



rivm
National Institute
for Public Health and
the Environment

WHO Family of International Classifications (FIC)



Contextanalyse

Classificatie van Medisch Specialistische Verrichtingen (CMSV)

Eindrapportage

December 2004,

Dhr. Dr. W.M. Hirs, tot 1-11-04 hoofd WHO Collaborating Centre for the Family of International Classifications in the Netherlands, RIVM, Bilthoven.

Dhr. R.E.P. Hamoen, MSc, Stichting CBV, Leiden.

Dit onderzoek is mogelijk gemaakt door NICTIZ te Leidschendam

Inhoudsopgave

MANAGEMENTSAMENVATTING.....	3
1. DE TOEKOMST VAN DE CLASSIFICATIE VAN MEDISCH SPECIALISTISCHE VERRICHTINGEN (CMSV).....	5
1.1 INLEIDING	5
1.2 HUIDIGE POSITIE EN STRUCTUUR CMSV	5
1.3 NATIONALE ONTWIKKELINGEN	6
1.4 INTERNATIONALE ONTWIKKELINGEN	6
1.5 CONTEXTFACTOREN.....	7
2 RESULTATEN VAN DE ENQUÊTE	9
2.1 OPZET CONTEXTANALYSE CMSV	9
2.2 HET GEBRUIKSBELANG VAN DE CMSV VOOR DE DIVERSE ORGANISATIES	10
2.3 STELLINGEN M.B.T. DE CMSV HUIDIGE SITUATIE	13
2.4 STELLINGEN M.B.T. DE CMSV NIEUWE SITUATIE	17
2.5 OVERIGE OPMERKINGEN OVER DE DOELSTELLINGEN VAN DE CMSV	20
2.6 GEBRUIK CMSV	21
2.7 INHOUD EN VORM VAN DE TOEKOMSTIGE CMSV	22
3 CONSENSUSBIJEENKOMST.....	25
4 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	28
BIJLAGE 1: AANGESCHREVEN ORGANISATIES:.....	29
BIJLAGE 2: AFKORTINGEN.....	30
BIJLAGE 3: GEÏNTEGREERD ZORGREGISTRATIE EN INFORMATIESYSTEEM	31
BIJLAGE 4: NEN-EN 1828.....	33

Managementsamenvatting

De contextanalyse

Na een periode van ruim 15 jaar waarin de CMSV een belangrijke rol heeft gespeeld binnen de Nederlandse curatieve zorgsector bestaat er behoefte aan een grondige revisie van deze verrichtingenstandaard. Niet alleen is de CMSV als ordeningsprincipe inmiddels achterhaald, maar ook is een fundamentele heroriëntatie noodzakelijk door de veranderende omgeving, zoals de invoering van de DBC-systematiek, nieuwe ontwikkelingen op het gebied van informatietechnologie, medische technologie en de invoering van het (transmurale) Elektronische Patiënten Dossier.

De contextanalyse is een door NICTIZ ondersteund project en is een vervolg op het project update CMSV versie 2.6. Vanwege pragmatische redenen (tijd en geld) is gekozen voor een combinatie tussen een schriftelijke enquête gericht op het verkrijgen van enerzijds feitelijke informatie en anderzijds meer beleidsmatige en opiniërende informatie over de CMSV. De verkregen gegevens zijn getoetst tijdens een consensusbijeenkomst en hebben een aantal consensusstandpunten opgeleverd.

De resultaten

Met de enquête zijn de toepassingen van de CMSV door de diverse organisaties geïnterpreteerd. Hierbij is gebruik gemaakt van stellingen om de opinies en daaraan gekoppeld de argumenten te leren kennen over de CMSV en de gewenste toekomstige situatie. De belangrijkste resultaten van deze enquête zijn in de consensusbijeenkomst gepresenteerd en dit heeft geleid tot een aantal consensusstandpunten:

1. Algemene doelstelling: gedetailleerde dynamische bronregistratie en daaraan gekoppeld een afgeleide globale outputclassificatie met behulp van een formele terminologie.
2. Aansluiting van een nieuwe verrichtingenstandaard bij internationale ontwikkelingen (bijv. International Classification of Health Interventions, ICHI).
3. Voor deze standaard is een uitgebreide revisie c.q. herontwerp van de CMSV noodzakelijk.
4. Een analytische benadering is essentieel bij het ontwerp van de nieuwe standaard.
5. Ook dienen de doelstellingen van de CMSV voor de nieuwe standaard opnieuw te worden geformuleerd.
6. Gewenst is een verbreding in de reikwijdte van de nieuwe standaard door het toevoegen van verrichtingen uitgevoerd door onder meer paramedici, ondersteunende specialismen en verpleegkundigen.
7. De ontwikkeling van een nieuwe verrichtingenstandaard dient te worden gebaseerd op een formele terminologie.
8. Belangrijke classificatietechnische aspecten die meegenomen moeten worden in het ontwerp zijn: multiaxiale opbouw, hiërarchische opbouw en gebruik van een terminologieserver.

Conclusies en aanbevelingen

Er wordt een uitgebreide revisie van de CMSV voorgesteld met een regierol voor het WHO-FIC Collaborating Centre. Bestaande organisaties, specifieke expertise en eventuele al aanwezige projectplannen kunnen worden betrokken bij het project. De infrastructuur voor het ondernemen van dit project is reeds beschikbaar. Met diverse organisaties zullen de specificaties en wensen m.b.t. breedte en diepte van de nieuwe standaard worden afgestemd. Volgens de contextanalyse zullen onder meer een verbreding worden voorgesteld en een mindere detaillering voor de output van statistische gegevens. Een brede toepassing van een geïntegreerd zorginformatiemodel kan de diverse doeleinden

ondersteunen. Aansluiting bij een internationale verrichtingenclassificatie (de zogenaamde ICHI) en –terminologie dienen bereikt te worden.

Aanbevolen wordt een nieuwe verrichtingenstandaard te ontwikkelen die de CMSV versie 2.6 vanaf 2008 vervangt. Deze standaard dient met het oog op een invoeringstraject van een jaar al eind 2006 gereed te zijn en zal enerzijds bestaan uit een formele terminologie en anderzijds uit de mapping van die terminologie naar DBC-lijsten, CMSV/CvV, Snomed (indien beschikbaar, bereid), de CBV-registratiecodelijst, de CTG-codes, en ICHI. De standaard moet permanent veranderd kunnen worden en wordt daartoe beheerd in een 'terminology server'. Onder een formele verrichtingsterminologie wordt verstaan een beschrijving van elke verrichting in de standaard onder meer uitgaande van de Nederlandse norm (NEN-EN 1828, zie bijlage 4). De ontwikkeling van de terminologie moet mede worden afgestemd op die van het internationale verrichtingenproject van de WHO.

1. De toekomst van de Classificatie van Medisch Specialistische Verrichtingen (CMSV)

1.1 Inleiding

In dit document wordt uitgegaan van het door het CSIZ ingezette tweesporenbeleid¹; hierbij is voor de korte termijn gekozen voor het uitvoeren van updates (versie 2.5 en 2.6) van de CMSV op basis van de noodzakelijke aanpassingen uit de praktijk. Voor de ontwikkeling op de lange termijn is gekozen voor zowel het op een formele manier beschrijven van verrichtingen op basis van hun kenmerken en als een betere aansluiting bij het jargon van de registrerende specialist.

Allereerst wordt de huidige situatie van de CMSV beschreven, daarna de nationale- en internationale ontwikkelingen en aansluitend de contextfactoren die mede de ontwikkeling van een nieuwe verrichtingenstandaard bepalen. De onderstaande besproken opties zijn slechts bedoeld als mogelijke ontwikkeling en moeten dan ook als zodanig worden beoordeeld. De enquête en consensusbijeenkomsten dienen ertoe tot conclusies en aanbevelingen te komen. Als hiermee wordt ingestemd, zal vervolgens in overleg met de opdrachtgever en stakeholders een plan van aanpak worden ontwikkeld.

1.2 Huidige positie en structuur CMSV

Binnen zorginstellingen bestaat bij zowel het management als de medisch specialisten behoefte aan samenhangende informatie over zowel het zorgverleningsproces als over de positie van de instelling/maatschap als onderdeel van het totale zorgcircuit (landelijk en regionaal). Voor zowel de lokale informatiebehoeften als voor de omgevings- en spiegelinformatie wordt sinds 1988 door alle algemene en academische ziekenhuizen deelgenomen aan de Landelijke Medische Registratie (LMR). Binnen de LMR wordt gebruik gemaakt van de Classificatie van Verrichtingen (CvV). De CvV, beheerd door Prismant, vormt een afgeleide van de CMSV waarbij het totale begrippen- en codestelsel van deze verrichtingenstandaard is overgenomen. De CvV is voorzien van een alfabetische index voor het gebruik door medische administraties.

Het Nationaal ICT Instituut in de Zorg (NICTIZ) is bestuurlijk verantwoordelijk voor het beheer van de CMSV, als opvolger van het CSIZ dat deze taak erfde van de WCC, de ontwikkelaar en beheerder van de CMSV tot 1996.

De CMSV is in 1988 door het gezondheidszorgveld, inclusief de verzekeraars, goedgekeurd in de toenmalige Nationale Raad voor de Volksgezondheid. De CMSV is oorspronkelijk een uitbreiding van de International Classification of Procedures in Medicine (ICPM, WHO 1978). Het WHO-FIC Collaborating Centre is als partner van de WHO mede verantwoordelijk voor de ontwikkeling van de internationale classificatie van verrichtingen, de zogenaamde ICHI, als opvolger van de ICPM. Het feitelijk beheer van de CMSV vindt sinds 1989 plaats in de redactieraad CMSV. Dit orgaan bestaat uit deskundigen van ziekenhuisadministraties, Prismant, de Stichting CBV en het WHO-FIC Collaborating Centre, die door hun kennis van en hun ervaring met de CMSV alle aanpassingsvoorstellen toetsen en regulier verwerken binnen de CMSV. Momenteel wordt de CvV versie 1.6 als afgeleide van de CMSV versie 2.5, binnen de LMR gebruikt.

De CMSV kent een hiërarchische structuur, bestaande uit een zestal niveaus, waarbij door het toevoegen van intrinsieke kenmerken een nadere detaillering wordt aangebracht.

¹ 'De toekomst van Standaardisatie in de Zorgsector' CSIZ-symposium, 02-12-1998; 'Classificatie van verrichtingen, update versus revisie', Themamiddag CSIZ, 29-04-1999.

Uitgangspunt is een indeling gebaseerd op het doel van de verrichting (diagnostisch, preventief, operatief en overige therapeutisch). Additioneel worden één of meer intrinsieke kenmerken gehanteerd. Voorbeelden zijn de aard van de verrichting (b.v. onderzoek van speciële systemen), de anatomische regio (b.v. hals), de anatomische structuur (b.v. nier) en de gehanteerde techniek (b.v. resectie, excisie/destructie etc).

In feite gaat het bij elke code in de CMSV om een synthese tussen classificeren, definiëren en het gebruik van min of meer gangbare termen. De enigszins arbitraire afweging daartussen is noodzakelijk ten einde de CMSV overzichtelijk te houden, beperkt tot vooral die klassen die er in de praktijk toe doen. De overige en niet gespecificeerde klassen beschermen een dergelijke classificatie tegen holheid en wildgroei. Allerlei hulp(middelen) staan verder de codeur ten dienste, zoals trainingen en een alfabetische lijst, om binnen de eenmaal gekozen presentatievorm te kunnen opereren.

