

QI Ongeplande heropnames Ziekenhuisbreed



TABEL 1 INFORMATIE

Naam	QI Ongeplande heropnames
Domein	Ziekenhuisbreed
Identificatie	A3
Auteur	Joeri Guillaume
Datum	september 2014
Versie	1
Status	Validatie van de indicator

INHOUD

BasisFiche	QI Ongeplande heropnames	3
	Beschrijving en Achtergrond van de Indicator	3
	Definitie	3
	Relatie tot Kwaliteit	3
	Technische Fiche	3
	Type Indicator	3
	Bron	3
	Inclusie	3
	Exclusie	4
	Noemer	4
	Teller	4
	Detailindicatoren	4
Meetprotocol	QI Ongeplande heropnames	6
	Welke variabelen worden gevraagd?	6
	Hoe worden de gegevens gemeten of bepaald?	6
	Meetfrequentie:	6
	Meetperiode	6
	Meetmethode	6
	Wie is de doelgroep?	6
	Wie registreert de variabelen?	6
	Hoe worden de gegevens ingevoerd of gecodeerd?	7
	Hoe wordt de kwaliteit van registratie gecontroleerd?	7
	Wanneer en Hoe worden de gegevens aan de TTP bezorgd?	7

Verwerking	QI Ongeplande heropnames	8
	Formaat Gegevensbestand	8
	Aanmaak Basisset voor verwerking	8
	(Kleine Cellen Analyse)	8
	Statistische Verwerking	8
	Risico Aanpassingen (risk adjustment)	8
Feedback	QI Ongeplande heropnames	9
	Rapportagefrequentie	9
	Inhoud van de Rapportage	9
	Formaat Rapportage	9
Validatie	QI Ongeplande heropnames	10
	Aanpak Inhoudelijke Validatie	10
	Resultaat Inhoudelijke Validatie	12
	Aanpak Validatie en Haalbaarheid Meetprotocol	13
	Resultaat Validatie en Haalbaarheid Meetprotocol	13
Contacten	QI Ongeplande heropnames	14
	Samenstelling Ontwikkelingsgroep	14
	Samenstelling Validatieteam	14
Literatuur en Referenties	QI Ongeplande heropnames	15
Overzicht van Bijlagen	QI Ongeplande heropnames	16

BASISFICHE

QI ONGEPLANDE HEROPNAMES

BESCHRIJVING EN ACHTERGROND VAN DE INDICATOR

De indicator heeft tot doel een globaal cijfer te produceren van een ongepland heropnamepercentage per ziekenhuis, ongeacht de plaats waar de heropname plaatsvindt. Aangezien met facturatiegegevens gewerkt wordt (secundaire bron), kan geen opsplitsing per pathologie opgeleverd worden.

DEFINITIE

Voor alle patiënten in klassieke opnames en chirurgische one days wordt nagegaan hoeveel patiënten binnen de 7 dagen klassiek heropgenomen worden via de spoeddienst. Indien ze op dag zeven in one day opgenomen worden en vervolgens klassiek, worden ze ook geïnccludeerd. Het gaat om patiënten ouder dan 15 jaar en patiënten die niet zwanger zijn.

RELATIE TOT KWALITEIT

Door een heel korte tijdsinterval (maximum 7 dagen) te nemen tussen ontslag en heropname en het feit dat de heropname via de spoeddienst gebeurt, vertrekt men van de hypothese dat deze nieuwe (klassieke) ziekenhuisopname in relatie staat tot de kwaliteit van de behandeling tijdens de initiële opname. De heel korte tijdsinterval tracht het gebrek aan pathologie-informatie te compenseren.

TECHNISCHE FICHE

TYPE INDICATOR

Resultaatsindicator

BRON

De indicator wordt geproduceerd op basis van de DB Hospitalisaties van het IMA. Deze DB bevat alle, gedurende 18 maanden geregistreerde uitgaven verplichte ziekteverzekering voor iedere patiënt die gedurende 1 semester gehospitaliseerd werd (klassiek of one day). Voor een patiënt gehospitaliseerd in semester T worden voor die patiënt al zijn uitgaven van semester T-1, T en T+1 verzameld. Het betreffen dus individuele, longitudinale uitgaven zorgconsumptie, zonder (directe) pathologie-informatie.

