alle aangeleverde Diabetes Indicatoren over het verslagjaar 2022.'</i></p>
Signaal	Een aantal instellingen heeft problemen ondervonden bij de doorlevering naar de kwaliteitsregistratie DPARD.

### 5.3.4 ISID000154 Heupfractuur

#### **ISID000154.02**

Bevinding	Bij Indicator 2 (INID011775), indicator 3b1 (INID014403) en indicator 3b2 (INID014404) waarbij wordt gevraagd naar resultaten na 3 maanden geven acht van de in totaal 70 instellingen aan dat ze de patiënten niet (standaard) na 3 maanden terugzien i.v.m. het beleid van de instelling.
Signaal	Een aantal ziekenhuizen handelen anders dan richtlijn voorschrijft.

### 5.3.5 ISID000036 Heupprothese en ISID000042 Knieprothese

#### **ISID000036.02**

Bevinding	Een instelling heeft bij indicator 4a,4b, 4c en 4d aangegeven dat ze volgens het advies van de NOV/LROI de PROMS in eigen beheer verzamelen en daarom geen gegevens aanleveren.
Signaal	Is dit advies bekend bij de werkgroep?

### 5.3.6 ISID000031 Longcarcinoom

#### **ISID000031.01**

Bevinding	<p>De aanlevering van indicatorwaarden bij indicator 4 'het aantal nieuwe patiënten met een primair longcarcinoom in de DLCA-L dat wordt geregistreerd' is niet eenduidig. Sommige zorgaanbieders nemen bijvoorbeeld het aantal patiënten met mesotheliom niet mee in de opgegeven indicatorwaarde.</p> <p><i>Indicatorwaarde 99; opmerking 'Totaal 102, waaronder 3 patiënten met Mesotheliomen. Deze worden niet in de DICA registratie geïnccludeerd'</i></p> <p><i>"Indicatorwaarde 135 opmerking: Dit volume aantal betreft alleen de patiënten met PA-bewezen Longcarcinomen (N(SCLC)). Hiernaast zijn in 2022 nog 13 patiënten behandeld die alleen via beeldvorming zijn gediagnosticeerd voor NSCLC plus 4 patiënten met mesotheliom, maakt het totale volume aantal 152."</i></p> <p><i>" Indicatorwaarde 166 opmerking: Dit aantal ligt in werkelijkheid hoger. Echter door verkeerde afstemming in registratie betreffende alleen klinisch verdachte patienten"" tussen IKNL en MRDM, worden deze patienten niet meegenomen in de uitkomst. Helaas kon dit niet meer op tijd worden aangepast."</i></p> <p><i>'Het volume is inclusief de mesotheliomen, carcinoïden, thymus carcinomen en behandelingen niet PA bevestigd, dit aangezien alle patienten het zorgpad longcarcinoom volgen, met bijbehorende behandelingen'</i></p>
Signaal	Er wordt getwijfeld aan de inclusie van de DICA registratie.

### 5.3.7 ISID000048 Psoriasis

#### **ISID000048.01**

Bevinding	Bij Indicator 1 (INID000742) geven meerdere instellingen aan dat lichttherapie bij psoriasis steeds minder wordt toegepast vanwege alternatieve behandelmogelijkheden
Signaal	Heeft de indicator nog toegevoegde waarde?

### 5.3.8 ISID000049 Slokdarm- en maagcarcinoom

#### **ISID000049.01**

Bevinding	Bij Indicator 2 (INID014219) worden door zeven instellingen aangegeven dat ze geen gebruik maken van de PROMs in de klinische registratie van DUCA, maar deze op een andere wijze uitvragen, bv via SANO Trail, POCOP, NFK of via eigen EPD.  Twee van deze instellingen heeft deze indicator wel met ja beantwoord, terwijl er geen officiële registratie in DUCA is.
Signaal	Een aantal instellingen maken geen gebruik meer van de PROMs in de klinische registratie van DUCA.