1.3 Nationale ontwikkelingen

De CMSV versie 2.6, ingangsdatum 01-01-2005, heeft naar verwachting een 'houdbaarheid' van maximaal drie jaar. Daarnaast bestaat er een duidelijke wens tot uitbreiding van de reikwijdte van de CMSV, bijvoorbeeld met verrichtingen voor de paramedische beroepen en de verpleegkunde. Bovendien zijn de inzichten aangaande de ordening van verrichtingen sinds 15 jaar in belangrijke mate veranderd. In plaats een CMSV zou een nieuwe standaard gebaseerd moeten worden op een formele terminologie. Er bestaat dan ook urgentie om in de loop van 2004 het traject van onderzoek naar de noodzaak van een revisie van de CMSV in de richting van een formele terminologie op te starten.

Met de ontwikkeling en de invoering van de DBC zal de positionering van de LMR wijzigen. Het is hierbij van belang om de revisie van de CMSV af te stemmen op de toekomstige informatiebehoefte van de zorginstellingen en de afnemers van de gegevens die m.b.v. de LMR worden gegenereerd. De verschillende gebruikstoepassingen van de DBC-systematiek, de LMR-registratie, de gedetailleerde diagnose- en verrichtingenregistraties en de onderlinge relaties hiertussen vormen hierbij een samenhangend geheel.

In bijlage 3 zijn schematisch de onderlinge samenhang, de verschillende aggregatieniveaus en het domein van de diverse classificaties weergegeven in het geïntegreerde registratiesysteem. Met de verdere ontwikkeling van een terminologie en een terminologieserver kan de betekenis van de zorginhoudelijke gegevens eenduidig worden vastgelegd, kunnen de relaties tussen de verschillende (inter)nationale classificaties en codestelsels op een consistente en efficiënte wijze worden gelegd en is een flexibele registratie, bewerking en presentatie van deze gegevens mogelijk. Door de gedetailleerde vastlegging van diagnoses en zorgactiviteiten/verrichtingen aan de bron is een geïntegreerde toepassing mogelijk.

Wijzigingen binnen de verschillende classificaties kunnen niet zonder meer worden doorgevoerd. Een trendbreuk dient te worden voorkomen met het oog op de betrouwbaarheid van gegevens op langere termijn en de doelmatigheid van toepassingen. Bij deze inventarisatie gericht op een revisie van de CMSV is het van belang om ontwikkelingen en opinies op het gebied van de registratiebelasting, het EPD en een formele terminologie te betrekken.

1.4 Internationale ontwikkelingen

Door bij een fundamentele revisie van de CMSV gebruik te maken van een formele terminologie is de uiteindelijke hiërarchische presentatie niet langer richtinggevend voor de beslissingen over indelingen, definities en termen. Geadviseerd wordt waar mogelijk op (inter)nationaal vastgestelde afspraken (ISO/CEN/NEN-normen) aan te sluiten. Voorbeelden zijn de NEN-EN 1828, de NEN-EN 18104 en de NEN-EN 12264. Op basis van dergelijke

afspraken zijn, met inzet van een (formele) terminologie en bijbehorende terminology tools, in binnen- en buitenland elektronische versies van (verrichtingen)classificaties reeds ontwikkeld en getoetst. Internationale voorbeelden² zijn onder andere de Canadese CCI (67), de Franse CCAM (91) en de Duitse interesse om voor de toekomstige herziening van de 'Duitse CMSV', de OPS-301, eveneens gebruik te maken van een formele terminologie. Op nationaal niveau kunnen de resultaten en aanbevelingen van het NICTIZ-onderzoek "Zorgbrede Terminologie" en de hieruit voortkomende SNOMED-experimenten worden genoemd³ als indicaties voor de behoefte aan een nieuwe verrichtingenstandaard op basis van een formele terminologie. Daarnaast is het project "Integratie Terminologieserver" van de Stichting CBV van belang. Binnen dit project wordt nagegaan in hoeverre de inzet van een formele terminologie een meerwaarde vormt bij het beheer, onderhoud en het gebruik van verrichtingenclassificaties en codestelsels in de praktijk.

De doelstelling van een revisie van de CMSV is te komen tot een flexibel verrichtingensysteem (i.e. de verrichtingenstandaard) voor de gezondheidszorg, minimaal bevattende een formele terminologie en de mapping van de daarin voorkomende termen naar

- de huidige omschrijvingen van verrichtingen in de CMSV (t.b.v de continuïteit in de zorginformatie);
- de beschikbare omschrijvingen van gewenste maar nu nog ontbrekende zorgactiviteiten, zoals kaakchirurgische, paramedische, verpleegkundige en gipskamerverrichtingen;
- de beschikbare omschrijvingen van zowel poliklinische als klinische verrichtingen;
- de beschrijving van alle verrichtingen die in DBC's voorkomen;
- de beschrijving van essentiële verrichtingen die gebruikt worden in de validatiemodule van de DBC-systematiek;
- de beschrijving van verrichtingen (fijnmazig niveau) in gangbare termen voor medisch specialisten en andere beroepsbeoefenaren.

De flexibiliteit bestaat hieruit dat deze verrichtingenstandaard permanent veranderd kan worden op geleide van enerzijds veranderingen in de onderliggende formele terminologie m.b.t. de opgenomen verrichtingen en anderzijds veranderingen in het taalgebruik van medisch specialisten en andere beroepsbeoefenaren. Er wordt als het ware een relatie gelegd tussen 'natuurlijke taal' en de formele representatie ervan.

Alvorens de nieuwe standaard kan worden ontwikkeld, zal er een gefaseerde voorstudie moeten plaatsvinden naar diverse aspecten. Voor de classificatietechnische aspecten kunnen de bovengenoemde ervaringen worden betrokken. Daarnaast dienen bij de fundamentele revisie (inter)nationale normen als richtlijn betrokken te worden.

1.5 Contextfactoren

Naast de classificatietechnische aspecten dienen ook de volgende bijkomende aspecten die meegenomen te worden in de besluitvorming over de toekomstige ontwikkeling van de CMSV:

1. *Informatiebehoefte m.b.t. de statistische doeleinden:*

Het is van belang om de verwerkers en gebruikers (Prismant, min. VWS, RIVM, CBS, zorginstellingen, etc.) van de CMSV-gegevens te raadplegen over de gewenste informatiebehoefte. Hierbij spelen aspecten zoals mate van gedetailleerdheid, reikwijdte en trendbreuk.

2. *Het vastleggen van medisch inhoudelijke zorgactiviteiten aan de bron;*

² Deze nummers verwijzen naar de papers en presentaties van de vergadering van het WHO-FIC Network in Keulen, oktober 2003 (www.rivm.nl/who-fic/meeting.htm).

³ NICTIZ-eindrapport "Introduction of a Clinical Terminology in the Netherlands; Needs, Constraints, Opportunities", Depts. Medical Informatics, UMC St. Radboud Nijmegen, AMC Amsterdam, versie 1.0, sept. 2003.

Wat moet de reikwijdte en de mate van gedetailleerdheid van deze vastlegging zijn? Bij reikwijdte kan gedacht worden aan uitbreiding van de CMSV met de deelgebieden kaakchirurgie, paramedische handelingen, verpleegkundige handelingen, laboratorium, etc. Hierbij betreft het een uitbreiding van de scope van voornamelijk operaties naar bredere toepassingen. Deze keuze betreft een fragiel evenwicht tussen registratielast en informatiebehoefte. Het belang van het gebruik van de zorginhoudelijke informatie in het EPD zal in de nabije toekomst zeker toenemen.

3. *Ontwikkelingen rondom de DBC-systematiek en bekostiging:*

De informatiebehoefte zal met de invoering van de DBC's bij de diverse actoren wijzigen. Er zal bij de zorginstellingen vooral behoefte bestaan aan relatietabellen vanuit de gedetailleerde vastlegging aan de bron met de typeringslijsten van de DBC's. Integratie van een formele terminologie binnen deze systematiek maakt eenmalige registratie aan de bron mogelijk. Deze werkmethode werkt efficiencyverhogend en kan de betrouwbaarheid van de data verbeteren.

2 Resultaten van de enquête

2.1 Opzet contextanalyse CMSV⁴

De CMSV heeft een belangrijke plaats ingenomen binnen de informatievoorziening in de curatieve zorgsector. Veel instellingen en organisaties hebben direct en indirect belang bij deze verrichtingenstandaard. Vanwege pragmatische redenen is gekozen voor een combinatie tussen een schriftelijke enquête gericht op het verkrijgen van enerzijds feitelijke informatie en anderzijds meer beleidsmatige en opiniërende informatie over de CMSV. De verkregen kwalitatieve gegevens zijn getoetst tijdens de consensusbijeenkomst. De combinatie van de resultaten uit de enquête en de consensusbijeenkomst dienen ter ondersteuning van verdere beleid- en besluitvorming over een nieuwe of gereviseerde (inter)nationale verrichtingenstandaard.

In het eerste deel van de enquêteresultaten (2.2) staat de vraag centraal *'waarom de CMSV (c.q. de opvolger daarvan) gebruikt zou moeten worden?'*. De uit de enquête verkregen gegevens over het gebruiksbelang van de CMSV kunnen leiden tot een (her)formulering van de doelstelling van de CMSV.

De CMSV wordt al sinds 1989 in de Nederlandse zorgsector toegepast. Van belang is om de diverse argumenten voor het gebruik van de CMSV te inventariseren. Op basis van deze informatie kan de missie en de daaraan gekoppelde visie worden ontwikkeld en uitgewerkt. Aan de hand van stellingen wordt in paragraaf 2.3 de huidige situatie en in paragraaf 2.4 de gewenste toekomstige situatie van de CMSV geschetst. De opinies m.b.t. de stellingen en de daarbij genoemde argumenten leveren zicht op de achterliggende redenen tot gebruik. In paragraaf 2.6 wordt aan de hand van de verschillende mogelijke gebruikstoepassingen de toepassingen bij de diverse respondenten geïnterviewd. In paragraaf 2.7 wordt de omvang van de huidige en toekomstige registratiebehoefte geïnterviewd: *Welke informatie willen we met het registreren verkrijgen?*

Tijdens een consensusbijeenkomst op 28 september 2004 zijn de resultaten van de enquête aan de respondenten gepresenteerd en op basis hiervan bediscussieerd. De resultaten van deze discussie hebben geleid tot een algemeen gedragen consensus over de toekomstige ontwikkelingen van de CMSV en worden in Hoofdstuk 3 nader beschreven. De resultaten van deze bijeenkomst zijn door R.E.P. Hamoen gepresenteerd tijdens het afscheidssymposium van dhr. dr. W.M.Hirs op 8 oktober 2004 te Bilthoven, zie ook www.rivm.nl/who-fic/programma.htm.

In Hoofdstuk 4 worden op basis van de resultaten de conclusies en aanbevelingen gedaan over de verdere ontwikkeling van de CMSV, c.q. een nieuwe verrichtingenstandaard.

⁴ In dit rapport mag voor CMSV ook de direct daarvan afgeleide CvV gelezen worden

2.2 Het gebruiksbelang van de CMSV voor de diverse organisaties

Wilt u aangeven waarom u het gebruik van de CMSV al of niet van belang acht?