INCLUSIE

Het betreft alle patiënten rechthebbenden binnen de verplichte ziekteverzekering (exclusief internationale overeenkomsten) die in een jaar klassiek of one day gehospitaliseerd werden.

EXCLUSIE

De patiënten jonger dan 15 jaar worden geëxcludeerd, omdat in de ontwikkelingsgroep Moeder en Kind een gelijkaardige QI ontwikkeld werd.

De zwangere vrouwen werden geëxcludeerd, teneinde te vermijden dat opnames ten gevolge van zwangerschapscomplicaties mee zouden genomen worden. Deze exclusie vergt echter de kennis van 21 prestatie maanden, vermits alle vrouwen bevallen tijdens de observatieperiode evenals alle vrouwen die in de daaropvolgende negen maanden bevielen, uitgesloten worden voor de bepaling van de teller en noemer per ziekenhuis.

NOEMER

Op basis van de supra vermelde inclusie- en exclusiecriteria, bevat de noemer alle klassieke en chirurgische one day-verblijven van één ziekenhuis op jaarbasis.

TELLER

Alle heropnames via spoed binnen de zeven dagen in zowel het initiële ziekenhuis als een ander ziekenhuis.

DETAILINDICATOREN

In de teller krijgt het ziekenhuis de opsplitsing tussen heropnames in het eigen ziekenhuis en heropnames in een ander ziekenhuis.

Ieder **verblijf** wordt gekenmerkt door 4 binaire kenmerken:

1. Patiënt is jonger of ouder dan 80 jaar
2. Patiënt geniet al dan niet van voorkeurregeling (in relatie tot impact voorkeurregeling op (langere) ligduur en/of (gebrek aan) opvangmogelijkheden bij ontslag
3. Patiënt is overleden binnen een periode gaande van het heropnameverblijf tot het einde van de maand volgend op het (eventueel) ontslag (dus: gaande van overlijden tijdens het verblijf tot maximum twee maanden na heropname)¹
4. Patiënt kent een specifiek zorgtraject: hij verblijft in een ROB/RVT, wordt opgenomen, gaat terug naar een ROB/RVT

Twee andere subindicatoren worden eveneens geproduceerd, telkens **met dezelfde noemer**

Subindicator 1: hier wordt de teller samengesteld uit de som van de heropnames in eigen ziekenhuis ten gevolge van een initiële opname in het eigen ziekenhuis (cf eigenlijke QI) en de heropnames in het eigen ziekenhuis, maar waar de initiële opname plaatsvond in een

¹ In de IMA-data zijn momenteel enkel de maand en het jaar van overlijden van de patiënt beschikbaar, waardoor niet met zekerheid gesteld kan worden dat de patiënt overleed tijdens het heropnameverblijf. Om zeker te zijn dat alle overledenen 'meegenomen' werden, ook voor heropnames die over twee maanden liepen, hebben we het overlijden bij in de maand van heropname en de maand erop volgend genomen. Dit heeft echter wel tot gevolg – het verblijf is de meeteenheid – dat indien een patiënt binnen die twee maanden meerdere malen heropgenomen wordt en hij overlijdt, de aan hem gerelateerde verblijven meerdere malen de teller 'overlijden' zullen voeden, terwijl het om slechts één persoon gaat.

ander ziekenhuis. Deze subindicator kan gezien worden als een indicator voor het (regionaal) doorverwijsbeleid tussen instellingen.

Subindicator 2: hier wordt het specifiek opname/heropnametraject geïnventariseerd van patiënten die op dag D ontslagen worden bij de startopname en ten laatste op dag D+1 heropgenomen worden via spoed in hetzelfde ziekenhuis/

MEETPROTOCOL

QI ONGEPLANDE HEROPNAMES

WELKE VARIABELEN WORDEN GEVRAAGD?

