

Q&A DICA 2016

Doelstelling, communicatie en klanttevredenheid DICA	2
1. Wat is de ambitie en doelstelling van DICA?	2
2. Welke bijdrage levert DICA aan de verbetering van kwaliteit en kostenbesparingen in de zorg?	2
3. Hoe zorgt DICA voor passende en regelmatige communicatie met ziekenhuizen (raad van bestuur, kwaliteitsadviseurs, enz.) en zorgprofessionals?	2
4. Aan wie en hoe kunnen vragen of verzoeken over DICA-activiteiten worden gesteld?	3
5. DICA heeft een klanttevredenheidsonderzoek gehouden in 2016. Krijgen ziekenhuizen (i.c. de gebruikersgroep) de uitkomsten, en de acties die DICA naar aanleiding daarvan neemt, teruggekoppeld en zo ja, hoe en wanneer?	3
Partijen en overeenkomsten	3
6. Wat is de aard en strekking van de afspraken tussen DICA en MRDM?	3
7. Wat is Patientinvolved en hoe verhoudt Patientinvolved zich tot DICA en MRDM?	3
8. Met welke overeenkomsten krijgt een ziekenhuis te maken in hun samenwerking met DICA en MRDM?	3
9. Waarom is er een nieuwe deelnameovereenkomst aangeboden en wat is daarin veranderd?	4
10. Wat zijn de consequenties als een ziekenhuis de gewijzigde deelnameovereenkomst niet ondertekent?	4
11. Ziekenhuizen hebben via NvZ vragen gesteld en opmerkingen gemaakt over de nieuwe deelnameovereenkomst en bijlagen. Hoe gaat DICA hierop reageren?	4
Privacybescherming	4
12. Welke maatregelen nemen DICA en MRDM om de privacy van patiënten te beschermen?	4
13. Hoe zijn de intellectuele eigendomsrechten van gegevens, die door ziekenhuizen aan MRDM en DICA worden aangeleverd, geregeld?	5
14. Zijn ziekenhuizen verplicht om gegevens aan MRDM te leveren?	5
15. Welke partijen hebben toegang tot de gegevens die ziekenhuizen aan DICA en MRDM verstrekt?	5
Registratie ontwikkeling, registratielast vermindering en waarde vergroting	5
16. Hoe wordt de wenselijkheid van een nieuwe registratie bepaald en wie beslist daarover?	5
17. Hoe wordt de wenselijkheid van registratie van PROMs bepaald en wie beslist daarover?	5
18. Wat doet DICA aan vermindering van de registratielast?	6
19. Wat doet DICA aan verhogen van de waarde van registraties voor zorgverleners?	6
Kosten en financiering	6
20. Hoe worden de DICA (en MRDM) activiteiten gefinancierd?	6
21. Hoe is de begroting 2016 voor de DICA (en MRDM) activiteiten opgebouwd?	6
22. Hoe zijn de kosten voor deelname aan een registratie (verplichte en vrijwillige onderdelen) opgebouwd?	7
23. Waarom zijn de kosten die aan ziekenhuizen in rekening worden gebracht in 2016 veel hoger dan de 50% stijging t.o.v. 2015 die te verklaren is uit de toename van het aantal registraties (van 5 naar 10)?	7
24. Waarom worden er voor 3 registraties (DLSA, DLRA en DLCA-L) kosten in rekening gebracht, terwijl deze registratie inmiddels is samengevoegd tot de DLCA?	7
Data-aanleverings-, bewerkings- en rapportageprocessen	7
25. Waarom zijn er twee aanleverportalen voor ziekenhuizen, die van DICA en die van OmniQ?	7
26. Welke gegevens moeten worden aangeleverd via het DICA-Transparantieportaal en welke ingevuld in het OmniQ-portaal?	8
27. DICA heeft de wens dat ziekenhuizen ieder kwartaal data aanleveren. Hoe verloopt dit aanlever- en rapportageproces en wat is de planning?	8
28. Hoe ziet het batch-testproces er uit en wanneer is deze succesvol?	8
29. Er zijn door ziekenhuizen verschillende knelpunten gemeld bij de aanlevering van data aan DICA in Q1 2016. Welke maatregelen neemt DICA om te zorgen dat deze knelpunten voortaan geen belemmering meer zijn?	9
30. Waar is informatie te krijgen over de bewerkingen die DICA doet tussen de data invoer en de uiteindelijke uitkomst (zoals rekenregels voor o.a. casemix correcties)? Deze informatie is noodzakelijk voor ziekenhuizen om de indicatoren te controleren voordat deze transparant worden gemaakt.	10
31. Als gevolg van concentratie zijn er steeds meer ziekenhuizen die samenwerken of fuseren. Deze ziekenhuizen willen graag inzicht in de kwaliteit van zorg op zowel locatie-niveau als ook concern-niveau. Wat zijn de mogelijkheden?	10
Wijzigingsproces datasets	10
32. Hoe ziet het (jaarlijkse) proces van wijziging (van definities) van datasets er uit?	10
33. Gaat DICA een afstemming organiseren om samen met gebruikers de datasets te doorlopen en te bepalen welke gegevens noodzakelijk zijn voor indicatoren voor spiegelinformatie en kwaliteitsverbetering en welke gegevens die gebruikt kunnen worden voor andere doeleinden zoals onderzoek?	10
34. Welke planning en communicatie aan ziekenhuizen volgt DICA bij de wijziging van datasets?	10