De CMSV is van belang op het terrein van het ontsluiten van gedetailleerde medisch inhoudelijke gegevens, communicatie binnen het zorgproces, optimaliseren van de zorglogistiek en processturing, managementinformatie, bekostiging, maatschappelijke verantwoording en wetenschappelijk onderzoek. Dit belang geldt vooral op mesoniveau (tussen zorgverleners en binnen zorginstellingen) en macroniveau (brancheorganisaties en wetenschappelijke instituten) verantwoording, beleidsvorming en onderzoek.

Bij de dossiervorming van de unieke gedetailleerde patiënteninformatie, het microniveau, vervult de CMSV momenteel een minder dominante rol.

De respondenten geven aan een breed draagvlak te hebben voor de CMSV.

Bij de gebruikers van de CMSV kunnen verschillende groepen worden onderscheiden:

1. De *zorgprofessionals* actief binnen het zorgproces. Naast de medisch specialisten kunnen ook andere professionals actief op het terrein van de care, cure en ondersteuning worden onderscheiden.
2. De *zorginstelling* levert als organisatie in zijn geheel een zorgproduct; dit laatste past ook in de lijn van het Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf (GMSB) en de Diagnose Behandeling Combinatie (DBC). Prismant levert spiegelinformatie aan de zorginstellingen en maakt hierdoor benchmarking mogelijk.
3. De *zorgverzekeraars* hebben belang bij het inzicht in de aard en omvang van de benodigde zorg, veelal gekoppeld aan instellingen en regio's.
4. De *publieke organisaties* vervullen de maatschappelijke en politieke taak om de zorgsector te controleren (verantwoording) en eventuele keuzes te onderbouwen. Hierbij is betrouwbare informatie op het gebied van de epidemiologie, medische inhoud en financiën van belang.
5. De *wetenschappelijke organisaties* zoals het CBS en het RIVM dragen zorg voor een objectieve informatievoorziening door de diverse gegevensbronnen te verwerken, met elkaar in verband te brengen en te verweven en aansluitend te presenteren tot begrijpbare en relevante informatie.

Het registreren van zorgactiviteiten en verrichtingen heeft meerdere doelstellingen. In de eerste plaats is het van belang dat de zorginhoudelijke gegevens van de individuele patiënt in het (elektronische) patiënten dossier gedetailleerd en bij voorkeur ook gecodeerd kunnen worden vastgelegd. De CMSV wordt door de zorgprofessionals (medisch specialisten) tijdens het primaire zorgproces slechts in geringe mate gebruikt om de verrichtingen te registreren. De CMSV vervult een belangrijke rol in het ontsluiten en aggregeren van deze gedetailleerde gegevens.

De paramedische beroepsgroepen gebruiken veelal zelf ontwikkelde classificaties om het diagnostisch-, preventief- en therapeutisch handelen vast te leggen. De vastlegging van medische handelingen verricht door het verzorgende personeel wordt veelal niet geregistreerd m.b.v. codestelsels en/of classificaties.

De registratie ten behoeve van de facturatie gebeurt aan de hand van de CTG-codes.

Binnen 40 zorginstellingen wordt het CBV-bestand gebruikt bestaande uit de CBV-registratiecodelijst, CTG-codelijst, de Classificatie van Verrichtingen (CvV) als afgeleide van de CMSV en verschillende onderlinge relatietabellen. Slechts een deel van de totale omvang van de CBV-registratiecodes kan aan de hand van de relatietabel verwijzen naar de CvV.

Vooraf de verrichtingen uitgevoerd door de paramedische beroepsgroepen, ondersteunende

diensten, de verpleging en verzorging ontbreken in de huidige CMSV/CvV. De registratie van de CvV t.b.v. de Landelijke Medische Registratie (LMR) vinden in de meeste gevallen achteraf plaats door de medische codeurs van de afdeling zorgadministratie. Dit wordt gedaan op basis van door de artsen opgestelde en geautoriseerde documenten, zoals operatieverslagen en/of ontslagbrieven.

Het gebruiksbelang van de CMSV ligt ten principale niet op het terrein van de gedetailleerde bronregistratie maar vooral op het terrein van de diverse afgeleide *doelstellingen* ten behoeve van intern en extern gebruik.

1. Declaratie en facturatie

De declaratie en facturatie zal met de invoering van de DBC-systematiek gebeuren aan de hand van de DBC-systematiek. Binnen de validatiemodule wordt de DBC-verrichtingentabel (een selectie van de CTG-codelijst) gebruikt, om de 'zwaarte en waarde' van de geleverde zorg te correleren met de prestatiecode en te vertalen naar een declaratiecode met tarief. De DBC-verrichtingen tabel voldoet (nog) niet aan de (inter)nationale informatiebehoefte. De vervlechting van de bronregistratie met de diverse afgeleide registraties voorkomt upcoding en onbetrouwbare informatiestromen.

2. Communicatie

De diverse professionele beroepsgroepen noemen de CMSV als belangrijke classificatie om de communicatie tussen zorgprofessionals en/of instellingen te ondersteunen. Hierbij kan gedacht worden aan de intercollegiale samenwerking binnen en tussen zorginstellingen in de vorm van het overdragen van gestructureerde zorginhoudelijke informatie bij verwijzing, consultatie, ontslagrapportage etc..

3. Processturing

Binnen de zorgsector is veel aandacht voor optimalisering van de logistiek rondom de zorgprocessen. Een doelmatige en efficiënte inzet van bronnen maakt het mogelijk om de schaarse middelen optimaal te gebruiken.

De aandacht voor kwaliteit, effectiviteit en efficiency resulteert in protocollering en 'best practise' situaties. Bij dergelijke projecten is het van essentieel belang dat de gegevens gebaseerd zijn op medisch inhoudelijke aspecten en onderling goed vergelijkbaar en betrouwbaar zijn.

4. Research en opleiding

Binnen zorginstellingen uitgevoerde wetenschappelijke onderzoeken, opleidingssituaties en casemix-analyses vereisen een gestandaardiseerde classificatie waardoor objectieve vergelijkingen en herhaling van onderzoeken mogelijk wordt gemaakt.

Indien er internationale vergelijkingen worden uitgevoerd en/of meegewerkt wordt aan Randomized Clinical Trials (RCT) dient er een aansluiting te bestaan met (inter)nationale standaarden.

5. Publieke verantwoording d.m.v. gezondheidsstatistieken en gezondheidsevaluaties

De besteding van algemene middelen aan de gezondheidszorg, het zorggebruik en de kosten, dient maatschappelijk verantwoord te worden. De ontwikkelingen op het terrein van de gezondheidszorg gaan snel en zijn dynamisch. De gevolgen kunnen effect hebben op het gezondheidszorgbudget, de beschikbaarheid en toegankelijkheid. Ontwikkelingen op het terrein van de gezondheidszorg worden nauwkeurig gevolgd en de prognoses zijn bepalend voor het opstellen van nieuw beleid en de besluitvorming.

De presentatie van deze gezondheids(zorg)informatie wordt de laatste jaren - naast schriftelijke rapportages - veelal via internetsites van het CBS en RIVM op een interactieve manier aangeboden. De informatie kan worden ontsloten op bijvoorbeeld geslacht, leeftijd, regio, diagnose, verrichting, etc. (zie ook www.cbs.nl en www.rivm.nl).

6. Landelijke Medische Registratie (LMR)

De LMR is een registratie waaraan alle academische en algemene ziekenhuizen deelnemen. In de LMR wordt van iedere opname een aantal gegevens vastgelegd, zoals: gemeente van herkomst, leeftijd, ziekenhuis, specialisme, verpleegduur, diagnoses (Classificatie van Ziekten – ICD-9) en verrichtingen (CvV). Op basis van de geregistreerde informatie worden productiecijfers, verpleegduren, patiëntstromen e.d. berekend. Deze informatie wordt gebruikt om ziekenhuizen en specialismen te informeren over wat ze geproduceerd hebben in vergelijking met voorgaande jaren, vergelijkbare ziekenhuizen en landelijke gemiddelden. Via de benchmarking kan de positie van de eigen instelling gespiegeld worden aan die van vergelijkbare instellingen.

Informatie uit de LMR wordt ook gebruikt door bijvoorbeeld overheden (zoals ministeries, adviesorganen en het CBS), bedrijven, industrie, zorgverzekeraars en onderzoeksinstituten (zoals universiteiten en het RIVM). Zij gebruiken de informatie bijvoorbeeld voor epidemiologisch onderzoek, om te berekenen hoe vaak een bepaalde diagnose of verrichting voorkomt of om de effectiviteit van maatregelen ter bevordering van de verkeersveiligheid te beoordelen.

De LMR bestaat al sinds 1963 en wordt momenteel beheerd door Prismant.

De hiervoor beschreven doelstellingen van de CMSV zijn gedestilleerd uit de door de respondenten aangegeven gebruiksdoelen. Het NPi heeft een Classificatie Verrichtingen voor de diëtetiek ontwikkeld en heeft hiervoor de doelstellingen geformuleerd (zie bijgaand tekstvak). Ook dit voorbeeld illustreert dat een nieuwe verrichtingenstandaard in potentie een heel gamma aan doelstellingen kan dienen.

Doelstellingen van de Classificatie Verrichtingen voor de diëtetiek:

zorgverlening/hulpverlening:

- het leveren van een bijdrage aan de weergave van de vorm en inhoud van de geboden zorg aan de individuele patiënt/cliënt (het volgen van de individuele patiënt/cliënt) of van patiënt/cliëntgroepen;
- het bevorderen van (multidisciplinaire) protocollering;
- het mogelijk maken van onderlinge toetsing;
- het bevorderen van consensusvorming;
- het bevorderen van een bewustwordingsproces ten aanzien van de vaak impliciete keuze die gemaakt worden in het kader van zorg-/hulpverlening.

informatie-uitwisseling:

- het bevorderen van eenduidige communicatie, zowel intra- en inter- als multidisciplinair;
- het mogelijk maken van een correcte verwijzing en rapportage;
- het inzicht geven aan verwijzers, andere hulpverleners en zorgverzekeraars in de door de verschillende beroepsgroepen toegepaste verrichtingen.

(wetenschappelijk) onderzoek / statistiek:

- het bevorderen van (wetenschappelijk) onderzoek door het ter beschikking hebben van eenduidige terminologie ten aanzien van de aard van de zorg het geven van inzicht in vorm en inhoud van het diëtistisch zorg-/hulpverleningsproces;
- het bevorderen van het op eenduidige wijze verzamelen van verrichtingen ten behoeve van epidemiologische gegevensverzameling.

planning en beleid:

- het bijdragen aan de plaatsbepaling van de diëtist in de gezondheidszorg;
- het leveren van ondersteuning bij activiteiten in het kader van interne budgettering, werklustbewaking, personele planning etc.

het bijdragen aan kwaliteitsbevordering, -beheersing en -bewaking in de diëtetiek in het algemeen.

Bron: Nederlands Paramedisch instituut

2.3 Stellingen m.b.t. de CMSV huidige situatie

Aan de hand van een zevental stellingen wordt de huidige en toekomstige plaats van de CMSV, c.q. de nieuwe verrichtingenstandaard in relatie met mogelijke beïnvloedende factoren binnen de curatieve zorgsector gepositioneerd. De respondenten zijn uitgenodigd om de mening te onderbouwen met argumenten. De *citaten* zijn *cursief* weergegeven.