TABEL 2 INPUTFORMAAT

Naam	Beschrijving	Dataformaat
Variabele1	Bepaling startverblijf (klassiek of chirurgische one day) per instelling	Datum, Datums, Interval,
Variabele2	Heropname via spoed binnen de 7 dagen	Tijdsdelta, cijfer (nomenclatuurcode)
Variabele3	Statuut patiënt (voorkeurregeling of niet)	Cijfer
Variabele4	Geboortjaar patiënt	Cijfer
Variabele5	Overlijdensdatum patiënt (maand en jaar)	Cijfer
Variabele6	Verblijf in ROB/RVT voor en na opname	Cijfer
Variabele7	Patiënt is bevallen (nomenclatuurcode bevalling)	Cijfer

HOE WORDEN DE GEGEVENS GEMETEN OF BEPAALD?

MEETFREQUENTIE:

jaarlijks

MEETPERIODE

1 jaar, gaande van 1/4/T tot en met 31/3/T+1, opleverbaar in juni T+3²

MEETMETHODE

De ziekenhuizen factureren aan de ziekenfondsen, de ziekenfondsen sturen de gevalideerde facturatiegegevens door aan het IMA op basis van uniforme layouts die gebruik maken van de officiële zones zoals bepaald door het RIZIV en gebruikt in het facturatiecircuit ziekenhuizen-ziekenfondsen.

WIE IS DE DOELGROEP?

Alle patiënten die opgenomen werden voor een klassiek verblijf of een chirurgische one day worden opgevolgd.

WIE REGISTREERT DE VARIABELEN?

De facturatiegegevens zijn afkomstig van het ziekenhuis, de populatiegegevens worden door de ziekenfondsen beheerd.

² Indien geen rekening gehouden wordt met de zwangere vrouwen als exclusiecriteria, wordt de tijdsdelta met 9 maanden ingekort en kan op kruissnelheid het prestatiejaar T (2011) opgeleverd worden in juni T+2 (juni 2013)

HOE WORDEN DE GEGEVENS INGEVOERD OF GECODEERD?

De facturatiegegevens worden ingevoerd op ziekenhuisniveau, gecontroleerd door de ziekenfondsen en eens gevalideerd, overgemaakt aan het IMA. Op basis van de facturatiegegevens van ROB/RVT wordt nagegaan of de patiënt er verblijft. De patiëntenkenmerken worden deels automatisch (via KSZ-circuit) opgeleverd (geboortjaar, overlijden), deels in eigen beheer door de ziekenfondsen en na validatie met fiscale bronnen (recht op voorkeurregeling)

HOE WORDT DE KWALITEIT VAN REGISTRATIE GECONTROLEERD?

De facturatiegegevens (ziekenhuizen, ROB/RVT) hebben een interne controle binnen de instellingen doorstaan, werden gevalideerd door de ziekenfondsen en als officiële statistieken doorgestuurd naar het RIZIV. Die 'dode' cijfers worden opgeleverd aan het IMA. Het KSZ-circuit zorgt voor de kwaliteitsopvolging van de demografische informatie, RIZIV superviseert en valideert de toekenning van voorkeurregeling.

WANNEER EN HOE WORDEN DE GEGEVENS AAN DE TTP BEZORGD?

Begin juni T+2 zijn de prestaties DB Hospitalisaties van het tweede semester T beschikbaar. In functie van het al dan niet in rekening nemen van zwangere vrouwen, kan de tijdsdelta met 9 maanden ingekort worden.

Op basis van de gevalideerde methodologie worden aan het QiP de gegevens per instelling overgemaakt, in excelbestand met telkenmale de verschillende tellers en de (unieke) noemer, dit tegen begin juli T+2.

