

SEH-informatie voor

letselpreventie en

zorgkwaliteit

Perspectief na 2015



Ten geleide

LIS (het Letsel Informatie Systeem van VeiligheidNL) is van wezenlijk belang voor letselpreventie en zorgkwaliteit, nu en in de toekomst. Graag delen we met u de informatie waar deze overtuiging op gebaseerd is. Daarom besteden wij in dit paper aandacht aan de volgende punten:

- Achtergrond en doelstellingen LIS;
- Het belang van letselpreventie;
- SEH-informatie als bepalende factor;
- Het Letsel Informatie Systeem (LIS) van VeiligheidNL;
- Actuele ontwikkelingen in de zorg;
- Toekomstvisie: LIS in 2015.

Dit position paper wordt gedragen door de volgende partijen:



Dit position paper en het LIS-ontwikkeltraject is mogelijk gemaakt met financiering van het ministerie van VWS.



Executive summary

De cijfers

Letsel door ongevallen en geweld leidt ieder jaar tot:

- Ruim 3 miljoen Nederlanders die medische hulp nodig hebben;
- Persoonlijk leed;
- Circa € 6 miljard aan medische kosten en kosten voor arbeidsverzuim.
- Preventie werkt en loont dus de moeite.

Het LIS

Medewerkers van een selectie van Spoedeisende Hulpafdelingen (SEH's) in Nederland leggen sinds 1997 waardevolle informatie vast in het LIS. Dit vormt de basis voor management- en benchmarkinformatie voor deelnemende ziekenhuizen en landelijk preventiebeleid. Het LIS onderscheidt zich van andere registratiesystemen door de aandacht voor de toedracht: hoe is het letsel ontstaan?

Tijd voor vernieuwing

Het LIS wordt vernieuwd. De drie voornaamste redenen:

- Administratieve druk op SEH-medewerkers moet omlaag.
- Gezondheidsbeleid wordt steeds meer gedecentraliseerd. De behoefte aan lokale preventie-informatie groeit.
- Acute zorg verandert. Denk aan het volgen van patiëntenstromen en het monitoren van kwaliteitsparameters.

Concrete verbeteringen

- **Minder registratielast:** door een koppeling met het Ziekenhuis Informatie Systeem (ZIS) worden basisgegevens opgenomen in het LIS zonder extra inspanning van SEH-medewerkers. Denk aan leeftijd, geslacht, diagnose, wachttijden en bijvoorbeeld het aantal zelfverwijzers). Naast koppeling met het ZIS wordt er ook zo veel mogelijk aangesloten bij andere zorgregistraties, zoals de Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ).
- **Drie LIS varianten:** het vernieuwde LIS kent straks drie varianten:
 - *LIS Basis* (gekoppeld aan het ZIS en geïntegreerd met de LBZ)
 - *LIS Modules* (basisgegevens aangevuld met extra informatie over één of meer specifieke soorten ongevallen ten behoeve van regionale preventie)
 - *LIS Standaard* (de meest uitgebreide variant, gebruik makend van alle modules: privéongevallen, sportblessures, arbeidsongevallen, verkeersongevallen en zelfbeschadiging)

Waardevolle informatie

Op dit moment doen 14 Nederlandse ziekenhuizen mee. Genoeg voor landelijke cijfers, maar te weinig voor betrouwbare lokale cijfers. VeiligheidNL streeft ernaar om het aantal deelnemers uit te breiden tot minimaal 50% van alle Nederlandse ziekenhuizen in 2015. Naast waardevolle benchmarkinformatie voor ziekenhuizen zal dit cruciale informatie opleveren voor lokaal en regionaal preventiebeleid.

Achtergrond en doelstellingen LIS

De cijfers

Jaarlijks hebben ruim 3 miljoen Nederlanders medische hulp nodig door letsel dat zij oplopen. Dit brengt niet alleen veel persoonlijk leed met zich mee, het leidt ook tot hoge maatschappelijke kosten. Circa € 6 miljard per jaar. Er is dus in meerdere opzichten veel winst te behalen met preventie: minder leed, minder kosten.

Registratie en analyse

Om preventie tot een succes te maken hebben we inzicht nodig in de aard, omvang en toedracht van letsels. Het Letsel Informatie Systeem (LIS) van VeiligheidNL registreert sinds 1997 het aantal Spoedeisende Hulpbehandelingen bij een representatief aantal Nederlandse ziekenhuizen. Dit gebeurt met subsidie van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en aanvullende financiering van het Ministerie van Infrastructuur en Milieu (I&M).

Metten is weten

LIS biedt management- en benchmarkinformatie voor deelnemende ziekenhuizen en geeft landelijk beleidsinformatie voor letselpreventie. Op basis van LIS-informatie zijn de laatste decennia successen geboekt op het gebied van letselpreventie. Een goed voorbeeld daarvan is kinderveiligheid. Om ook in de toekomst een wezenlijke bijdrage te kunnen leveren aan preventie is LIS nu aan vernieuwing toe.

Waarom vernieuwen

De administratieve druk op zorgverleners moet omlaag. Daarom maken we LIS een stuk gebruiksvriendelijker. Daarnaast wordt het gezondheidsbeleid steeds meer gedecentraliseerd, waardoor de behoefte aan lokale informatie voor preventie groeit. Ook veranderingen in de acute zorg spelen een rol. Denk aan cruciale zaken als het volgen van patiëntenstromen en het monitoren van kwaliteitsparameters. Het vernieuwde LIS, waar we nu aan werken, staat voor:

- minder administratieve druk, meer gebruiksgemak op de werkvloer;
- goed inspelen op actuele ontwikkelingen in de zorg;
- waardevolle management- en benchmarkinformatie;
- solide basis voor regionale preventie.