Stelling 1: ‘De CMSV heeft tot op heden een waardevolle rol vervuld binnen de informatievoorziening binnen de curatieve zorgsector’.

Mee eens; met name m.b.t. de rol in de Landelijke Medische Registratie.

De rol van de CMSV binnen de informatievoorziening wordt door alle respondenten als waardevol omschreven. De plaats van de CMSV binnen de Landelijke Medische Registratie wordt als zeer waardevol gezien. De met de CMSV verkregen informatie geeft zicht op een belangrijk deel van de kosten van de geleverde zorg binnen de curatieve zorgsector op geaggregeerd niveau.

De respondenten geven hierbij de volgende aandachtspunten aan (*citaten*):

- *Wij zijn van mening dat zowel de DBC’s als de CMSV afgeleid zouden moeten kunnen worden uit een eenmalige basisregistratie van verrichtingen aan de bron (ziekenhuizen/specialisten).*
- *Deze basisregistratie zal daarbij enerzijds gedetailleerd genoeg moeten zijn om de verschillende afleidingen mogelijk te maken, maar anderzijds ook voldoende moeten aansluiten bij de gehanteerde terminologie in de praktijk (specialisten, ziekenhuizen). Formeel hiërarchische systemen zijn daarom misschien te veel gevraagd. Mede gezien de huidige grote druk op ziekenhuizen/specialisten om de DBC-systematiek in te voeren lijkt het zinvol om niet te veel overhoop te halen en zoveel mogelijk aan te sluiten bij wat al gebruikt wordt.*
- *Er wordt inzicht verkregen op de geleverde zorg op geaggregeerd niveau; dit heeft consequenties voor de diverse afgeleide doelstellingen.*

Stelling 2: ‘De CMSV zal naar verwachting in de toekomst noodzakelijk blijven’.

Ja, rekening houdend met de DBC-systematiek, ontwikkelingen op (internationaal)classificatiegebied en het uitvoeren van de noodzakelijke aanpassingen van de CMSV.

De respondenten zijn van mening dat de CMSV in de toekomst noodzakelijk zal blijven. Als beïnvloedende factoren worden de relatie met de DBC-systematiek, internationale ontwikkelingen op classificatiegebied en de reikwijdte in het gebruik genoemd.

De integratie van de registratie t.b.v. verrichtingenregistraties en de DBC’s wordt als een belangrijke kans gezien om de registratielast te verminderen.

Internationale ontwikkelingen op het gebied van classificaties zijn belangrijk om te volgen, aangezien vergelijkbaarheid van de verkregen statistische gegevens tussen verschillende landen mogelijk moet zijn. Eventuele trendbreuken in tijd moeten worden opgevangen door het mappen van de te vangen classificatie met de nieuwe classificatie.

De reikwijdte in het gebruik van de registratie dient te worden uitgebreid met het vastleggen van de poliklinische verrichtte verrichtingen. Uitbreiding van de CMSV met paramedische en verpleegkundige verrichtingen vergroten het inzicht in de omvang en kosten van het zorgpraktijk.

De respondenten geven hierbij de volgende aandachtspunten aan (*citaten*):

- *Naar mijn mening moeten de verrichtingen zoals opgenomen in de DBC's worden afgestemd op de CMSV.*
- *De CMSV moeten worden aangevuld met bijvoorbeeld paramedische en verpleegkundige verrichtingen.*
- *In het kader van DBC zal het abstractieniveau globaal zijn, bij onderzoek naar het effect van een specifieke verrichting kan het noodzakelijk zijn om de verrichting op heel gedetailleerd niveau te beschrijven. Ik denk dat het verstandig is om één gedetailleerde classificatie verrichtingen te blijven hebben, van waaruit ook globale indelingen kunnen worden gedestilleerd.*
- *...Mits de CMSV ook wordt gebruikt op de polikliniek.*
- *...Mits de CMSV ook wordt opgenomen in c.q. gekoppeld aan de Minimale Data Set van de DBC.*
- *...Tenzij nieuwe internationale standaard beschikbaar komt.*

Stelling 3: 'De met de CMSV verkregen gegevens zijn relatief – in vergelijking met andere codesystemen – betrouwbaar'

Wisselende reacties van 'eens' tot 'neutraal' en 'geen mening'. De classificatietechnische en medisch inhoudelijke aspecten worden als positief beoordeeld. Vanwege het ontbreken van (wetenschappelijke) analyses is een objectief standpunt niet mogelijk.

De reacties van de respondenten op deze stelling zijn wisselend.

Een deel van de respondenten is eens met deze stelling en geeft hierbij de volgende argumenten (*citaten*):

- *De CMSV is een classificatie met een gedetailleerde indeling met eenduidige codes.*
- *De CMSV is ontstaan vanuit een medische inhoudelijke invalshoek, i.t.t. een codesysteem op financiële basis zoals de CTG lijst.*

De overige reacties zijn 'neutraal' of 'geen mening', waarbij de volgende argumenten zijn genoemd (*citaten*):

- *Niet alle codesystemen zijn bekend. Ik kan dus geen mening geven.*
- *Vind ik lastig te beoordelen. Ik ken geen onderzoek waar dat is gecheckt.*

Stelling 4: 'De rol van de CMSV kan op termijn overgenomen worden door registratie met behulp van de DBC-systematiek'.

Oneens, de kwaliteit verkregen met de huidige DBC-systematiek voldoet niet aan de eisen die aan zorginhoudelijke informatie gesteld worden.

Stelling 4 is een opinie die binnen de zorgsector met de nodige regelmaat bij de discussie over de invoering van de DBC-systematiek wordt betrokken. De opinie is ingegeven door de

maatschappelijke discussie over de wens tot vermindering van de registratielast. Commissie de Beer heeft in 2002 in haar rapport *“Minder regels, Meer zorg”* de bakens gezet om te komen tot een terugdringing van de administratieve lasten binnen de zorgsector. De feitelijke stellingname hierbij is dat de beschikbaar komende informatie vanuit de DBC-registratie binnen het DBC Informatie Systeem (DIS) de registratie t.b.v. de LMR kan vervangen. Het CBS en RIVM nemen hierin een gezamenlijk standpunt in en zijn bezorgd over de toekomstige betrouwbaarheid van de informatie.

De respondenten zijn het oneens met deze stelling. Hierbij worden de volgende argumenten gebruikt (citaten):

- *De beschrijving in de DBC-systematiek zal relatief globaal zijn; er is behoefte is aan een meer gedetailleerde classificatie.*
- *De DBC is primair financieel afrekenstelsel, met de CMSV worden feitelijke zorginhoudelijke handelingen geregistreerd.*
- *DBC's zijn een bekostigingsinstrument en moet worden afgeleid/afgetakt van een goede primaire registratie van het zorgproces aan de bron.*
- *De CMSV een medisch inhoudelijke invalshoek heeft, de DBC een financiële. Voor het vastleggen van medische gegevens is de medisch inhoudelijke invalshoek de enig juiste.*
- *De DBC-systematiek gaat uit van verschillende typeringslijsten per (poort)specialisme; uniformiteit en standaardisatie van deze typeringslijsten ontbreekt.*
- *Er zal een trendbreuk ontstaan waardoor de vergelijkbaarheid en betrouwbaarheid van de gegevens onmogelijk wordt.*
- *De DBC-systematiek mengt diagnose en behandeling.*
- *De DBC's zijn veel te grof.*
- *De mate van gedetailleerd bij het vastleggen is te beperkt, om zodoende relevante informatie uit de DBC-systematiek te kunnen genereren.*

Stelling 5: 'De CMSV kan als één classificatie meerdere gebruiksdoelen dienen'.

Mee eens, indien aan goed geformuleerde randvoorwaarden wordt voldaan.

Het gebruik van classificaties en codestelsels voor meerdere doeleinden is een belangrijke eis bij de gebruikers en komt tegemoet aan het streefdoel om te komen tot een vermindering van de administratieve last. Het is van belang om aan deze wens tegemoet te komen om specifieke vraagstellingen te kunnen beantwoorden. Hierbij is het belangrijk dat er verschillende abstractieniveaus mogelijk zijn. Dit wordt mogelijk gemaakt door bij een nieuwe opzet van de CMSV een multi-axiale structuur en een hiërarchische opbouw toe te passen.

De respondenten geven hierbij de volgende argumenten en voorwaarden aan (citaten):

- *Als bij het **maken** van een classificatie die doelen in het vizier worden gehouden is het m.i. mogelijk om dit voor elkaar te krijgen.*
- *Ik denk wel dat er verschillende abstractieniveaus mogelijk moeten zijn. Dat betekent dat de classificatie hiërarchisch moet zijn opgebouwd. Je moet kunnen kiezen voor bijvoorbeeld de verrichting total hip, maar ook voor een nauwkeuriger omschrijving van het type total hip. In een multi-axiale classificatie moet de noodzaak hiervoor per as bekeken worden.*
- *M.i. blijft het hoofddoel voornamelijk uniforme vastlegging tbv onderlinge vergelijkbaarheid.*

- *CMSV is veel gedetailleerder dan de DBC-systematiek (CTG-codes), waardoor het mogelijk is 'mappings' op de CMSV te maken die meerdere gebruiksdoelen dienen.*
- *Voor de registratie aan de bron blijft het CBV bestand uitermate geschikt (nieuwe gegevens kunnen snel worden opgenomen). Men kan de CMSV echter wel als registratie aan de bron gebruiken (perifere ziekenhuizen).*
- *Doelen:...interne en externe informatievoorziening betreffende de verrichtingen.*
- *Doelen:...vastlegging zorgproces, bekostiging, wetenschappelijk onderzoek, et cetera.*

2.4 Stellingen m.b.t. de CMSV nieuwe situatie

Om de CMSV in de toekomst de meest optimale functie te kunnen laten vervullen moet er aan bepaalde randvoorwaarden worden voldaan. Onderstaande stellingen zijn er opgericht om deze randvoorwaarden te inventariseren.

Stelling 6: 'Registratie met de CMSV kan geïntegreerd worden met de DBC-systematiek'.

De respondenten onderkennen de noodzaak van een geïntegreerde registratiesystematiek maar stellen daarbij specifieke randvoorwaarden.

Deze stelling is niet concreet genoeg gebleken voor de respondenten om een duidelijk standpunt in te nemen. De aangedragen argumenten geven des te sterker de kern van de problematiek weer. Samengevat kan de term 'integratie' op twee manieren worden opgevat. De **eerste** visie betreft de situatie waarbij de CMSV als stelsel op zich gaat functioneren als verrichtingenregistratie aan de bron en enerzijds functioneert als kostendrager binnen de DBC-systematiek en anderzijds als zorginhoudelijke informatiebron.

De **tweede** visie beschrijft de situatie waarbij de verrichtingenregistratie aan de bron zowel een relatie heeft met de DBC-systematiek (doel: drager t.b.v. declaratie en facturatie) als met de CMSV (doel: vastlegging van zorginhoudelijke informatie).

De mogelijkheden en beperkingen van de hier genoemde methodieken worden gestuurd door het vereiste detailniveau van de classificatie en/of codestelsel m.b.t. de zorginhoudelijke informatie en de noodzaak tot opname van kostenbeïnvloedende kenmerken.