VERWERKING

QI ONGEPLANDE HEROPNAMES

FORMAAT GEGEVENSBESTAND

Excelbestand met 4 verschillende werkbladen (eigenlijke QI, subindicator 1, subindicator 2, kenmerken van het verblijf), waarbij telkenmale absolute aantallen van tellers en noemer meegegeven worden.

AANMAAK BASISSET VOOR VERWERKING

Per (sub)indicator de juiste teller gebruiken en het Vlaamse gemiddelde gelijk stellen aan 100

(KLEINE CELLEN ANALYSE)

Niet van toepassing

STATISTISCHE VERWERKING

Niet van toepassing

RISICO AANPASSINGEN (RISK ADJUSTMENT)

Aangezien de finaliteit de productie van een heel beperkte reeks cijfers per instelling is, werd aan de basis getracht zoveel mogelijk potentiële discussiepunten te vermijden. Vandaar de heel korte tijdsintervallen de (eventuele) exclusie van zwangere vrouwen.

Teneinde de tijdsinterval tussen productie van QI en referentieperiode van de QI te minimaliseren, was het ook een expliciete optie om niet met gekoppelde datasets te werken (MKG) die het wel mogelijk zou gemaakt hebben te differentiëren en/of te selecteren op basis van pathologie.

De risico-aanpassingen kunnen hier benaderd worden door de verschillende (sub)indicatoren en verblijfskenmerken samen te lezen met het oog op de interpretatie van het individuele ziekenhuisresultaat en het eventuele verschil met het Vlaamse gemiddelde.

FEEDBACK

RAPPORTAGEFREQUENTIE

Jaarlijkse feedback

INHOUD VAN DE RAPPORTAGE

Numeriek

FORMAAT RAPPORTAGE

Aan de datamanager QI om te bepalen. Hij zal over de basiscijfers per instelling beschikken

QI ONGEPLANDE HEROPNAMES

VALIDATIE

QI ONGEPLANDE HEROPNAMES

AANPAK INHOUDELIJKE VALIDATIE

Om de validatie van de indicator Heropnames te kunnen uitvoeren, wordt er eerst een proefvalidatie uitgevoerd met een eerste ziekenhuis om de haalbaarheid van de verschillende stappen te onderzoeken en na te gaan in hoeverre de indicator kan gereproduceerd worden op basis van beschikbare ziekenhuisgegevens.

Doelstellingen:

1. De selecties en berekeningen op de IMA DWH toetsen aan gelijkwaardige selecties en berekeningen op de beschikbare ziekenhuisgegevens.
2. De aantallen van de gestratificeerde verblijven controleren aan de hand van de beschikbare ziekenhuisgegevens.
3. De hypothese dat de oorspronkelijke pathologie een invloed heeft op de frequentie van heropnames (case-mix) nagaan.

Methodologie:

Voor de definitie van de indicator en de motivatie van de genomen keuzes wordt verwezen naar de bijhorende indicatorfiche.

Omdat volgens de indicatordefinitie zowel heropnames in het eigen ziekenhuis als in een ander ziekenhuis geteld worden, is het onder meer door de privacyreglementering niet mogelijk om dit resultaat rechtstreeks te valideren. Daarom worden ten behoeve van de validatie enkele aangepaste dataselecties uitgevoerd, met de bedoeling om gelijkaardige datasets te genereren, zowel op de brondatabase (het DWH van het IMA) als op de vergelijking (de databasen van het ziekenhuis), zodat de vergelijking wel mogelijk wordt.

De veronderstelling is nu dat de verwerking van de gegevens niet verschillend is voor de IMA-gegevens eigen aan het ziekenhuis of voor de IMA-gegevens over de ziekenhuizen heen. Een eerste statistische analyse waarbij de relatieve verschillen tussen de ziekenhuizen niet sterk uiteenlopen, geeft aan dat deze hypothese kan aanvaard worden.

De eigenlijke validatie met de interne ziekenhuisgegevens is geslaagd en omvat enkele opeenvolgende stappen, zoals hieronder uitgelegd.