Letselpreventie: van levensbelang

Substantieel volksgezondheidsprobleem

Door ongevallen, geweld en suïcidaal gedrag lopen mensen lichamelijke schade op. Van een verstuite enkel, gebroken pols of snijwond tot hersenletsel en zelfs sterfte. Jaarlijks raken ruim 7 miljoen Nederlanders gewond, van wie er ruim 3 miljoen medisch behandeld moeten worden. Letsels vormen daarmee een substantieel volksgezondheidsprobleem. In de rangorde van gezondheidsproblemen op basis van ziektelast (uitgedrukt in DALYs) komen letsels door ongevallen, geweld en suïcidaal gedrag op een vierde plaats, na psychische aandoeningen, hart- en vaatziekten en kanker. In de rangorde van ziektelast door specifieke aandoeningen (uitgedrukt in DALYs) staan privé-ongevallen op een negende plaats; bij kinderen en jongeren tot 15 jaar zelfs veruit bovenaan.

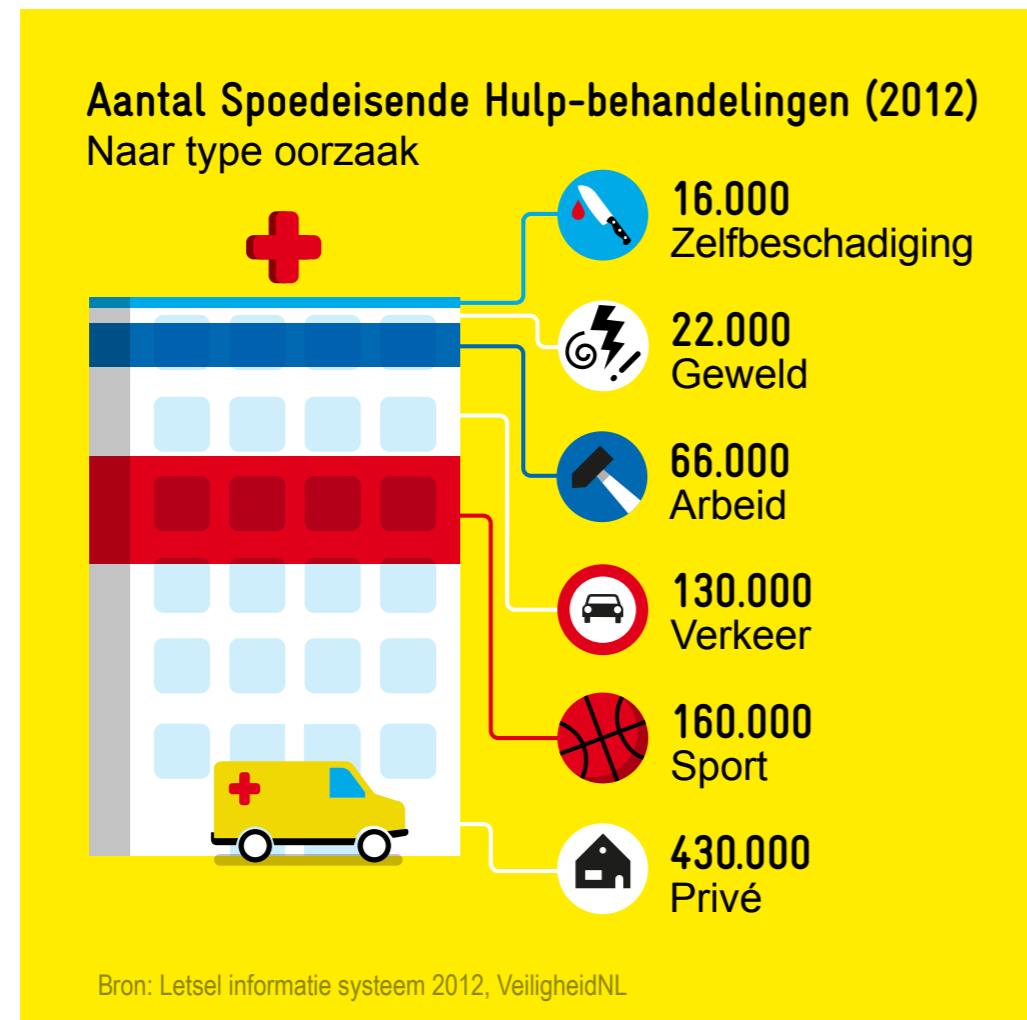
Naast persoonlijk leed kosten letsels de samenleving veel geld: de maatschappelijke kosten van ongevallen bedragen jaarlijks zo'n € 5,9 miljard. Dit zijn de direct medische kosten (€ 2,5 miljard) plus de kosten ten gevolge van arbeidsverzuim (€ 3,4 miljard). Veel ongevallen zijn te voorkomen. Dat betekent dat we ook een deel van de maatschappelijke kosten kunnen voorkomen. Met een goed doordachte aanpak en de juiste preventieve maatregelen kunnen we de maatschappelijke letselkosten omlaag brengen.

