

Rapportage datakwaliteit aanlevering kwaliteitsgegevens medisch specialistische zorg (MSZ) over verslagjaar 2024

versie 0.5 26 januari 2026

In de rapportage staan de bevindingen en signalen van het Zorginstituut m.b.t. de datakwaliteit van de aangeleverde kwaliteitsgegevens (verslagjaar 2024, aangeleverd in mei 2025) door instellingen die medisch specialistische zorg leveren.

1 Inhoudsopgave

1 INHOUDSOPGAVE	2
2 INSPANNINGEN OM DE DATAKWALITEIT TE VERBETEREN	3
2.1 ADVIEZEN NAAR AANLEIDING VAN RAPPORTAGE DATAKWALITEIT	3
3 WAT TE DOEN MET EIGEN BEVINDINGEN?	3
3.1 BENT U EEN AFNEMER VAN KWALITEITSGEGEVENS?	3
3.2 BENT U EEN ZORGAANBIEDER DIE KWALITEITSGEGEVENS HEEFT AANGELEVERD?	3
4 SIGNALLEN VOOR BUREAUOVERLEG	4
4.1 ALGEMEEN SIGNAAL	4
4.2 SIGNAAL PER SET	5
4.2.1 <i>Diabetes - ISID000057</i>	5
4.2.3 <i>Oncologie – ISID000164</i>	6
5 SIGNALLEN VOOR WERKGROEP	7
5.1 SIGNAAL PER SET	7
5.1.1 <i>Aneurysma en Aorta Abdominalis – ISID000041</i>	7
5.1.2 <i>Cerebro Vasculair Accident - ISID000038</i>	7
5.1.3 <i>Chirurgie bij kinderen - ISID000163</i>	8
5.1.4 <i>Darmkanker – ISID00037</i>	8
6 BEVINDINGEN EN SIGNALLEN VOOR GEGEVENSMAKELAARS	8
6.1 ALGEMENE BEVINDINGEN	8

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.

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 2024 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.
- 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?

3.1 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 2024, aangezien de indicatorgidsen voor verslagjaar 2025 en 2026 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.

3.2 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.

4 Signalen voor Bureauoverleg

4.1 Algemeen signaal

Signaal 01

Bevinding	34 sets worden uitgevraagd op locatieniveau. Ziekenhuizen met meerdere locaties leveren op concernniveau aan. Bij klinieken wordt vaker aangeleverd conform het aggregatieniveau in de indicatorgids.
Gevolgen	Er wordt niet aangeleverd op het aggregatieniveau dat in de indicatorgids is opgenomen.

Signaal 02

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 dubbelstellingen in de aanlevering, omdat twee of meer ziekenhuizen/ locaties dezelfde aantallen/ waarden aanleveren.
Set	ISID000056 Mammacarcinoom

Signaal 03

Bevinding	Bij een aantal sets geven zorgaanbieders aan dat ze geen gebruik maken van de PROMs. De redenen hiervoor verschillen: <ol style="list-style-type: none">1. Bij gynaecologische oncologie geven twee zorgaanbieders aan geen gebruik te maken van de PROM DGOA.2. Bij mammacarcinoom wordt de vragenlijst zelf verstuurd en niet via bv NBCA of DICA. Het wordt bv verstuurd door Consultassistent, Umbrella onderzoek, miniPROMs, MijnETZ, Lighthouse of BrightFish.3. Slokdarm-en maagcarcinoom staat een paar keer de opmerking dat er wel PROMS worden uitgevraagd, maar niet in DUCA.
Signaal	Een aantal instellingen maken geen gebruik meer van de PROMs in de klinische registratie zoals DUCA en NBCA. Sommige instellingen vragen de PROMS niet uit.

Signaal 04

Bevinding	Bij de indicatorenset Darmkanker worden de indicatoren 2 en 3 in dagen uitgevraagd. De volumenorm is echter in weken vastgesteld.
Signaal	Dit kan onduidelijkheid geven of de norm behaald is. Voorstel van het Bureauoverleg MSZ om ter verduidelijking achter de norm het aantal dagen te vermelden. Dit signaal wordt in hoofdstuk 5 voor de werkgroep herhaald.