Bij toepassing van de methodiek o.b.v. de eerste visie zijn de verschillende eigenschappen en doelstellingen moeilijk te combineren zonder dat er conflicten en/of dubbelzinnigheden in een dergelijk stelsel ontstaan.

Het leggen van relaties tussen diverse codestelsels en classificaties maakt het mogelijk om aan de hand van een gedetailleerde bronregistratie (bijvoorbeeld CBV-registratiecodes, vakgebied specifieke codestelsels) te 'mappen' (relatietabellen) met een zorginhoudelijke classificatie (bijvoorbeeld CMSV) en een financieel codestelsel (bijvoorbeeld: DBC-verrichtingentabel/ CTG-codes). De relaties tussen de diverse stelsels worden dus op financiële of zorginhoudelijke gronden gelegd (zie bijgaande figuur). Er vindt bij de tweede visie geen vermenging plaats tussen medisch inhoudelijke en financiële kenmerken. Deze benaderingswijze wordt ook gezien bij de zorginhoudelijke informatiestromen zoals 'diagnose' en 'zorgvraag' m.b.t. de DBC-systematiek.

De hier onderkende relatie tussen het 'financiële beheer' en de 'medische inhoud' wordt ook gezien binnen het geïntegreerde medisch specialistische bedrijf.

Argumenten en opmerkingen m.b.t. visie één:

- *Als het vastleggen van verrichtingen nog een ander doel dient dan alleen het genereren van budget dan is wellicht een hoger detailniveau relevant.*
- *DBC is uitsluitend financieel gericht.*
- *Nadat de behandelas van de DBC rigoureuus is uitgebreid zullen DBC's medisch inhoudelijk gericht worden ipv financieel. Dit laatste zal m.i. niet gebeuren omdat dan het voordeel van snel kunnen registreren niet meer zal bestaan wegens de uitgebreidheid van het systeem.*

Argumenten en opmerkingen m.b.t. visie twee:

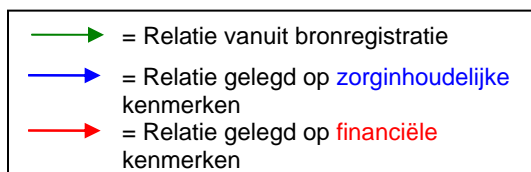
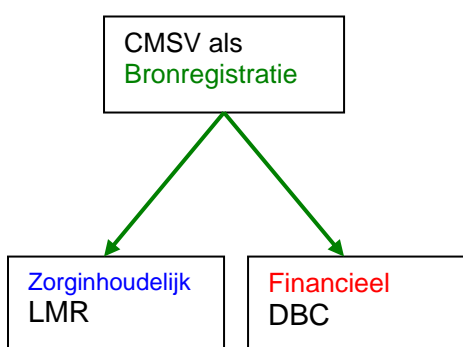
- *Codes in de DBC-systematiek (DBC-verrichtingen) zijn onvergelijkbaar met de CMSV.*

- *Er moet een bestand aanwezig zijn die beide codesystemen aan elkaar koppelt.*
- *Financiële incentives bij de registratie dienen te worden voorkomen (tegengaan van upcoding).*

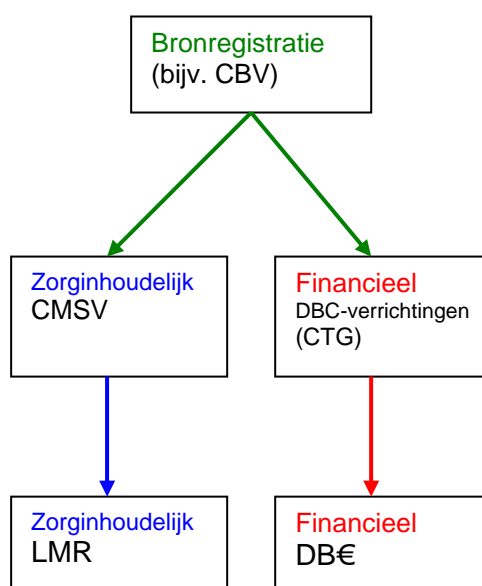
Algemene aandachtspunten:

- *Controle op invoer zal uitgebreid moeten plaatsvinden, ervan uitgaande dat de DBC door de specialist wordt ingevuld.*
- *Maar dan moet de poliklinische behandelingen worden opgenomen*
- *Het toekennen en registreren van codes m.b.v. de CMSV moet aan de volgende voorwaarden voldoen:*
 - *Toekennen codes door inhoudelijke deskundigen;*
 - *Toekennen zonder last van niet-medische overwegingen (bijvoorbeeld bekostigingsstructuur rond behandeling);*
 - *Toekenning vindt plaats op het meest gedetailleerde niveau van CMSV.*

Visie 1:



Visie 2:



Stelling 7: 'De CMSV kan binnen een geïntegreerd zorginformatiesysteem (middels relatietabellen) voldoen aan verschillende soorten informatiebehoeften.

Mee eens, indien aan goed geformuleerde randvoorwaarden op het terrein van beheer en onderhoud wordt voldaan.

De respondenten onderschrijven unaniem het belang van de CMSV op het terrein van de vastlegging van de verrichtingen en het voorzien in de diverse informatiebehoeften op zorginhoudelijk niveau. Deze stelling sluit aan bij visie twee zoals weergegeven bij de vorige stelling.

Het geïntegreerde zorginformatiesysteem moet uitgaan van de meest gedetailleerde registratie. De gewenste doelstellingen moeten ondersteund worden o.b.v. verschillend detailniveau en/of clustering. Tevens kan het gewenst zijn dat er voorzien wordt in informatiebehoeften op maat.

De respondenten geven hierbij de volgende argumenten en voorwaarden aan (citaten):

- *...rekening houdend met het gewenste detailniveau*
- *CMSV-code moet uitgangspunt zijn bij toekenning, de DBC-systematiek (en andere minder gedetailleerde indelingen) zijn de afgeleide (andersom kan niet ivm verschil in detaillering)*
- *De relatietabellen tussen CMSV en DBC dienen eenduidig en consistent te zijn over langere periode.*
- *Relatietabellen zijn openbaar, en via handige tool elektronisch beschikbaar.*
- *Toekennen codering CMSV moet zonder bias/incentives voor de toekenner gebeuren.*
- *De conversies moeten eenduidig zijn.*
- *Indien de CMSV als basissysteem gebruikt dan mogen alleen 1op1 en n:1 relaties mogelijk zijn.*
- *Voorwaarde is het goed onderhouden van de relatietabellen.*
- *Ook registratie op de polikliniek.*
- *Koppelingen met tarieven en declaraties.*

2.5 Overige opmerkingen over de doelstellingen van de CMSV

De respondent van het Nederlands Paramedisch instituut (NPI) stelt dat *‘voor de paramedische zorg de huidige CMSV van beperkt belang is. Worden de eigen (paramedische)verrichtingen ook opgenomen in de CMSV dan neemt het belang sterk toe.’*

Een andere respondent merkt op dat de *‘Privacy registratie waarin de CMSV gebruikt wordt netjes geregeld moet worden, maar geen struikelblok mag zijn voor het wetenschappelijke gebruik van gegevens.’*

Over het gebruik van de CMSV als bronregistratie in relatie tot het detailniveau:

‘Ik denk dat we ons eens zeer goed moeten beraden over wat we willen met de CMSV. Ik heb deze classificatie onlangs ingevoerd binnen ziekenhuis X en wat het meeste opvalt is dat ik onmiddellijk na de invoer werd overstelpt met aanvragen voor nieuwe codes. In totaal heb ik sinds de invoering ongeveer 600 codes bij moeten maken. Mijn verwachting is dat verreweg het grootste deel van de CMSV-codes niet gebruikt zal worden. De conclusie is dat een landelijk classificatiesysteem niet kan voldoen aan de behoefte van een specifiek ziekenhuis of van een beroepsgroep. Het is of te uitgebreid of te summier, kortom het is nooit goed. Dit is niet alleen bij ons het geval maar veel ziekenhuizen hebben veel eigen extensies. Naar mate de gedetailleerdheid van de CMSV toeneemt, neemt ook het aantal "eigen" codes toe. Gevolg van de grote mate van detail is ook dat de "houdbaarheid" van de classificatie afneemt.

Ik vraag me ook af of de detaillering nodig is voor L.M.R. Voor het gebruik van LMR-gegevens binnen ziekenhuis X lijkt het me in ieder geval niet nodig. Ook voor instanties als CBS e.d. kan ik me niet voorstellen dat ze tot op 3 cijfers achter de komma alles moeten weten. Bovendien neemt de kans op fouten toe en de kans dat er codes gebruikt worden die inhoudelijk dicht in de buurt komen, maar het net niet zijn. Ook moet je vaker uitwijken naar overige codes.

Ik ben dus voorstander voor het vereenvoudigen van de CMSV tot op bijvoorbeeld 4-cijfernivo. Alleen de meest essentiële kenmerken opnemen zoals anatomische structuur en de aard van de verrichting. Ik vind het zonde om 1 positie te besteden aan het doel van de verrichting mede omdat dit vaak niet goed te bepalen is, een diagnostisch bedoelde verrichting kan best ook preventief of therapeutisch zijn.

Mijn ervaring is ook dat codeurs weliswaar goed met de classificatie kunnen werken maar als artsen moeten coderen dan is de classificatie voor velen of veel te uitgebreid of ze herkennen zich niet erin.’

2.6 Gebruik CMSV

Het tweede deel van deze enquête betreft de vraag 'Waarvoor gebruiken we de CMSV?' De CMSV wordt momenteel voor meerdere doeleinden gebruikt. Deze doeleinden zijn mede bepalend voor de reikwijdte en het eventuele verdere ontwerp van de CMSV. Naast de primaire doeleinden (bijv. LMR) zijn er ook afgeleide doeleinden (bijv. Planning&Control, opleiding, statistiek, etc.).