Inzicht door monitoring

Letselpreventie begint met het verzamelen van epidemiologische informatie over incidentie en toedracht: hoe vaak komen letsels voor en hoe zijn ze ontstaan? Het monitoren van deze statistieken geeft inzicht in (verschuivingen in) de aard en de ernst, en geeft aangrijpingspunten voor preventie. Op basis hiervan kunnen beleidsmatige prioriteiten worden vastgesteld en hebben we input voor het opzetten en evalueren van interventies. Daarmee kunnen we onnodig leed voorkomen, volksgezondheidsproblemen aanpakken en medische kosten omlaag brengen. Op verschillende terreinen zijn al significante successen geboekt met letselpreventie.

SEH-informatie: de sleutel tot preventie

Mensen met ernstig letsel komen op de Spoedeisende Hulpafdeling (SEH) van een ziekenhuis terecht. SEH-hulpverleners zijn meestal op de hoogte van de omstandigheden waaronder het letsel ontstond, doordat patiënten of begeleiders dit vaak zelf vertellen. Door deze toedracht-informatie op de SEH vast te leggen in het ziekenhuisinformatiesysteem (ZIS) of een vergelijkbaar registratiesysteem en via algemene rapportages beschikbaar te maken, kan gericht worden gewerkt aan het voorkomen van ernstige ongevallen, zelfbeschadiging en geweld.



Internationaal perspectief

De waarde van SEH-informatie voor letselpreventie wordt internationaal erkend en door de WHO en de Europese Commissie ondersteund. In de Verenigde Staten leggen SEH's al meer dan 30 jaar informatie vast in het "National Electronic Injury Surveillance System (NEISS)". Ook op Europees niveau wordt gewerkt aan een goede toedrachtregistratie om effectieve interventiestrategieën te kunnen ontwikkelen en monitoren, de Joint Action on Monitoring Injuries in Europe (JAMIE)². Van alle Europese Lidstaten wordt daarbij verlangd dat zij op een uniforme manier letselinformatie van SEH-afdelingen aanleveren.

Tekstbox 1:

LIS in perspectief tot andere registraties in de zorg

In Nederland bestaan naast LIS verschillende zorgregistraties, waarvan LINH (huisartsenregistratie), LBZ (basisregistratie ziekenhuiszorg) en LTR (traumaregistratie) de bekendste zijn. Het grootste verschil tussen LIS en andere zorgregistraties is dat LIS inzicht biedt in de aard en oorzaak van letsels. In de andere registraties staan ziekten, verwondingen en medicatie centraal.

VeiligheidNL: LIS - Letsel Informatie Systeem

De gegevens in LIS worden geregistreerd door de afdelingen Spoedeisende Hulp (SEH's) van een representatief aantal ziekenhuizen. Zij registreren naast informatie over het letsel ook gegevens over de omstandigheden waarin een letsel is ontstaan, zoals de locatie (in het verkeer, tijdens sporten), of bijvoorbeeld de betrokken producten (een elektrische fiets, ladder of rollator). Deze gegevens worden door VeiligheidNL geanalyseerd en dienen voor preventie en zorgkwaliteit. Er doen 14 SEH's mee met in totaal ongeveer 90.000 letselpatiënten.

NIVEL: LINH - huisartsenregistratie

Het Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg telt 84 huisartspraktijken met meer dan 335.000 patiënten. In deze praktijken worden continu productiegegevens verzameld over aandoeningen, aantallen contacten/verrichtingen, geneesmiddelvoorschriften en verwijzingen.

DHD: LBZ - Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg

De Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ) vervangt en integreert de Landelijke Medische Registratie (LMR) en de Landelijke Ambulante Zorg Registratie (LAZR). De LBZ werkt met de ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), de nieuwste versie van het internationaal gestandaardiseerde classificatiesysteem van diagnoses. De LBZ is op 1 januari 2014 in werking getreden. Binnen de LBZ wordt medische en financieel-administratieve informatie verzameld met betrekking tot (poliklinische) ziekenhuiszorg in Nederland, ter ondersteuning van het beleid van ziekenhuizen en specifieke afdelingen. Bijna alle ziekenhuizen werkt hieraan mee.

LNAZ: LTR - Traumaregistratie

Elf Nederlandse ziekenhuizen zijn in 1997 door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aangewezen als traumacentrum. De onderlinge samenwerking en beleidsafstemming tussen de elf acute zorgnetwerken vindt plaats via het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ). Dit netwerk heeft de landelijke traumaregistratie (LTR) ontwikkeld, waaraan 90% van de SEH's deelneemt. De landelijke registratie wordt gevuld met gegevens vanuit de elf regionale traumacentra. Het betreft hier de registratie van patiënten die op de SEH zijn behandeld én vervolgens direct zijn opgenomen voor behandeling, overgeplaatst naar een ander ziekenhuis, of zijn overleden. Ook van deze patiënten worden medisch-administratieve gegevens verzameld, informatie over oorzaken en omstandigheden wordt niet geregistreerd.

Het Letsel Informatie Systeem

In 1997 introduceerde VeiligheidNL het Letsel Informatie Systeem (LIS). LIS is hét systeem in Nederland dat inzicht biedt in het aantal, de aard en de oorzaken van letsels waarmee mensen op de SEH belanden. Op dit moment doen 14 Nederlandse academische en algemene ziekenhuizen mee. Deze ziekenhuizen vormen een representatieve steekproef die het mogelijk maakt om de verzamelde gegevens om te rekenen naar landelijke cijfers. Inmiddels vormt LIS al meer dan 15 jaar een stabiele registratie. VeiligheidNL streeft ernaar het aantal deelnemende ziekenhuizen uit te breiden, om de betrouwbaarheid van landelijke extrapolaties te vergroten en inzicht te krijgen in regionale verschillen.