Signaal 05

Bevinding	Bij deze set wordt de opmerking gemaakt dat de meetperiode in de indicatorgids afwijkt van de DGOA richtlijn of dat er een import fout was met DICA/ MRDM. <i>De indicatorgids gaat uit van 1 jaar, echter de cijfers ingeschoten vanuit de DGOA gaan uit van 2 jaar. (indicator 5b)</i>
Signaal	DICA heeft over verslagjaar 2025 de meetperiode naar twee jaar aangepast. Het Zorginstituut heeft niet de meest actuele gids ontvangen waardoor de verkeerde meetperiode (één jaar) op Zorginzicht staat

gepubliceerd. Het is niet duidelijk welke meetperiode instellingen, die niet via DICA hebben aangeleverd, hebben gehanteerd.
--

4.2 Signaal per set

4.2.1 Diabetes - ISID000057

ISID000057

Bevinding	<p>Er zijn meer dan 14 instellingen die bij (een deel van) de indicatoren van deze set aangeven problemen ervaren te hebben met de DPARD registratie</p> <p><i>Ziekenhuis A neemt deel aan de DPARD registratie, maar door fouten in de batchaanlevering vanuit het EPD HiX ontbraken honderden patiënten in de registratie. Volumes voor deze indicatorset zijn daarom door Ziekenhuis A m.b.v. Data Warehouse berekend. (indicator 5)</i></p> <p><i>We nemen deel aan de landelijke registratie. De koppeling met HiX geeft echter nog veel afwijkingen. Hierdoor hebben we voor de TKZ de cijfers moeten aanpassen. Verwachting is dat dit in 2025 opgelost wordt. (indicator 5)</i></p> <p><i>Er zitten nog erg veel fouten in het resultaat van de aanlevering. Ziekenhuis B is op 31/1 overgegaan op HIX 6.3 daarom nu gekozen om dat data zelf te berekenen. (indicator 5)</i></p> <p><i>We nemen deel aan de DPARD, maar de batchaanlevering vanuit HiX is nog niet betrouwbaar. In de DPARD mist daardoor een deel van de patiënten (ongeveer 200). De cijfers zoals hier aangeleverd zijn afkomstig uit datawarehouse rapportage. (indicator 5)</i></p> <p><i>In 2022 is Ziekenhuis C gestart met de registratie van DPARD. Deze registratie brengt, met name bij het vastleggen en de aanlevering van de gegevens vanuit HiX, nog steeds knelpunten met zich mee (landelijk probleem). Daarom is in 2024 gestopt met het aanleveren van gegevens aan DPARD. Zodra de knelpunten zijn opgelost, zijn we voornemens om deze registratie weer te vervolgen. (indicator 5)</i></p> <p><i>Er is een overeenkomst, maar de gegevens zijn nog onvoldoende betrouwbaar om de kwaliteitsgegevens op de DPARD te baseren. Daarom maken we nu nog gebruik van eigen rapporten om transparant te zijn over de kwaliteit van Diabeteszorg in Ziekenhuis D. (indicator 5)</i></p> <p><i>Voor verslagjaar 2024 heeft Ziekenhuis E voor het eerst resultaten via een 'batch upload' uit HiX naar de DPARD aangeleverd. Na aanlevering van de batch via de MRDM blijkt een groot deel van het aantal diabetespatiënten te ontbreken. Het is nog onduidelijk waarom de DPARD-registratie bij het aanleveren van patiënten via een batch upload een lager aantal weergeeft. Dit is besproken met ChipSoft in het Innovatieplatform, waarbij meerdere ziekenhuizen dit probleem ervaren. Ook de MRDM-koppeling lijkt niet altijd correct te functioneren. Hier wordt landelijk naar gekeken. (indicator 1)</i></p> <p><i>De data is dit jaar echter niet via de DPARD aangeleverd i.v.m. de overgang naar een nieuwe versie van Hix.v. (indicator 5)</i></p> <p><i>Wegens problemen omtrent registratie en ophalen van data uit HiX is het hiervoor niet gelukt om accurate cijfers te verkrijgen. Er is daarom gekozen</i></p>
-----------	--