1. Selectie van verblijven
 - a. Bepaling van de noemer
 - Aantal ontslagen patiënten = gewone opnames + chirurgische one-day
 - b. Tellerselectiecriteria (zowel in- als exclusie):
 - Verzekerden (geen internationale verdragen - tweede cijfer=8)
 - Leeftijd: geboren voor 1993 (voor dataset 2008-2009)

- Bevallen in de 1/4/2008 - 31/12/2009³
 - Heropname binnen 7 dagen via spoed OF op de 7e dag one-day (niet alleen chirurgisch), gevolgd door heropname binnen 1 dag op spoed
- c. Stratificatievoorwaarden
- Leeftijd 80jaar
 - Via ROB/RVT + naar ROB/RVT
 - Overlijdens tijdens heropname (ipv binnen 2 maand na heropname)
2. Samenvoegen van aaneengesloten verblijven

Omwille van de praktijk van opeenvolgende verblijven wordt volgende werkwijze gevolgd:

- Als er een heropname is binnen 1 dag of na een week-end en/of vakantie- of brugdag, dan wordt het verblijf als aaneengesloten beschouwd.
 - Opgelet, indien patiënt voor een externe behandeling gaat tijdens het verblijf (one-day) dan moet dit als 1 verblijf geteld worden.
 - Er zal samen met het ziekenhuis een methodologie ontwikkeld worden om deze verblijven te kunnen samenvoegen. Deze methodologie wordt best gevalideerd door ook een aparte set “samengevoegde” verblijven op de IMA-set voor het ziekenhuis te selecteren.
3. Aanmaak dataset op basis van de selectiecriteria, stratificatievoorwaarden en samenvoegen van verblijven.
4. Vergelijking van indicator
- a. Een eerste vergelijking is op basis van de **noemer**. Dit resultaat zou steeds moeten overeenkomen. Bij afwijkingen moet naar de oorzaak gezocht worden.
 - i. Beperking: zwangere vrouwen. Niet alle zwangerschappen zijn in het ziekenhuis gekend. Mogelijke oplossing: exclusie van exclusie zwangere vrouwen
 - b. De rest van de vergelijkingen betreffen de respectievelijke **tellers**. De basisteller is het aantal heropnames, volgens definitie.
 - i. Beperking: zwangere vrouwen. Cfr. noemer.
 - ii. Beperking: de stratificatie naar overlijdens is niet zo maar mogelijk. Aangezien IMA slechts de overlijdensmaand kent, zullen er meer patiënten geteld worden, dan het ziekenhuis kent.⁴ Daarom zal voorlopig enkel een kwalitatieve vergelijking uitgevoerd worden.
 - c. Op basis van de interne (administratieve) ziekenhuisgegevens kan de verdeling van de populatie op basis van de stratificatievariabelen berekend worden.

³ Gezien het feit dat de dataset al een tijdje productieklaar was, maar de validatie op zich liet wachten, zal deze grote tijdsdelta voor de validatie hopelijk geen al te groot probleem vormen voor de instelling(en).

⁴ Indien de verschillen buiten verwachting zijn, kan een begroting van de sterfte gebeuren opnieuw gebeuren aan de hand van de leeftijdsgebonden sterftestatistieken. Dit impliceert wel de veronderstelling dat het sterfterisico gelijk blijft over de populatie met en zonder ziekenhuisopname. Valt eventueel het relatieve risico te begroten?

- i. Leeftijd 80 jaar
- ii. Komende van ROB/RVT en ontslag naar ROB/RVT
- iii. Overleden tijdens verblijf

5. Invloed van Pathologie

Een veronderstelling is dat bepaalde aandoeningen aanleiding geven tot een frequentere heropname. Dit kan het resultaat voor een individueel ziekenhuis beïnvloeden, tenminste als de case-mix (samenstelling van de patiëntenpopulatie) dermate verschillend is dat dit effect ook zichtbaar wordt op ziekenhuisniveau.