Het doel van LIS is tweeledig:

- (1) het verbeteren van de SEH-zorg door het verschaffen van management- en benchmarkinformatie aan SEH-afdelingen, en
- (2) het verschaffen van informatie ter bevordering van letselpreventiebeleid.

Ad 1: management- en benchmarkinformatie

Deelname aan LIS levert de ziekenhuizen management- en benchmarkinformatie op. Zo kunnen wachttijden, behandelzeiten, type letsel, type ongeval en algemene patiëntkenmerken (leeftijd en geslacht) met elkaar worden vergeleken. Via LIS is deze benchmarkinformatie beschikbaar voor de deelnemende ziekenhuizen.

Ad 2: landelijk preventiebeleid

LIS levert de kennisbasis voor letselpreventie. Gegevens van de deelnemende ziekenhuizen worden gebruikt voor landelijke cijfers over omvang, ernst, kosten en toedracht van ongevallen, zelfbeschadiging en geweld. Deze informatie is van belang voor agendasetting, vroegsignalering, prioritering, interventieontwikkeling en het monitoren van effecten van preventie.

Gedragsvoorlichting

Als het gaat om veiligheid is er in ons land wetgeving, toezicht en handhaving, kunnen we een beroep doen op veiligheidstechniek en wordt er gewerkt aan een veilige omgeving. Uit onderzoek blijkt dat gedragsvoorlichting, in aanvulling hierop, een uitstekend instrument is om het aantal letsels omlaag te brengen. VeiligheidNL analyseert vanuit LIS welke letsels zich voordoen en in welke omstandigheden, ontwikkelt een praktische aanpak om de letsels te voorkomen en zorgt dat deze aanpak ook werkelijk wordt toegepast.

Interventies

Met SEH-gegevens als uitgangspunt heeft VeiligheidNL effectieve interventies ontwikkeld op gebied van kinderveiligheid, sportblessures en val-incidenten bij ouderen. De LIS-gegevens over verkeersongevallen worden gebruikt voor het vergroten van de verkeersveiligheid. Dit speelt met name een rol bij verkeersongevallen waarbij de politie geen assistentie verleent (en via dat kanaal dus geen informatie wordt genoteerd). Ook bij vroegsignalering speelt LIS-informatie een cruciale rol, zoals voor 'comazuipen', zelfbeschadiging, eenzijdige fietsongevallen, ongevallen met scooters en de GHB-problematiek.

Kostenbesparing in de zorg

LIS wordt gesubsidieerd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport met aanvullende financiering van Rijkswaterstaat/RWS Water, Verkeer en Leefomgeving (Ministerie van I&M). Als de benodigde investering voor LIS wordt afgezet tegen de besparing die alleen al gerealiseerd kan worden in de zorg, dan blijkt dat de kosten om LIS mogelijk te maken nog geen 0,03% vormen van de direct medische kosten ten gevolge van letsels. Met letselpreventie wordt dit ruimschoots terugverdiend (zie ook tekstbox 2). Met een relatief kleine investering in een registratiesysteem kunnen we dus persoonlijk leed voorkomen en aanzienlijk besparen op de kosten van letsels. In het tekstkader geven we u een paar voorbeelden.

Tekstbox 2:

Resultaten preventie in de periode 2000-2010

- SEH-behandelingen van kinderen van 0-4 jaar gedaald met 27%.

Met name succes op de volgende speerpunten:

- ernstige vergiftigingen (-32%);
- verdrinkingen (-41%);
- verbrandingen (-35%);
- val-ongelukken (-23%).

Dit levert een besparing van € 6 miljoen aan medische kosten op. Ieder jaar weer.

- Per 1.000 sport-uren is het aantal sportblessures gedaald met 22%:
- jaarlijkse besparing van € 300 miljoen aan directe en indirecte kosten.

Actuele ontwikkelingen in de zorg

Sinds 1997 heeft het LIS zijn waarde ruimschoots bewezen in termen van preventie (zoals genoemd in tekstbox 2). Maar er zijn ontwikkelingen gaande die om een nieuwe, verbeterde versie van het LIS vragen:

1. De rijksoverheid delegeert het gezondheidsbeleid steeds meer aan lokale overheden;
2. Bestaande registraties schieten tekort als het gaat om informatie op lokaal niveau;
3. De organisatie van acute zorg is sterk aan het veranderen.

Ad 1: decentralisatie van beleid

Bij decentralisatie van het letselpreventiebeleid speelt SEH-informatie een essentiële rol. Het LIS levert de benodigde informatie voor zowel vroegsignalering als preventie. Door deze informatie beschikbaar te stellen aan lokale actoren op het gebied van preventie en gezondheidsbescherming, kunnen zij op basis hiervan het lokale beleid maken en uitvoeren. Zo kan LIS informatie verschaffen voor de regionale volksgezondheidstoekomstverkenning (VTV), die het uitgangspunt vormt voor het gemeentelijk gezondheidsbeleid.