	<p>om deze cijfers niet aan te leveren. Om dit probleem volgend jaar te voorkomen, wordt gewerkt aan het inregelen van de DPARD batch aanlevering.</p> <p>Dit jaar heeft Ziekenhuis F voor het eerst een aanlevering gedaan voor de DPARD-registratie. Het aanleveren van lab-gegevens bleek dit jaar niet haalbaar. Uit de laatste validatie na de definitieve batch-aanlevering zijn nog verbeterpunten geïdentificeerd, waardoor sommige indicatoren nog handmatig zijn aangepast. We hopen volgend jaar een verder verbeterde set aan te kunnen leveren aan de DPARD met o.a. lab-gegevens. Eind volgend jaar gaat Ziekenhuis F r over op HiX, waarin de DPARD aanlevering hopelijk nog gemakkelijker wordt.</p> <p>Nog niet gestart omdat de registratie en connectie HiX -MRDM-DPARD nog niet foutloos is.</p> <p>Ziekenhuis G heeft over verslagjaar 2024 voor alle diabetes indicatoren gebruik gemaakt van eigen data, aangezien de data uit DPARD niet voldoende betrouwbaar zijn gebleken.</p> <p>Ziekenhuis H neemt nog niet deel aan de landelijke klinische diabetes mellitus registratie DPARD i.v.m. technische problemen met de aanlevering vanuit CS-HIX.</p> <p>DPARD wordt momenteel geïmplementeerd; batchaanlevering levert echter (landelijk) knelpunten op.</p> <p>Ook een bevinding in 2022 en 2023.</p>
Signaal	<p>Een aantal instellingen heeft problemen ondervonden bij de doorlevering naar de kwaliteitsregistratie DPARD.</p> <p>Bij navraag lijkt het dat het probleem niet specifiek te herleiden is.</p>

4.2.3 Oncologie – ISID000164

Signaal 01

Bevinding	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bij het thema Colorectale resecties hebben een aantal ziekenhuizen een waarde (waarde onder 5) ingevuld bij het aantal uitgevoerde rectumresecties op de ziekenhuislocatie. Dit terwijl bij de indicatorenset Darmkanker de indicatoren met betrekking tot rectumresecties op niet van toepassing zijn gezet. In de omschrijving is aangegeven patiënten worden doorverwezen of dat rectumresecties niet worden uitgevoerd. 2. Bij het thema Neuroendocriene tumoren wordt door een ziekenhuis de vraag 'bent u een referentiecentrum' ja en wordt een waarde (50) opgevoerd. In de opmerking staat echter dat het ziekenhuis een niet-referentiecentrum is en er een samenwerkingsovereenkomst is met een referentiecentrum.
Signaal	<p>Indien de zorg niet geleverd wordt moet een ziekenhuis geen waarde bij een indicator aanleveren. Dit geeft een verkeerd beeld in analyses en de SKI-tool.</p>

Signaal 02

Bevinding	<p>Bij het thema Hoofd-hals oncologie wordt gevraagd of de instelling een HHO centrum, preferred partner van een HHO of een preferred partner radiotherapie (PPR) is. Geen instelling heeft aangegeven PPR te zijn. Hierdoor is kan ook niet getoetst worden op de volumenorm voor een PPR.</p>
Signaal	<p>Het wordt uitgezocht of er PPR's voor deze set indicatoren moeten aanleveren.</p>

5 Signalen voor werkgroep

5.1 Signaal per set

5.1.1 Aneurysma en Aorta Abdominalis – ISID000041

Bevinding	<p>Een aantal zorgaanbieders geven aan dat de wachttijd/ doorlooptijd voor een operatie is toegenomen, door het beleid om de patiënt eerst fitter te krijgen voor de operatie.</p> <p><i>De doorlooptijd is opgelopen vanwege het feit dat we de patiënten eerst fysiotherapie aanbieden, fit for surgery. In 2025 krijgen patiënten een app aangeboden, Luscii, waardoor de verwachting is dat de doorlooptijd weer afneemt. (indicator 2a)</i></p> <p><i>Er is een landelijk trend om patiënten niet te snel te opereren, mede door het implementeren van prehabilitatie programma's waaruit mogelijk voordeel voor patiënten blijkt juist als ze niet te snel worden geopereerd. (indicator 2a)</i></p> <p><i>In ziekenhuis I krijgen patiënten als eerste behandeling 'Prehabilitatie' om de patiënt fit de operatie in te laten gaan. Deze wordt in de DCRA berekening niet als startdatum genomen, waardoor onze daadwerkelijke startdatum ten opzichte van de hier zichtbare startdatum zeer afwijkend is. (indicator 2 en 3)</i></p>
Signaal	<p>Sommige ziekenhuizen hanteren een ander beleid dan de richtlijn voorschrijft. Hierdoor kan de wachttijd /doorlooptijd afwijken van andere ziekenhuizen.</p>