### 5.3.9 ISID000005 Veneuze ziekten

#### **ISID000005.02**

Bevinding	Bij indicator 4A (INID014225) en 4B (INID014468) wordt door acht zorgaanbieders aangegeven dat er landelijk onduidelijkheid is over de coderingen/ rekenregels waardoor het moeilijk is om betrouwbare gegevens aan te leveren.
Signaal	Codering is onduidelijk waardoor niet duidelijk is of gegevens vergelijkbaar zijn.

## 6 Bevindingen en signalen voor gegevensmakelaars

### 6.1 Algemene bevindingen

#### **Alg.03**

Bevinding	Twee instellingen hebben hun locatie niet voorzien van het officiële KvK-vestigingsnummer, maar van het KvK-nummer.
Gevolgen	Dit maakt de instelling minder goed te identificeren (aangezien naamgeving vaak wijzigt) en ook minder goed koppelbaar met andere gegevens.

#### **Alg.04**

Bevinding	13 instellingen, voornamelijk klinieken, hebben de locaties niet voorzien van het officiële KvK-vestigingsnummer, maar bijvoorbeeld van een fictief vestigingsnummer.
Gevolgen	Dit maakt de instelling minder goed te identificeren (aangezien naamgeving vaak wijzigt) en ook minder goed koppelbaar met andere gegevens.

#### **Alg.05**

Bevinding	Eén instelling heeft een fictief KvK-nummer ingevoerd
Gevolgen	Dit maakt de kwaliteitsgegevens van de instelling niet inzichtelijk en hierdoor ook minder goed koppelbaar met andere gegevens.

#### **Alg.06**

Bevinding	Vier instellingen hebben voor hun locaties dezelfde postcode ingevuld.
Gevolgen	Dit maakt de kwaliteitsgegevens van de instelling per locatie niet inzichtelijk en hierdoor ook minder goed koppelbaar met andere gegevens.

#### **Alg.07**

Bevinding	Veertien locaties leveren indicatorsets aan waarbij zij bij alle indicatoren aangeven dat deze niet van toepassing zijn of dat zij de behandeling niet (meer) uitvoeren. Ook een bevinding in verslagjaar 2021.
Gevolgen	De gegevens in de Openbare Database worden op deze manier gevuld met onnodige informatie. Als een indicatorset volledig niet van toepassing is, omdat de zorg niet wordt geleverd, dan dient de instelling de indicatoren niet in te vullen. Als een instelling de zorg niet meer levert, dan verzoeken wij de instelling deze wijziging door te geven aan het Zorginstituut. Het merendeel van de instellingen heeft wel opmerkingen bijgeleverd waarin ze uitleggen dat ze de zorg niet leveren, waarmee een verklaring wordt gegeven.

## 6.2 Bevindingen per set

### 6.2.1 ISID000038 Cerebro Vasculair Accident

#### **ISID000038.02**

Bevinding	<p>Bij Indicator 5a1, 5a2 en 5a3 wordt gevraagd naar aantal patiënten met een herseninfarct dat een intra-arteriële trombectomie heeft ondergaan (5a1), uitgesplitst voor verwezen (5a2) en niet-verwezen patiënten (5a3).</p> <p>Bij een aantal instellingen is er een mix van een subindicator met antwoord niet van toepassing en een subindicator met als bron DASA. De indicatorwaarde die uit de import is gekomen is steeds 0.</p> <p>De vraag is of er terecht een import heeft plaatsgevonden of dat de import juist heeft plaatsgevonden.</p>
Gevolgen	<p>De vergelijkbaarheid en betrouwbaarheid van data komt hiermee in het geding. Er is ook geen eenduidigheid t.a.v. het invullen van deze indicatoren wanneer de indicatorwaarde 0 is.</p>

### 6.2.2 ISID000044 Gynaecologische oncologie

#### **ISID000044.01**

Bevinding	<p>Bij Indicator 7a (INID011770) en 7b (INID023226) hebben alle zorginstellingen de indicatorwaarde n.v.t. of 0% ingevuld. De noemers zijn ingevuld, maar bij de teller staat 0, waardoor de indicatorwaarde ook 0 is. De bron is DGOA. Het is niet duidelijk of dit met import van de data te maken heeft.</p>
Gevolg	<p>Deze indicatorwaarden bieden geen toegevoegde waarde voor de afnemers.</p>