Ad 2: lokale informatie voor preventie

Op lokaal niveau kan het LIS een aantal bestaande registraties goed aanvullen. Zo laat bijvoorbeeld de politieregistratie een sterke onderregistratie zien van geweldsincidenten³. Een groeiend aantal ernstige verkeersgewonden (bijvoorbeeld door eenzijdige fietsongevallen) komt niet in de verkeersveiligheidsregistratie terecht omdat deze niet door de politie geregistreerd worden. Daarnaast blijven letsels vaak onderbelicht in gezondheidsenquêtes van GGD-en. LIS-informatie kan een cruciale rol spelen als het gaat om ongevalspreventie op lokaal niveau. Denk hierbij aan informatie over privé-ongevallen bij kinderen, valongelukken bij ouderen, alcohol- en drugsincidenten, zelfbeschadiging/suïcidepogingen, et cetera.

Tekstbox 3:

Verbeterde aanpak geweld met SEH-gegevens

In Amsterdam is in november 2012 een project gestart om preventie van geweld te verbeteren met behulp van informatie van SEH-afdelingen. Gemeente, politie, VeiligheidNL en zeven ziekenhuizen werken daarin nauw samen. Doel is om op basis van de (geanonimiseerde) toedrachtgegevens in kaart te brengen **op welke plekken en op welke tijden surveillances en preventieve maatregelen het beste ingezet kunnen worden**. De samenwerkingspartners in Amsterdam willen binnen drie jaar een zichtbare afname van het aantal ernstige geweldslachtoffers bewerkstelligen. Het ministerie van Veiligheid en Justitie wil deze aanpak bij gebleken succes landelijk invoeren via het politieprogramma 'Antwoord op geweld'.

Ad 3: veranderingen in acute zorg

Dit zijn de twee belangrijkste veranderingen waar binnen de acute zorg over gesproken wordt:

- Het reduceren van het aantal SEH's in Nederland;
- Het integreren van huisartsenposten op de SEH.

Bij dit soort ontwikkelingen vormen kwantitatieve en kwalitatieve gegevens over patiëntenstromen (zoals het aantal zelfverwijzers) en kwaliteitsparameters (zoals informatie over wachttijden) belangrijke managementinformatie. Voor monitoring van letselpreventie is het bovendien noodzakelijk om inzicht te hebben in wijzigingen in het beroep dat letselpatiënten doen op zorg.

De nabije toekomst: LIS in 2015

Verbeterpunten

Het LIS vormt sinds 1997 een stabiele en waardevolle registratie. Maar om in te kunnen spelen op de verschillende ontwikkelingen, is vernieuwing nodig. Op dit moment is het LIS nog een aanvullende registratie, waarbij medewerkers van ziekenhuizen LIS-data coderen en er sprake kan zijn van overlap met andere zorgregistraties. In de vernieuwde versie van het LIS, beperken we de administratieve belasting voor ziekenhuismedewerkers door het aftappen van SEH-informatie die al in andere systemen is vastgelegd. Registratie aan de bron is het uitgangspunt. De toedrachtinformatie wordt daarbij in vrije tekst doorgestuurd naar VeiligheidNL, waar de codering (grotendeels automatisch) plaatsvindt.

Om lokaal en regionaal letselpreventiebeleid te kunnen ondersteunen, moeten we het aantal ziekenhuizen dat deelneemt aan het LIS uitbreiden. Momenteel zijn 14 Nederlandse ziekenhuizen aangesloten. Genoeg voor landelijke cijfers, maar niet voor lokale letselinformatie.

Toekomstvisie

In 2015 ziet het vernieuwde LIS er als volgt uit:

Meer dan de helft van de Nederlandse SEH's is aangesloten bij LIS.

Het uitgangspunt is dat alle SEH's aangesloten kunnen worden op LIS. Om zo goed mogelijk in te kunnen spelen op wensen en behoeften van ziekenhuizen en landelijke en lokale overheden, zijn er drie varianten ontwikkeld:

- 1) LIS Basis
- 2) LIS Modules
- 3) LIS Standaard

Afhankelijk van de mogelijkheden van de ziekenhuizen en de beschikbare middelen, kan een ziekenhuis instromen bij één van deze drie varianten.

LIS Basis

Binnen LIS Basis staat centraal dat basisinformatie voor monitoring van letsels wordt verzameld, zonder extra inspanning van de SEH-medewerkers. Ook LIS Basis biedt waardevolle management- en benchmarkinformatie voor deelnemende SEH's. Registratie bij de bron is het uitgangspunt, volgens een standaard gegevensset. LIS Basis is daarmee een gestandaardiseerde aanvulling op bestaande zorgregistraties, zoals de LBZ (hierover leest u meer onder het kopje 'Standaardisatie van Registratie').

De LIS Basis dataset bestaat uit drie delen. Het eerste deel betreft kenmerken van de patiënten (zoals leeftijd, geslacht, verwijzer en diagnose). Het tweede deel betreft procesparameters voor de SEH, zoals urgentiegraad en wachttijden tot aanvang behandeling en ontslag. Het derde deel betreft de setting waarin het letsel ontstond (privé-ongeval, sportblessure, arbeidsongeval, verkeersongeval, geweld of zelfbeschadiging). Via de LIS-registratie krijgt de SEH-afdeling periodieke overzichten van deze gegevens als managementinformatie. Ook wordt spiegel-/benchmarkinformatie verstrekt waarin deze gegevens zijn afgezet tegen de *peer group*.

De gegevens uit het eerste en derde onderdeel (patiënt en de oorzaak van het letsel) worden door VeiligheidNL beschikbaar gemaakt voor landelijke en regionale monitoring van letsels. Wij kunnen deze informatie bijvoorbeeld delen met veiligheidsregio's, GGD-en of verzekeraars. De gegevens uit het tweede deel (procesparameters) worden alleen verstrekt aan derden met uitdrukkelijke schriftelijke toestemming van het ziekenhuis.