Het gebruik van de CMSV voor medisch inhoudelijke verslaglegging (patiëntenstatus / EPD):

- *Termen uit de CMSV zijn – samen met termen uit o.a. de ICD-10 – verwerkt in een Classificatie Medische Termen (CMT) voor verschillende paramedische beroepen. Een selectie daaruit kan worden gebruikt bij verslaglegging om de verwijsdiagnose, de medische geschiedenis en nevenpathologie. Hiervan wordt nog maar heel beperkt gebruik gemaakt.*
- *Namelijk in het Z.I.S. t.b.v. vervolgonderzoek, beleidvraagstukken e.d.*

Het gebruik van de CMSV voor externe verantwoording (bijv. LMR):

- *Ten principale voor de LMR / landelijke terugrapportage.*
- *Levering prestatie-indicatoren.*

Het gebruik van de CMSV voor statistische doeleinden:

- *Niet direct voor registratiedoelstellingen, wel als afgeleide voor verdere bewerking zoals wetenschappelijk onderzoek, statistiek e.d.*
- *Populatiestatistieken over verrichtingen en prijs/volume indices voor de zorg.*

Het gebruik van de CMSV voor onderwijsdoeleinden:

- *Wordt bij onderwijs over eenheid van taal genoemd, maar er gaat veel meer aandacht uit naar de eigen verrichtingenclassificatie en naar de ICF*
- *Voor o.a. visitaties.*

Het gebruik van de CMSV voor wetenschappelijk onderzoek:

- *Voor zover het nodig is om medische verrichtingen vast te leggen in het kader van onderzoek naar paramedische zorg kan de CMSV worden gebruikt (bijv. voor het vastleggen van de verwijsdiagnose). Zoals gezegd wordt voor paramedici de CMSV pas echt interessant, ook in het kader van onderzoek, als de paramedische verrichtingen zijn toegevoegd.*
- *Kosten van Ziekten studie, Volksgezondheid Toekomst Verkenningen.*
- *Gegevensanalyses binnen instellingen t.b.v. wetenschappelijke publicaties.*

Het gebruik van de CMSV voor financiële doeleinden:

- *De financiering van paramedische zorg is niet direct gebaseerd op medische verrichtingen.*
- *De vastgelegde codes worden vertaald naar C.T.G-code's t.b.v. de debiteurenadministratie.*
- *Indirect via koppeling met de DBC-behandelas.*

Het gebruik van de CMSV in relatie met Diagnose Behandeling Combinatie

- *In de DBC's zitten nog geen paramedische verrichtingen, paramedische zorg wordt betaald vanuit de ziekenhuisopslag. Er zijn in den lande wel initiatieven om paramedische zorg te koppelen aan DBC's maar daar gaat het vaak om hoeveelheid tijd.*

- *In de toekomst tbv Kosten van Ziekten studie, Volksgezondheid Toekomst Verkenningen*
- *De gekoppelde CTG-codes worden gebruikt voor de validatie en bepalen kostprijs.*

Het gebruik van de CMSV voor management doeleinden

- *Voor interne managementdoeleinden binnen de datawarehouse omgeving.*
- *De spiegelinformatie gepresenteerd door Prismant als benchmarkinginstrument.*

Het gebruik van de CMSV voor logistieke doeleinden (bijv. sturing van zorg)

- *O.a. voor planning bij geplande uitbreiding/verbouwing van het ziekenhuis.*

Het gebruik van de CMSV voor kwaliteitszorg doeleinden

- *Wordt gebruikt t.b.v. de prestatie-indicatoren.*

Zie voor nadere informatie de volgende websites:

Internetadres:

www.cbs.nl/nl/cijfers/themapagina/gezondheid/1-cijfers.htm

www.rivm.nl/kostenvanziekten/site_nl/index.htm

www.rivm.nl/vtv/data/site_algemeen/cvtv.htm

www.prismant.nl

www.veiligheid.nl

www.cbv.nl

www.rivm.nl/who-fic/

Onderwerp:

Wetenschappelijk onderzoek en statistiek
o.b.v. de CMSV

Wetenschappelijk onderzoek en statistiek
o.b.v. de CMSV

Wetenschappelijk onderzoek en statistiek
o.b.v. de CMSV

Landelijk Medische Registratie (algemeen)

Ongevalcijfers (verkeer, kind, werk, etc.)

o.b.v. LMR data

CMSV beheerder

WHO Family of International Classifications

2.7 Inhoud en vorm van de toekomstige CMSV

Het derde deel van de enquête is bedoeld om de omvang van de huidige en toekomstige registratiebehoefte te inventariseren: *Welke informatie willen we met het registreren verkrijgen?*

Hierbij is het van belang om de *breedte* van de classificatie (welke disciplines / hoofdstukken worden in de CMSV opgenomen?) en de *diepte* van de classificatie (de mate van gedetailleerdheid) vast te stellen.

Om de huidige en toekomstige registratiebehoefte van zorgactiviteiten te inventariseren is bij de specifieke vraagstelling uitgegaan van de huidige indeling van de CMSV.

Domein van de CMSV

De huidige CMSV is gericht op verrichtingen die betrekking hebben op de directe patiëntenzorg. Naast de directe patiënt gerelateerde handelingen is er ook sprake van indirecte activiteiten die beslag leggen op de arbeidstijd en kosten. In dit kader kunnen de volgende activiteiten genoemd worden: patiënten overdracht, multidisciplinaire patiënten besprekingen, ondersteuning bij opleiding, deskundigheidsbevordering, vervaardiging van hulpmiddelen (prothesen).

Bij de afbakening van het domein van de CMSV is het van belang om de volgende twee aspecten mee te wegen:

1. *Uniformiteit in het gebruik.* Een breed en algemeen gebruik van de CMSV is van groot belang. De verkregen informatie van de verschillende instellingen is hierdoor onderling vergelijkbaar en bij een kwalitatief goed beheer en onderhoud is het mogelijk om de gegevens longitudinaal te vergelijken.
2. *Domeingebonden classificaties.* Afhankelijk van de domeinkeuze is het mogelijk om meerdere aanvullende classificaties te gebruiken. Ieder vakgebied heeft weer specifieke kenmerken en heeft te maken met herkenbaarheid en draagvlak binnen de beroepsgroep. Dit aandachtspunt heeft vooral betrekking op de keuzes die gemaakt moeten worden m.b.t. de verbreding.

Het 'landschap' van classificaties en codestelsels is omvangrijk en complex. Naast de landelijke classificaties en codestelsels ontwikkelen diverse beroepsgroepen ook specifieke systemen. De kwaliteit van deze stelsels en gebruikstoepassingen variëren sterk. Het landelijke Standaardisatie Organisatie Overleg (SOO) is het platform waarbinnen een deel van de organisaties participeren. Van een centrale aansturing is geen sprake. De verdere ontwikkeling en implementatie van classificaties in Nederland vereist een strikte regie, rekening houdend met de belangen van de diverse organisaties.

Reikwijdte van de CMSV

Naast de verrichtingen uitgevoerd door specialisten zijn er veel verrichtingen die parallel hieraan worden verricht en/of ter ondersteuning van het primaire proces worden uitgevoerd. Het onderscheid tussen diagnostische, therapeutische en operatieve verrichting is door vernieuwing en ander gebruik van de technieken vaak niet meer te maken. Zo vindt de combinatie van diagnostische en therapeutische doelstellingen binnen één verrichting steeds frequenter plaats.

De in de CMSV beschreven verrichtingen leveren een essentiële bijdrage aan de inhoud en kosten van de geleverde zorg, maar is zeker (nog) niet volledig. Een uitbreiding van de CMSV wordt door meerdere respondenten genoemd en heeft betrekking op de terreinen van:

- de paramedische vakgebieden zoals diëtetiek, ergotherapie, logopedie, fysiotherapie;
- ondersteunende diensten zoals laboratorium, radiodiagnostiek en nucleaire geneeskunde;
- verpleegkundige handelingen;
- ambulante zorg (GGZ);
- preventieve handelingen.

Mate van detailniveau van de CMSV

De huidige CMSV wordt door de respondenten als (te) sterk gedetailleerd beschouwd. Ten gevolge hiervan is een frequente uitvoering van de updates noodzakelijk geworden.

De mate van gewenst detailniveau is sterk verbonden met de gewenste gedetailleerdheid van de informatie, doelstelling van het gebruik en de wijze van registreren. De hoge gedetailleerdheid van de huidige CMSV wordt mede veroorzaakt door toevoegingen op het terrein van toegepaste technieken en zijdigheid. Een multiaxiale classificatie kan hierin voorzien.

Door het verweven van doelstellingen wordt de problematiek en het eisenpakket van de CMSV complexer. Door het integreren van de CMSV in een zorginhoudelijk informatiesysteem (zie ook 2.4) kan een stabiele situatie worden gecreëerd.

Aanvullende wensen m.b.t. de technische aspecten van de CMSV zijn:

- Omschrijvingen; De omschrijvingen van de klassen dienen eenduidig en herkenbaar te zijn. De wens tot herkenbaarheid van de omschrijving komt zowel voort uit het kijken door de bril van de medicus en door het kijken door de bril van de niet-medicus, onderzoeker en patiënt. Eventuele uitbreiding van de omschrijvingen kan hierin voorzien.

- In- en exclusies; Bij het coderen door een medische codeur is het gebruik van in- en exclusies bekend en geaccepteerd. Bij het registreren aan de bron is deze systematiek ongewenst.

Registratiedekking van de CMSV

Tot op heden wordt de CMSV integraal gebruikt binnen de zorginstellingen. Mede gezien de discussies rondom de LMR is het zinvol om het gebruik en toepassing van registraties te reguleren. Onvolledigheid van informatieverzameling op de terreinen van onder meer een niet volledige participatie van ziekenhuizen (discussie ziekenhuis Meppel) en het ontbreken van delen van het zorgaanbod (poliklinische zorg) zijn ongewenst.

Het ontbreken van een adequate *registratie* op de poliklinieken m.b.v. de CMSV levert een incompleet beeld op van de omvang van de uitgevoerde verrichtingen. De organisaties zoals het RIVM en CBS zijn gebaat bij een volledige registratie. De betrouwbaarheid van de informatie is sterk afhankelijk van een goede dekkingsgraad van de registratie.

3 Consensusbijeekomst

Dinsdag 28 september 2004 heeft er een consensusbijeekomst plaatsgevonden in Utrecht, waaraan een deel van de respondenten en enkele niet aangeschreven deskundigen deelnamen. De gepresenteerde resultaten van de enquête (de contextanalyse) waren het uitgangspunt voor de verdere discussie en positiebepaling.

Registratie en classificatie

De termen 'registratie' en 'classificatie' worden vaak door elkaar gebruikt. Het is belangrijk om de activiteit van het perifeer vastleggen van de informatie (het registreren, het coderen) los te koppelen van de ontwikkeling van de structuur (classificatie) waarmee dit gebeurt. De beschrijving of benaming van de verrichting dient herkenbaar te zijn voor de codeerpraktijk/medisch specialist. Nu bestaat er een grote verscheidenheid tussen de verschillende beroepsbeoefenaars en binnen beroepsverenigingen over de wijze waarop verrichtingen onderscheiden en bijgevolg omschreven moeten worden. Bovendien is de inhoud van de zorgpraktijk en de informatiebehoefte dynamisch en aan een continue verandering onderhevig.

De CMSV bestaat uit een vaste hiërarchische structuur van essentiële kenmerken van verrichtingen. Hoewel getracht wordt daarbij gangbare termen te gebruiken (zie paragraaf 1.2) is duidelijk dat met de CMSV maar zeer ten dele het hoofd kan worden geboden aan de enorme verscheidenheid aan omschrijvingmogelijkheden. De vervanging van de CMSV door een formele terminologie biedt zowel de mogelijkheid aan deze verscheidenheid recht te doen als aan de behoefte de informatie te structureren.

Als basisregistratie kan daarom worden gekozen voor een lokale bronregistratie (m.b.v. het CBV-bestand) waarbij de lokale gewenste detaillering naar behoefte kan worden vastgelegd. In bijlage 3 wordt het geïntegreerde zorgregistratie- en informatiesysteem verder toegelicht.

Consensusuitkomst 1: Algemene doelstelling: gedetailleerde dynamische bronregistratie en daaraan gekoppeld een afgeleide globale outputclassificatie met behulp van een formele terminologie.