Echter door de eigenschap van de statistische verwerking, zal een dergelijk effect pas zichtbaar kunnen worden bij voldoende grote verschillen in patiëntenpopulatie. Dit zal over het algemeen niet voorkomen in algemene ziekenhuizen. Mogelijks speelt dit wel een rol bij universitaire of gespecialiseerde klinieken.

De validatie van de hypothese dat de invloed verwaarloosbaar klein is, kan niet op basis van één ziekenhuis gemaakt worden, tenzij kan aangetoond worden dat de heropnames voor alle majeure pathologieën niet significant van elkaar verschillen.

In eerste instantie zal daarom de nodige procedure voor de vaststelling uitgewerkt worden. Aansluitend zullen de verschillen en varianties voor dit ziekenhuis op basis van pathologie⁵ in kaart gebracht worden.

6. Via de medische directies van de respectievelijke VI zal een nominatieve terugkoppeling georganiseerd worden voor patiënten die een opname/heropnametraject gekend hebben in het eigen ziekenhuis, zodat evaluatie/validatie vanuit medisch oogpunt georganiseerd kan worden.

Timing:

Voorzien is om de validatie te testen in de loop van de maand september 2013. Er wordt voorzien dat de procedure, zoals hierboven wordt beschreven, op punt staat tegen midden juli. Tijdens de eerste helft van augustus kunnen dan de gegevens bepaald worden op basis van de interne ziekenhuisgegevens. De uitvoering van deze stap zal in nauw overleg met de datamanagers van IMA en TTP gebeuren om te garanderen dat de manier van bepaling van de cijfers identiek is. Begin oktober worden de resultaten samengelegd en eventuele afwijkingen of significante verschillen verder onderzocht

RESULTAAT INHOUDELIJKE VALIDATIE

Toon aan hoe de indicator is gevalideerd.

⁵ Dit zal in eerste instantie per MDC gedaan worden. Een alternatief is om te kijken naar belangrijke pathologieën (bijvoorbeeld meer dan 4% van de opnames of die pathologieën waarvan de pathologiegebonden heropnamegraad minstens dubbel zo hoog als de gemiddelde heropnamegraad voor het gehele ziekenhuis.

AANPAK VALIDATIE EN HAALBAARHEID MEETPROTOCOL

Beschrijf de testopzet voor het aantonen van de haalbaarheid en uitvoerbaarheid van het meetprotocol.

RESULTAAT VALIDATIE EN HAALBAARHEID MEETPROTOCOL

Toon aan dat het meetprotocol succesvol is uitgetest.

CONTACTEN

QI ONGEPLANDE HEROPNAMES

SAMENSTELLING ONTWIKKELINGSGROEP

- voorzitter: Dr. B. Michielsens
- Leden van de ontwikkelingsgroep:
dr. B. Catry, Dr. N. Hammami, Mevr. V. De Troyer, dr. ir. D. De Wachter,
Mevr. M. Beles, Drs. J. Bergs, Dr. A. Braet, Mr. W. Claessens, Mevr. H. Collier, Mevr. S.
Debroe, Mevr. L. De Paepe, Mr. K. Derijckere, Dr. K. Fierens, Dhr. J. Guillaume, Dr. M.
Haspeslagh, Prof. dr. J. Hellings, Mr. J. Huylebroeck, Mr. L. Meyers, Prof. dr. D.
Ramaekers, dr. E. Tambuyzer, Mr. P. Van Daele, Mevr. K. Vandervennet, Mevr. G. Van de
Water, Mevr. N. Van Hoof, Prof. dr. J. Van Mierlo en Mevr. K. Van Valkenborgh

SAMENSTELLING VALIDATIETEAM

Dhr. J. Guillaume, Dhr. D. De Wachter (nog verder aan te vullen)

LITERATUUR EN REFERENTIES

QI ONGEPLANDE HEROPNAMES

OVERZICHT VAN BIJLAGEN

QI ONGEPLANDE HEROPNAMES