LIS Modules

Binnen LIS Modules staat lokale preventie centraal. Er wordt geregistreerd op één of meer specifieke modules (privé, arbeid, sport, verkeer of geweld). Met een aantal regionale ziekenhuizen en lokale partijen (zoals gemeenten en GGD-en) wordt op een specifiek onderwerp een registratie opgezet die uitgaat van LIS Basis en wordt aangevuld met de gewenste module(s) waarvoor toedrachtinformatie wordt geregistreerd. VeiligheidNL analyseert de gegevens en stelt ze beschikbaar voor regionale preventie. Ook de deelnemende ziekenhuizen delen in deze kennis, in de vorm van management- en benchmarkinformatie.

LIS Standaard

Binnen LIS Standaard ligt de kern bij het verschaffen van informatie voor letselpreventie op landelijk niveau. Er wordt geregistreerd op *alle* beschikbare modules. Ook hier wordt uitgegaan van bronregistratie, aangevuld met een aantal variabelen en - cruciaal voor preventie - toedrachtinformatie in een tekstveld. LIS Standaard gaat uit van het huidige LIS, maar dan op een efficiëntere manier.

Op verzoek kunnen de gegevens ook beschikbaar gemaakt worden voor lokale preventie. Daarnaast geldt bij LIS Standaard dat de geregistreerde gegevens worden teruggekoppeld aan deelnemende ziekenhuizen, zodat zij niet alleen hun eigen managementinformatie ontvangen, maar ook kunnen vergelijken met andere deelnemende ziekenhuizen (benchmarkinformatie). Tot slot kunnen de verzamelde gegevens worden gebruikt voor wetenschappelijk en toegepast onderzoek in samenwerking met de ziekenhuizen, beroepsverenigingen en/of universiteiten. Zie voor meer informatie tekstbox 4.

Tekstbox 4:

Gebruik en toepassing van LIS-data

Het LIS bevat een veelheid aan data die voor diverse partijen interessant zijn en beschikbaar worden gesteld. Om welke partijen gaat het, en hoe kan de informatie gebruikt worden?

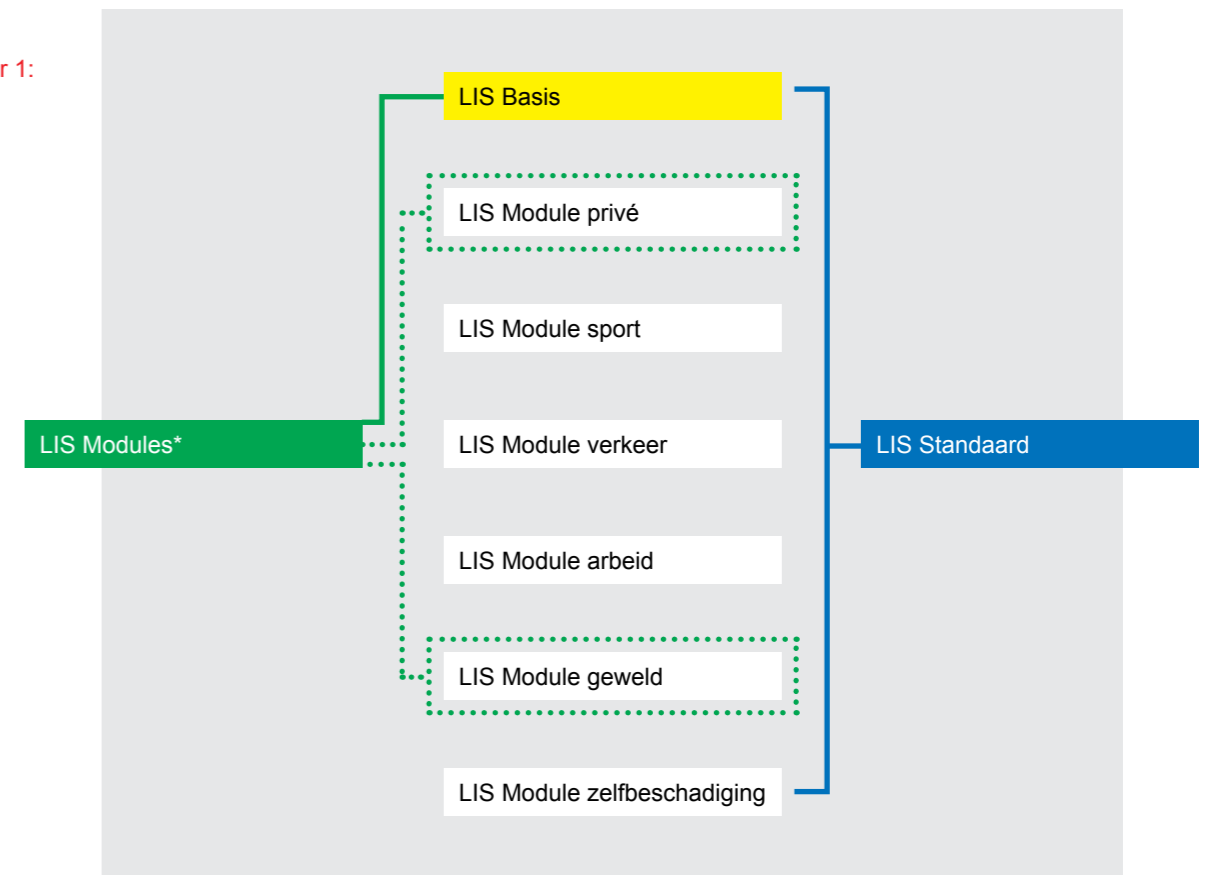
Deelnemende SEH's ontvangen alle geregistreerde informatie, die ze kunnen gebruiken voor hun eigen management- en benchmarkinformatie. Ook kan het ziekenhuis op basis van de LIS-informatie aanvullend wetenschappelijk of toegepast onderzoek doen. Indien gewenst stelt VeiligheidNL de LIS-gegevens van het eigen ziekenhuis hiervoor ter beschikking.