Internationale ontwikkelingen

De CMSV is bij het ontwerp gebaseerd op de International Classification of Procedures in Medicine (ICPM). Derhalve wordt de CMSV door het WHO-FIC Collaborating Centre op internationaal niveau aangeduid als ICPM-Dutch Extension. Internationale standaarden zijn van belang bij het vergelijken van gezondheidszorginformatie op macroniveau tussen de diverse landen. Daarnaast is het van belang dat betrouwbare informatie aangeleverd kan worden t.b.v. de Europese statistiekorganisatie 'Eurostat'.

In andere landen lopen er meerdere vernieuwingsprojecten op het gebied van verrichtingenclassificaties.

In Duitsland gebruikt men sinds begin negentiger jaren de OPS-301, een 1-assige classificatie als de CMSV. Momenteel oriënteert men zich echter op een formele terminologie volgens EN 1828 zoals in praktijk is gebracht in de Franse classificatie CCAM (La classification commune des actes médicaux) of de meer gedetailleerde MPS (Medical Procedure System).

Binnen het internationale WHO-FIC Network wordt momenteel de International Classification of Health Interventions (ICHI) beoordeeld en onderzocht op toepasbaarheid voor landen die zelf nog geen nationale verrichtingenclassificatie hebben. De ICHI is te beschouwen als een classificatie voor de output van statistische gegevens wereldwijd. De ICHI is afgeleid van de Australian Modification of the International Classification of Diseases, 10th revision (ICD-10-AM) en bestaat uit een korte lijst van ongeveer 2000 verrichtingen.

Het is van belang dat met de nieuwe verrichtingenstandaard de gegevens kunnen worden geaggregeerd naar de ICHI. Vanwege de continuïteit van nationale statistische gegevens over verrichtingen in de curatieve zorgsector is het verder van belang dat de CMSV 'oude stijl' een mapping heeft naar de nieuwe Nederlandse verrichtingenstandaard.

Consensusuitkomst 2: Aansluiting van een nieuwe verrichtingenstandaard bij internationale ontwikkelingen (bijv. International Classification of Health Interventions, ICHI).

Toekomstig belang en benodigde ontwikkelingen van de CMSV

Al de betrokkenen zijn van mening dat de CMSV een essentiële plaats inneemt binnen de zorginhoudelijke informatievoorziening. De zorginhoudelijke benadering bij de CMSV is de belangrijkste reden dat andere codestelsels (CTG) en registratiesystemen (DBC), die vooral ontwikkeld zijn ten behoeve van de bekostiging van de zorg, de CMSV niet kunnen vervangen.

Het gebruik en de toepassing van de CMSV ligt voor een deel binnen het primaire zorgproces. Opvallend zijn de vele afgeleide toepassingen van de CMSV die los van de patiëntgebonden zorg operationeel zijn. Deze doelstellingen en toepassingen (zie ook 2.2) zijn bijvoorbeeld: managementinformatie, beleidsinformatie, statistiek, maatschappelijke verantwoording, kwaliteit, logistieke planning, etc. Voor het structureren van deze verscheidenheid kan binnen de CMSV geen oplossing worden bereikt. Een formele terminologie biedt de gewenste flexibiliteit om enerzijds eigen omschrijvingen recht te doen en anderzijds deze te structureren op een flexibele wijze.

Consensusuitkomst 3: De rol die de CMSV vervult, dient behouden te worden. Een uitgebreide revisie c.q. herontwerp van de CMSV is hierbij noodzakelijk.

De uitgevoerde contextanalyse (enquête en consensusbijeenkomst) geeft een beeld van de wensen en ideeën die in het veld leven. Veel organisaties en personen zijn direct en/of indirect betrokken bij de CMSV. De resultaten van de contextanalyse kunnen dienen als werkdocument voor het ontwerp en de opzet van de nieuwe verrichtingenstandaard. De respondenten onderstrepen de noodzaak om hierbij een analytische benadering te kiezen zodat het ontwerp aansluit bij het op te stellen eisenpakket en de diverse belangen van de organisaties.

Consensusuitkomst 4: Een analytische benadering is essentieel bij het ontwerp van de nieuwe standaard.

Om de CMSV in de toekomst een volwaardige plaats te geven binnen de Nederlandse zorgsector dienen de huidige knelpunten m.b.t. de CMSV te worden opgelost. Door het herformuleren van de doelstellingen kan de structuur en richtlijn in het ontwerp en gebruik van de nieuwe verrichtingenstandaard geactualiseerd worden. De hiermee verkregen helderheid stuurt het verdere werkproces.

Consensusuitkomst 5: Herformuleren doelstelling(en) van de CMSV en deze zijn daarbij leidend bij de toekomstige ontwikkeling.

Door verdergaande professionalisering van verschillende beroepsgroepen en verdere ontwikkeling van de verantwoordelijkheden binnen het zorgproces ligt het primaat van de zorg niet meer uitsluitend bij de poortspecialismen maar vindt er een verschuiving plaats naar de ondersteunende specialismen (radiologie, laboratoriumartsen), paramedische beroepsgroepen en (gespecialiseerde) verpleegkundigen. Een verbreding van de CMSV is hierbij gewenst.

Consensusuitkomst 6: Gewenst is een verbreding in de reikwijdte van de nieuwe standaard door het toevoegen van verrichtingen uitgevoerd door onder meer paramedici, ondersteunende specialismen en verpleegkundigen.

De formele omschrijvingen van de verrichtingen dienen eenduidig te zijn, medisch correct en goed aan te sluiten bij het gebruikte jargon. Het gebruik van een formele terminologie is hierbij van belang.

Consensusuitkomst 7: De ontwikkeling van een nieuwe verrichtingenstandaard dient te worden gebaseerd op een formele terminologie

Ontwikkelingen op classificatietechnologisch gebied gaan zeer snel. De CMSV is een onderdeel van het grotere zorginformatiemodel. Aansluiting bij parallel lopende technologische ontwikkelingen zoals terminologieservers, elektronisch patiënten dossier zijn van belang.

Binnen de consensusgroep waren drie technologische aspecten van belang:

- 1) Er bestaat een duidelijke wens voor een mindere detaillering van de huidige 1-assige CMSV door deze te vervangen door een formele terminologie en een daaraan gerelateerde globale internationale classificatie voor de output van statistische gegevens;
- 2) Het afgeleide gebruik van de gegevens vereist informatie op verschillende aggregatieniveaus, vanuit een formele terminologie kunnen verschillende hiërarchische classificaties worden opgebouwd, zowel qua breedte als qua diepte;
- 3) Het gebruik van terminologieën en een terminologieserver ondersteunt de wens tot aansluiting van de dynamiek van het zorgproces en het jargon.

Consensusuitkomst 8: Belangrijke technologische aspecten die meegenomen moeten worden in het ontwerp zijn: multiaxiale opbouw, hiërarchische opbouw en gebruik van een terminologie server.

4 Conclusies en aanbevelingen

Zorginhoudelijke informatie over verrichtingen in de curatieve zorgsector is voor een belangrijk deel gebaseerd op toepassingen van de CMSV, een verrichtingenstandaard die nodig herzien moet worden. Onderstaand wordt een revisieproject aanbevolen. Een plan van aanpak zal binnen een maand worden opgesteld indien dit advies door NICTIZ wordt overgenomen.

Bij dit revisieproject moeten niet alleen de bij de ontwikkeling en het beheer van de CMSV betrokken organisaties worden ingeschakeld, zoals het WHO-FIC Collaborating Centre (regierol), CBV, Prismant, NVMA, Medische Informatiekunde UMCN, maar ook de organisaties die voor de gewenste verbreding van de nieuwe verrichtingenstandaard kunnen zorgen, zoals het LEVV, Npi en DBC-onderhoud.

Voorts dienen bij dit project de eisen en specificaties van de secundaire gebruikers (Prismant, CBS, RIVM) te worden betrokken.

Tijdpad: voorbereiding project medio 2005, voorlopige standaard eind 2006, testperiode 2007, invoering 2008. De huidige CMSV blijft in zijn huidige vorm nog drie jaar (dus tot 2008) operationeel. De nieuwe verrichtingenstandaard zal permanent kunnen worden bijgehouden en dientengevolge minimaal 10 jaar mee kunnen gaan.

Uniformering op het terrein van een complete basisregistratiesystematiek in relatie met de DBC-systematiek en het verbinden van de diverse gebruiksdoeleinden is van breed maatschappelijk belang. De financiering zou daarom direct door het ministerie van VWS, zo mogelijk i.s.m. de stichting DBC-onderhoud moeten worden gedragen.

Met het revisieproject wordt ten behoeve van de curatieve zorgsector de zorginhoudelijke verrichtingenclassificatie CMSV aangepast aan de wensen van de gebruikers en ontwikkelingen in de zorg. De revisie is gericht op verbreding van de classificatie, een mindere detaillering en aansluiting op internationale standaarden. Dit kan bereikt worden door het toepassen van een formele terminologie met een mapping naar de ICHI. De revisie is ook van belang om de continuïteit en betrouwbaarheid van de zorginhoudelijke gegevens op lokaal, nationaal en internationaal niveau te waarborgen. Gebruikmaking op landelijk niveau van de beschikbare koppelingen en integratie van de diverse registratiesystemen wordt hierbij aanbevolen.

De nieuwe verrichtingenstandaard zal enerzijds moeten bestaan uit een formele terminologie en anderzijds uit de mapping van die terminologie naar DBC-lijsten, CMSV/CvV, Snomed CT (indien beschikbaar, bereid), de CBV-registratiecodelijst, de CTG-codes, en ICHI. De standaard moet permanent veranderd kunnen worden en wordt daartoe beheerd in een 'terminology server'. Onder een formele verrichtingsterminologie wordt verstaan een beschrijving van elke verrichting in de standaard onder meer uitgaande van de Nederlandse norm (NEN-EN 1828, zie bijlage 4). De ontwikkeling van de terminologie moet mede worden afgestemd op die van het internationale verrichtingenproject van de WHO.

Bijlage 1: Aangeschreven organisaties:

- Prismant
 - Dhr. F. Blankendaal
- Stichting CBV
 - Mw. T. van Schendel
- DBC-onderhoudsorgaan
 - Dhr. drs. E. Den Teuling
- CBS
 - Dhr. dr. O. Hilten
- RIVM, als afnemer van gegevens o.b.v. CvV
 - Dhr. dr. J.J. Polder
- WHO-FIC Collaborating Centre, internationale classificaties
 - Dhr. Dr. W. Hirs
- Nederlandse Vereniging van Medische Administrateurs
 - Dhr. P. van Halem, voorzitter Commissie definities, classificaties en coderingen
- Zorgadministraties van (academische en perifere) zorginstellingen in Nederland
 - Academisch:
 - Mw. L. Vandamme, UMC, Utrecht
 - Mw. J. Pos, VUmc, Amsterdam
 - Dhr. G. Visser, LUMC, Leiden
 - Niet academisch:
 - Mw. A. Bekker, Groene hart ziekenhuis, Gouda
 - Mw. G. Engelen, Rijnland ziekenhuis Leiderdorp
 - Dhr. W. Hoogenboom, Westfries Gasthuis, Hoorn
- Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging, als beroepsvereniging
 - Mw. Drs. Y. Heijnen-Kaales
- Nederlands Paramedisch instituut, (vertegenwoordigt de vakgebieden ergotherapie, fysiotherapie, logopedie, diëtetiek)
 - Mw. Dr. Y.F. Heerkens
- Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, als beroepsvereniging van de artsen
 - Dhr. L. Wigersma
- Academische onderzoeksinstituten, voor de ontwikkelingen op gebied van technologie en methodiek
 - Dhr. dr. P. Zanstra, Vakgroep Medische Informatiekunde van UMC St. Radboud

Bijlage 2: Afkortingen

CBS	Centraal Bureau voor Statistiek
CBV	Stichting CBV
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux (Frankrijk)
CCI	The Canadian Classification of Interventions (Canada)
CMSV	Classificatie van Medisch Specialistische Verrichtingen (Nederland)
CSIZ	Coördinatiepunt Standaardisatie Informatievoorziening in de Zorgsector
CvV	Classificatie van Verrichtingen (Nederland)
DBC	Diagnose Behandeling Combinatie
EPD	Elektronisch Patiënten Dossier
ICHI	International Classification of Health Interventions
ICPM	International Classification of Procedures in Medicine
LMR	Landelijke Medische Registratie
NICTIZ	Nationaal ICT Instituut in de Zorg
NPi	Nederlands Paramedisch Instituut
OPS-301	Operationenschlüssel nach Paragraph 301 SGB V (Duitsland)
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
VWS	ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WHO-FIC	World Health Organization – Family of International Classifications

Bijlage 3: Geïntegreerd zorgregistratie en informatiesysteem

In het schema zijn de diverse typeringslijsten, codelijsten, classificaties en de onderlinge relatietabellen weergegeven die momenteel (jaar 2004) binnen de Nederlandse zorgsector gebruikt worden.