### 6.2.3 ISID000164 Oncologie – SONCOS

#### **ISID000164.01**

Bevinding	<p>Indicator 3a, 3b en 3c m.b.t. oogtumor:</p> <p>Wordt bij indicator 3a met antwoord nee of indicatorwaarde n.v.t. hetzelfde bedoeld of betekent nee dat er wel patiënten met uveamelanoom worden behandeld, maar dat er geen MDO is?</p> <p>Wanneer bij 3a als indicatorwaarde nee of niet van toepassing wordt aangegeven, worden de indicatoren 3b en 3c op verschillende manieren ingevuld:</p> <p>Er zijn twee instellingen die bij indicator 3a de indicator n.v.t. invullen en bij 3b en 3c nee aangeven. Er zijn ook twee instellingen die bij 3a, 3b en 3c nee invullen.</p>
Gevolg	<p>Eenduidigheid en betrouwbaarheid van de data nemen af.</p>
Advies	<p>Bouw als het mogelijk is een bepaalde routing in het portaal, zodat alle instellingen op dezelfde wijze kunnen aanleveren.</p>

#### 6.2.4 ISID000005 Veneuze Ziekten

##### **ISID000005.03**

Bevinding	<p>Bij indicator 2a1H (INID009336), 2b1I (INID004687) en 2c1D (INID004691) moeten instellingen aangeven welke andere behandelingen/interventies zij aanbieden en hoe vaak. De antwoordoptie is 'nee' en 'zo ja, hoe vaak uitgevoerd?'.</p> <p>Een deel van de instellingen levert het antwoord 'nee' aan en het andere deel vult 'niet van toepassing' in. Het is onduidelijk wat het verschil is tussen het antwoord 'nee' en 'niet van toepassing'.</p> <p>Dit speelt ook bij indicator 3ba t/m 3bc.</p> <p>Ook een bevinding in verslagjaar 2019, 2020 en 2021</p>
Gevolgen	Doordat de antwoorden op verschillende manieren worden aangeleverd zijn deze minder goed te gebruiken door de afnemers.
Advies	De optie n.v.t. is alleen als deze indicator volledig niet van toepassing is, niet per antwoordoptie. Routing in portal doornemen.

##### **ISID000005.04**

Bevinding	Bij indicator 7a2 (INID012337) en 7b2 (INID012339) geven vijf zorgaanbieders aan dat voor de kwaliteitsvisitatie als jaartal geen 2022 of 2023 ingevuld kan worden vanwege foutmelding van het systeem.
Gevolgen	Nauwkeurigheid van de data neemt af waardoor minder goed te gebruiken door afnemers.

### 6.3 Signalen per set

#### 6.3.1 ISID000036 Heupprothese

##### **ISID000036.01**

Bevinding	Een instelling heeft bij indicator 4c het volgende aangegeven:  OHS wordt niet uitgevraagd, ik heb voor de vorm 1 ingevuld omdat ik anders niet verder kon.  Deze instelling had ook kunnen kiezen voor het indicatorveld n.v.t.
Signaal	Navragen bij gegevensmakelaar wat dit kan veroorzaken.