Managementinformatie van deelnemende SEH-afdelingen is voor onderzoek/monitoring, bijvoorbeeld door arts-onderzoekers of beroepsverenigingen, beschikbaar op geaggregeerd niveau. Deze informatie is nooit te herleiden naar een individueel ziekenhuis, tenzij het ziekenhuis hier toestemming voor heeft gegeven.

VeiligheidNL ontsluit daarnaast de gegevens voor preventie op landelijk en regionaal niveau. De landelijke overzichten verschaffen de kennisbasis voor het letselpreventiebeleid van VWS en de preventie-activiteiten van VeiligheidNL. In het kader van regionale preventie worden de overzichten beschikbaar gesteld aan gemeenten, verkeersveiligheidsregio's of andere regionale actoren die op basis hiervan gericht preventieve activiteiten kunnen uitvoeren.

In 2015 zal in minstens de helft van alle SEH's in Nederland zijn aangesloten op de simpelste variant, LIS Basis.

Figuur 1:



LIS varianten in 2015.

* Bij LIS Modules bepaalt het ziekenhuis zelf welke modules het wil inzetten. In deze figuur is gekozen voor de modules Privé en Geweld, maar iedere andere combinatie is mogelijk, net als de keus voor slechts één module.

Standaardisatie van registratie

Om de registratie tot een succes te kunnen maken is het nodig dat de aanlevering van gegevens vanuit de SEH's aan VeiligheidNL op een uniforme manier plaatsvindt. Met leveranciers van ziekenhuisinformatiesystemen en SEH's wordt bekeken wat de meest efficiënte aanpak daarvoor is. Twee opties zijn dan denkbaar: inpassing in het bestaande ZIS van een ziekenhuis of aanvullende registratie in een web-based module.

Naast een gestandaardiseerde manier van aanleveren laten we ook de inhoud zoveel mogelijk aansluiten bij bestaande registratiestandaarden. Denk bijvoorbeeld aan:

- de (poli)klinische registratie van de LBZ die uitgaat van de ICD-10;
- de (deels nog in ontwikkeling zijnde) kwaliteitsindicatoren van de NVSHA;
- de traumaregistratie.

VeiligheidNL en DHD streven samen naar integratie van LIS Basis in de LBZ, waardoor wij twee vliegen in één klap slaan: standaardisatie en beperking van de registratielast.

Op basis van de gegevensset in LIS Basis zorgt VeiligheidNL voor gestandaardiseerde overzichten van management- en benchmarkinformatie voor de deelnemende SEH's. Deze overzichten worden via een webportaal beschikbaar gesteld aan de deelnemende ziekenhuizen.

Beperking registratielast

In het huidige LIS worden de gegevens in de ziekenhuizen niet alleen geregistreerd, maar ook gecodeerd. Om de registratielast zoveel mogelijk te beperken, gaan we uit van registratie bij de bron (op de SEH-afdeling) waarbij de codering (grotendeels automatisch) plaatsvindt bij VeiligheidNL.

Bij LIS Basis wordt de inspanning tot een minimum beperkt door uit te gaan van bronregistratie, waarbij een aantal variabelen standaard wordt geregistreerd. Dat zijn variabelen betreffende de patiënt (geslacht, leeftijd), aandoening/letsel, herkomst/behandeling/doorverwijzing en de omstandigheden waaronder de patiënt het letsel opliep (privé, sport, arbeid, verkeer, geweld, zelfbeschadiging). De registratielast wordt verder beperkt door de hierboven beschreven integratie van LIS Basis in de LBZ.

De nadere toedrachtinformatie die nodig is voor LIS Modules en LIS Standaard wordt zo efficiënt mogelijk vastgelegd door eenmalig de patiënt bij binnenkomst zijn/haar verhaal te laten doen en dit vast te leggen in een tekstveld. Deze tekst wordt door VeiligheidNL met behulp van een automatisch tekstverwerkingssysteem gecodeerd in de LIS-classificatie.

Koppeling traumaregistratie en LIS

In Nederland zijn er 11 ziekenhuizen met een traumacentrum, die een regionale functie vervullen. Daartoe voeren zij een regionale traumaregistratie, die ook informatie levert aan de landelijke traumaregistratie (LTR). Het doel van de traumaregistratie is het verzamelen van gegevens van opgenomen patiënten, zowel landelijk als regionaal, ten behoeve van beleidsvorming, wetenschappelijk onderzoek en kwaliteitsbewaking.

VeiligheidNL streeft ernaar dat in 2015 LIS en de traumaregistratie gekoppeld zijn, zowel vanuit efficiency- als kwaliteitsoogpunt. Op deze manier voorkomen we dubbele registratie en kunnen beide databestanden elkaar optimaal versterken. Aanvullend op de LTR levert LIS inzicht in de toedrachten en in de patiëntengroep die niet wordt opgenomen. De gegevens uit de traumaregistratie voeden het letsellastmodel⁴ dat VeiligheidNL in samenwerking met ErasmusMC heeft ontwikkeld om de medische kosten, verzuimkosten en verlies aan kwaliteit van leven door letsels te kwantificeren.