Vanuit de CBV-bronregistratie zijn relatietabellen beschikbaar met de huidige CMSV 2.6/ CvV 1.7 en de CTG-codelijst. Hierdoor is het mogelijk om met de eenmalige registratie te voldoen aan de diverse informatie- en registratiebehoeften zoals de declaratie en facturatie voor bekostiging, vastlegging van zorginhoudelijke informatie in het dossier en de landelijke informatie voor statistiek, onderzoek en verantwoording.

Bij het registreren van zorginhoudelijke informatie is het belangrijk dat wordt aangesloten bij de wensen van de instellingen en specialisten door het integraal aanbieden en gebruiken van een registratiesystematiek gebaseerd op enerzijds een minimale en anderzijds een maximale registratievariant. De wens tot het registreren volgens de minimale dan wel maximale variant kan binnen en tussen instellingen sterk variëren. Academische instellingen zullen sneller kiezen voor de maximale variant dan de niet academische instellingen. De motiverende redenen voor een vakgroep om voor de maximale registratievariant te kiezen zijn: het gebruik van de complicatieregistratie, een opleidingssituatie, research en/of aanvullende medisch inhoudelijke informatiebehoefte.

Bij het invoeren van een minimale en maximale bronregistratie is het van belang dat er een geïntegreerd zorginhoudelijk registratie- en informatiesysteem wordt gebruikt. Door de verdere integratie van de registratiesystemen wordt het mogelijk om de bronregistraties te koppelen aan de formele achterliggende standaarden die veelal minder goed herkenbaar zijn voor de zorgprofessional.

De diagnoseregistratie aan de hand van de DBC-typeringslijsten voldoet niet aan de eisen voor gebruik in (inter)nationale statistieken en vergelijkingen door het CBS en het RIVM. Gezien het brede maatschappelijk belang van continuering van de bestaande diagnoseregistratie met aansluiting bij de (inter)nationale standaarden is de verwachting dat de ICD-9 DE als minimale variant en de ICD-9 DE+ als de maximale variant zal kunnen gaan functioneren. De ICD-9 DE+ wordt als een uitbreiding van de ICD-9 DE gezien, waarbij bijzondere en specifieke diagnoses gedetailleerd kunnen worden vastgelegd. De DBC-systematiek kan de verdere ontwikkeling en invoering van de poliklinische diagnoseregistratie bevorderen.

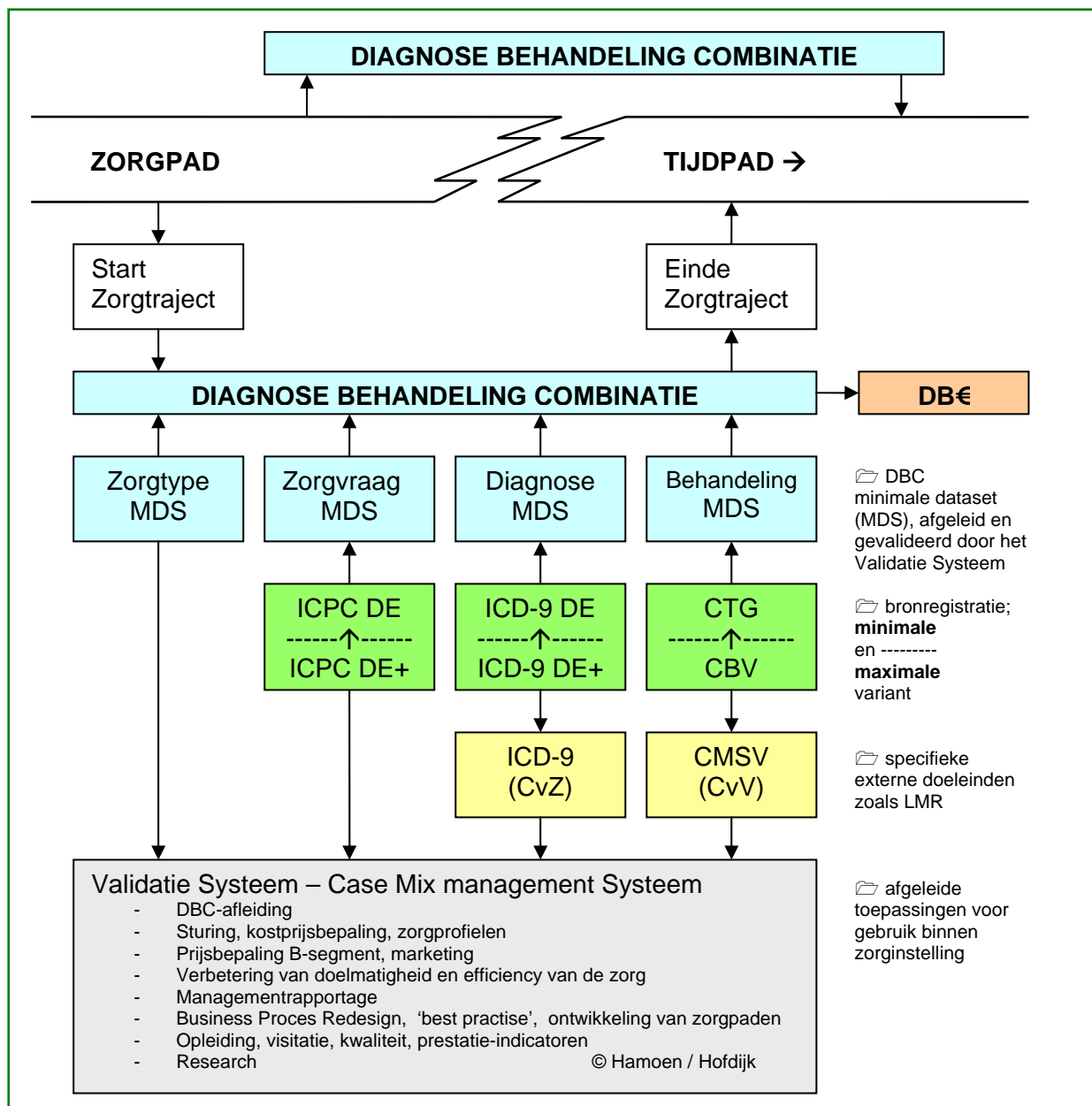
Bij de verrichtingenregistratie functioneert de DBC-verrichtingentabel (lees CTG-codes) als minimale variant en het CBV-bestand als de maximale variant binnen het geïntegreerde zorginhoudelijke registratiesysteem. Door binnen het zorgprofiel gebruik te maken van het CBV-bestand wordt het mogelijk dat het interne zorgprofiel naast de benodigde financiële basisgegevens ook meer gedetailleerde zorginhoudelijke informatie bevat en een compleet beeld geeft van de geleverde zorg. De gedetailleerde registratie maakt het mogelijk om de verkregen gegevens goed te kunnen interpreteren en te gebruiken bij de optimalisering van de zorg. Zo wordt het mogelijk om door het registreren van niet declareerbare zorgactiviteiten de werkelijke inzet van middelen en diensten zichtbaar te maken in het zorgprofiel van iedere DBC.

Het verder ontwikkelen van een adequate zorgvraagregistratie binnen het geïntegreerde registratiesysteem ondersteunt de informatiebehoefte die nodig is voor innovaties op het gebied van transmurale samenwerking, logistiek en zorgpaden.

De bestaande registratiesystemen zijn gebaseerd op de dynamische zorgpraktijk en het gebruik hiervan bevordert de continuïteit van de zorginhoudelijke informatievoorziening en voorkomt trendbreuken in de (inter)nationale statistieken (CBS, RIVM, Eurostat). De

hoofddoelen van een geïntegreerde systematiek zijn: vastlegging van de door de zorgprofessional gewenste zorginhoudelijke informatie, verlaging van de registratiebelasting, het streven naar landelijke uniformiteit, voldoende flexibiliteit t.b.v. de registratie van de complexe zorg, aansluiting bij internationale classificaties, aansluiting aan de DBC-systematiek en 'echte' transparantie over het geleverde zorgproduct. De keuze en verdere ontwikkeling van de registratiesystematiek zal bepaald worden door een afweging tussen de kosten en de baten. De balans tussen de wens te voorzien in een toenemende informatiebehoefte en een vermindering in de registratiebelasting bepaalt de uiteindelijke uitkomst. Het is een uitdaging om bij het zoeken van de registratiebalans de belangen van de zorgprofessional tijdens het primaire zorgproces en de gebruiker(s) van de verkregen gegevens die op andere plaatsen in de 'informatieketen' gebruikt worden op elkaar af te stemmen.

Samenvattend: de landelijke invoering van de systematiek van eenmalige bronregistratie kan voorzien in een geïntegreerde vastlegging t.b.v. diverse doelstellingen zoals medisch inhoudelijk patiëntgebonden informatie, facturatie, managementinformatie, opleiding, statistiek, verantwoording, etc..



Bijlage 4: NEN-EN 1828

Bijgaand informatie over de NEN-EN 1828 norm. Deze norm is te verkrijgen bij de NEN en kan vanwege de copyrights niet in dit document worden opgenomen.

Deze Europese norm uit 2002 beschrijft de karakteristieken waaraan nationale classificaties en codestelsels op het terrein van (chirurgische) procedures moeten voldoen om zodanig de informatie-uitwisseling en vergelijkingen mogelijk te maken. De norm NEN-EN 1828 is vooral gericht op het ontwerp en onderhoud van dergelijke stelsels die geïntegreerd worden in computerapplicaties en het elektronisch patiënten dossier.

De norm is niet gericht op de standaardisatie van het eindgebruik van de al operationele landelijke classificaties / codestelsels op nationaal niveau.

Zie ook:

www.NEN.nl

of:

<http://www2.nen.nl/nen/servlet/dispatcher.Dispatcher?id=BIBLIOGRAFISCHEGEGEVENS&contentID=156670&searchType=kaderzoek>