#### 6.3.2 ISID000042 Knieprothese

##### **ISID000042.01**

Bevinding	Bij indicator 7a2a, 7a2b en 7a3c wordt gevraagd naar het aantal specialisten werkzaam in de instelling. Eén instelling heeft naast het aantal ook de namen van de werkzame specialisten benoemd.  Het noemen van namen van specialisten is vanwege Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) niet toegestaan.  Correctie heeft voor publicatie van openbaar databestand vj2022 plaatsgevonden.
Signaal	Afstemmen met gegevensmakelaar om mee te nemen in communicatie

#### 6.3.3 ISID000083 Perifeer Arterieel Vaatlijden

##### **ISID000083.01**

Bevinding	Bij indicator 2b, 2c, 2d, 2e en 2f1 wordt gevraagd naar het aantal specialisten werkzaam in de instelling. Eén instelling heeft naast het aantal ook de namen van de werkzame specialisten benoemd.  Het noemen van namen van specialisten is vanwege Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) niet toegestaan.  Correctie in het openbaar databestand vj2022 heeft plaatsgevonden.  Ook een bevinding in verslagjaar 2021.
Signaal	Afstemmen met gegevensmakelaar om mee te nemen in communicatie



## 7 Bevindingen indicatorsets in doorontwikkeling

### 7.1 ISID000025 Carpaletunnelsyndroom

#### **ISID000025.01**

Bevinding	Indicator 1 (INID014002) vraagt naar het percentage patiënten met de diagnose CTS, bij wie uiterlijk 1 jaar voorafgaand aan de diagnose, een echo of zenuwgeleidingsonderzoek is verricht. Zes instellingen geven in het opmerkingenveld aan dat volgens de richtlijn CTS voor plastische chirurgie vooronderzoek niet meer nodig is. Instellingen voeren dus niet meer standaard een vooronderzoek uit. (Bevinding ook in 2021)
Gevolgen	Doordat de antwoorden op verschillende manieren worden aangeleverd, zijn deze minder bruikbaar voor afnemers. De vraag is of de indicator nog bestaansrecht heeft.
Op te pakken door	Werkgroep

### 7.2 ISID000023 Constitutioneel eczeem

#### **ISID000023.01**

Bevinding	Bij indicator 2a (INID014395) en 2b (INID014396) wordt aan instellingen gevraagd met welke scores/PROMs het effect van de behandeling wordt geëvalueerd. Een aantal antwoordcategorieën is mogelijk. De antwoorden worden echter op diverse manieren aangeleverd.  Ook een bevinding in verslagjaar 2020 en 2021.
Gevolgen	Doordat de antwoorden op verschillende manieren worden aangeleverd zijn deze minder goed te gebruiken door afnemers. Dit levert o.a. problemen op bij inladen van de gegevens bij de SKI-tool.
Op te pakken door	Gegevensmakelaar

### 7.3 ISID000022 Osteoporose

#### **ISID000022.01**

Bevinding	Bij indicator 1A (INID012048) vullen instellingen het percentage patiënten in waarbij een jaar voorafgaand aan de fractuur er een dexametrie is verricht. Meerdere instellingen hebben in het opmerkingenveld aangegeven welke patiënten zij wel/niet hebben meegeteld in de teller van de indicator. Instellingen geven bijvoorbeeld aan dat voor specifieke patiëntengroepen alleen bij uitzondering een dexametrie wordt verricht of dat de zorg is overgeheveld naar de eerste lijn.  Ook een bevinding in verslagjaar 2020 en 2021.
Gevolgen	Doordat de vraag op verschillende manieren geïnterpreteerd wordt is de data minder goed te gebruiken door afnemers.
Advies	Verduidelijk in de indicatorgids van de inclusie-/exclusiecriteria.
Op te pakken door	Werkgroep

**ISID000022.02**

Bevinding	<p>Bij indicator 2 (INID014213) kunnen instellingen zes antwoordopties aanvinken hoeveel fte zorgverlener er beschikbaar zijn met als aandachtsgebied osteoporose (bijvoorbeeld '&gt;0,1-0,2'). De antwoordopties zijn door de gegevensmakelaars verschillend ingelezen (wel of niet extra spatie).</p> <p>Ook een bevinding in verslagjaar 2019, 2020 en 2021.</p>
Gevolgen	<p>Doordat de antwoorden op verschillende manieren worden aangeleverd zijn deze minder goed te gebruiken door afnemers. Dit levert o.a. problemen op bij inladen van de gegevens bij de SKI-tool.</p>
Op te pakken door	<p>Gegevensmakelaar</p>