Tekstbox 5:

Bescherming persoonsgegevens

De privacy van de patiënt wordt te allen tijde gewaarborgd. Direct identificerende patiëntgegevens zoals NAW of BSN worden nooit aan VeiligheidNL doorgeleverd. Bij LIS Basis wordt alleen niet-herleidbare data verzameld door VeiligheidNL. Bij LIS Modules en LIS Standaard worden gegevens verzameld die indirect (via een codesleutel) herleidbaar zijn. Conform de wettelijke bepalingen wordt bij deze LIS-varianten gebruik gemaakt van de 'opt-out' systematiek: patiënten worden geïnformeerd over de registratie en kunnen bezwaar maken tegen opname van hun gegevens in het LIS. Voor derden maakt VeiligheidNL alleen geaggregeerde overzichten, waarbij de informatie nooit herleidbaar is tot individuele patiënten.

Financiering

SEH-informatie vormt de basis voor zeer effectieve letselpreventie. De kosten en baten van preventie liggen echter bij verschillende actoren. Zo profiteren overheden en zorgverzekeraars van letselpreventie door lagere kosten voor de WMO, AWBZ en ZVW, terwijl inspanning van SEH-afdelingen en VeiligheidNL nodig zijn om de informatie beschikbaar te maken. In 2015 ziet de financiering van LIS er als volgt uit:

- De rijksoverheid (i.c. VWS en Rijkswaterstaat) financiert de werkzaamheden van VeiligheidNL voor de LIS-infrastructuur, gegevensverzameling en –analyse voor landelijk preventiebeleid en het beschikbaar stellen van management- en benchmarkinformatie aan deelnemende SEH-afdelingen.
- De vergoeding voor ziekenhuizen van deelname aan LIS Basis is in natura en bestaat uit de overzichten met management- en benchmarkinformatie (het gaat hier om een vergoeding in de vorm van een wederdienst: door deelname aan LIS Basis ontvangt het ziekenhuis de management- en benchmarkinformatie). Hierbij wordt uitgegaan van een minimale extra inspanning op de SEH-afdeling.
- De registratielast voor toedrachtinformatie die door de SEH-afdelingen binnen LIS Modules en LIS Standaard wordt vastgelegd wordt vergoed via het tarief van zorgverzekeraars.
- Gemeenten/regionale overheden financieren de analyse en ontsluiting van regionale SEH-informatie.

Governance

Om de vernieuwingen in LIS op een goede manier te monitoren en aansluiting te kunnen houden bij beleid én praktijk, stellen wij een beleidscommissie en een technische commissie in.

Beleidscommissie

De beleidscommissie houdt toezicht op de relevantie van de uitkomsten voor beleid. Afgevaardigden van de volgende organisaties worden uitgenodigd zitting te nemen in deze beleidscommissie: VWS, I&M, V&J, SZW, GGD Nederland, VNG, NVSHA, NVSHV, NVT, Rijkswaterstaat/WVL, DHD, zorgverzekeraars en VeiligheidNL.

Technische commissie

De technische commissie houdt zich bezig met de praktische uitvoerbaarheid van de registratie en alle relevante zaken daaromheen, waaronder kwaliteit en kennisdeling. De technische commissie bestaat uit SEH-hoofden en afgevaardigden van ZIS-leveranciers en VeiligheidNL.

1 <http://www.cpsc.gov/en/Research--Statistics/NEISS-Injury-Data/>
 2 <http://www.eurosafe.eu.com/csi/eurosafe2006.nsf/wwwFreeText/jamieprojectdocumentation.htm?OpenDocument&cont ext=7B506D71199DF2AEC1257857003CC238>
 3 <http://www.swov.nl/nl/actueel/persberichten/2011/110906-registratie-verkeersdoden.html>
 4 Stichting Consument en Veiligheid, (2009). Letsellastmodel : zorgconsumptie, verzuim en verlies aan kwaliteit van leven door letsel in Nederland.

Over VeiligheidNL

Stichting VeiligheidNL is een onafhankelijke non-profit organisatie met een maatschappelijk doel (ANBI-status), gespecialiseerd in letselpreventie. In haar missie heeft VeiligheidNL vastgelegd ernstige letsels in de woon-, werk- en leefomgeving te willen voorkomen door op een slimme manier kennis en kunde met elkaar te verbinden. De kerntaken daarbij zijn:

- Vroegtijdig signaleren van trends en ontwikkelingen;
- Onderzoek naar letsels en gedrag;
- Stimuleren en faciliteren van veilig gedrag.

VeiligheidNL wordt hoofdzakelijk gefinancierd uit publieke middelen. Het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport is de belangrijkste subsidieverstrekker. Andere publieke organisaties waarmee VeiligheidNL nauw samenwerkt zijn de Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit (productveiligheid), het ministerie van Infrastructuur en Milieu (verkeersveiligheid) en het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (arbeidsveiligheid). Ook werken we samen met de Europese Commissie en in opdracht van bedrijven, brancheorganisaties en instellingen.

Contact

VeiligheidNL

Contactpersoon: Karin Klein Wolt

Postbus 75169

1070 AD Amsterdam

020-5114579