5.1.2 Cerebro Vasculair Accident - ISID000038

Bevinding	<p>Vijf zorgaanbieders geven aan dat het meten van een aantal indicatoren van CVA niet nuttig is, er problemen zijn met import DICA of dat een vergelijking oneerlijk is;</p> <p><i>Het nabellen van patiënten en het invullen van deze score kost veel tijd. De vakgroep Neurologie heeft landelijk kenbaar gemaakt dat zij vindt dat er al vele jaren te weinig met de uitkomst van de mRs-score wordt gedaan. Vandaar dat Ziekenhuis J de keuze heeft gemaakt om niet actief te sturen op verbetering van de vullingsgraad. (indicator 8b)</i></p> <p><i>Een belangrijk doel is het verminderen van de registratielast (Ontregel de Zorg) en deze indicator heeft geen toegevoegde waarde voor patiënt of zorg voor de patiënt. (indicator 8a en 8b)</i></p> <p><i>In Ziekenhuis K wordt de mRs een aantal jaren niet meer afgenomen en is dit ontregeld. Samengevat: het is tijdsintensief om deze waarde af te nemen en levert zowel de patiënt als de professional niets op (zie uitgebreide toelichting voorgaande jaren). (indicator 8a en 8b)</i></p> <p><i>Ziekenhuis L 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</i></p>
-----------	--

	<p><i>MRS meer afgenomen na 3 maanden. 1 keer per jaar worden de zorglocaties van Ziekenhuis L 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. (indicator 8a en 8b)</i></p> <p><i>Het kost zowel intern als bij onze ketenpartners ontzettend veel personele inzet, terwijl het medische beleid op basis van de verkregen mRs niet wordt aangepast.</i></p> <p><i>Het wel/niet verzamelen van de mRs scores heeft geen invloed op de kwaliteit van zorg. Ook landelijk is er al langere tijd discussie over het nut en de noodzaak van het verzamelen van de mRs en wordt er niets met de data gedaan. (indicator 8a en 8b).</i></p>
Signaal	Een aantal ziekenhuizen meten niet meer of kunnen slechts deels meten. Dit wijkt af van de gids.
Reactie DICA	Binnen de CAB en samen met de NVN is het voornamelijk gegaan over deze mRS indicator (indicator 8). De CAB blijft van mening dat het belangrijk is om een uitkomst indicator te behouden in de registratie. Omdat bij ziekenhuizen het scoren van de mRS registratielast opleverde en het onduidelijk is wat de toegevoegde waarde is van de mRS zal er in 2026 een wijziging worden doorgevoerd in de indicator. Dit om de administratielast te verminderen. Verder is op het dashboard een case-mix gecorrigeerd mRS indicator toegevoegd, zodat bij goede vullingsgraden van de mRS score en de NIHSS score ziekenhuizen inzicht hebben in de mRS bij hun patiënten.

5.1.3 Chirurgie bij kinderen - ISID000163

Bevinding	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, terwijl er ook instellingen zijn die alleen het aantal voor chirurgen hebben opgegeven.
	Ook een bevinding in 2022 en 2023
Signaal	Hoe zorgen we dit iedereen op de juiste manier registreert?

5.1.4 Darmkanker – ISID00037

Bevinding	Bij de indicatorenset Colorectaal Carcinoom worden de indicatoren 2 en 3 in dagen uitgevraagd. De volumennorm is echter in weken vastgesteld.
Signaal	Dit kan onduidelijkheid geven of de norm behaald is. Voorstel van het Bureauoverleg MSZ om ter verduidelijking achter de norm het aantal dagen te vermelden. Dit signaal is tevens in hoofdstuk 4 voor het bureauoverleg opgenomen.

6 Bevindingen en signalen voor gegevensmakelaars

6.1 Algemene bevindingen

Algemeen 1

Bevinding	Meerdere instellingen, voornamelijk klinieken, hebben de locaties niet voorzien van het officiële KvK-vestigingsnummer, maar bijvoorbeeld van een fictieve vestigingsnummer.
-----------	--

Gevolgen	Dit maakt de instelling minder goed te identificeren (aangezien naamgeving vaak wijzigt) en ook minder goed koppelbaar met andere gegevens.
Op te pakken door	Gegevensmakelaar. Voorstel kan zijn om aan de zorgaanbieder te vragen het vestigingsnummer aan te passen.

Algemeen 2

Bevinding	17 locaties leveren indicatorsets aan waarbij zij bij alle indicatoren aangeven dat zij niet van toepassing zijn of dat zij de behandeling niet (meer) uitvoeren. Ook een bevinding in verslagjaar 2021 en 2022
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.