Doelstelling, communicatie en klanttevredenheid DICA

1. Wat is de ambitie en doelstelling van DICA?

DICA, Dutch Institute for Clinical Auditing, is het onafhankelijke instituut dat klinische registraties verricht. DICA staat voor Kwaliteitsverbetering, Transparantie en Kostenbesparing in de zorg om de zorg voor de patiënt nog beter te maken door middel van klinische registraties. DICA bestaat inmiddels 5 jaar en faciliteert 23 kwaliteitsregistraties.

DICA is ontstaan op de werkvloer, voor en door specialisten en faciliteert hen als onafhankelijke instantie met informatie. Nagenoeg 100% van de ziekenhuizen en een toenemend aantal ZBC's nemen deel aan de DICA registraties.

Deze registraties leveren informatie op waardoor de zorgverleners hun zorg verder kunnen optimaliseren. Het gaat DICA dus in eerste instantie om zorgevaluatie, zodat de teams in de ziekenhuizen snel (spiegel-) informatie hebben om hun zorg aan de patiënt verder te verbeteren.

2. Welke bijdrage levert DICA aan de verbetering van kwaliteit en kostenbesparingen in de zorg?

DICA bestaat inmiddels meer dan 5 jaar en in die tijd is gebleken dat het inzichtelijk maken van betrouwbare kwaliteitsinformatie aantoonbaar leidt tot verbeteringen in de zorg.

Enkele voorbeelden hoe DICA heeft bijgedragen aan de kwaliteit van zorg, besparing in de kosten en het stimuleren van innovatie:

Darmkanker

- De introductie van kijkoperaties bij darmkanker in Nederland is jaarlijks binnen het DICA systeem geëvalueerd. Er heeft hiermee een snelle en veilige introductie plaatsgevonden. Nederland loopt nu voorop in de wereld met het hoogste percentage minimaal invasieve darmkankerchirurgie (89%).
- 52% sterfte afname bij darmkanker van 4,8% in 2011 naar 2,3% in 2015.
- 30 Nederlandse ziekenhuizen hebben in de jaren 2010-2012 een besparing van 4,6 miljoen Euro weten te bereiken op gebied van darmkankeroperaties.

Borstkanker

- Toename in het aantal directe reconstructies in Nederland - van 15% in 2011 naar 26% in 2015.

Carotis

- In 2015 is het percentage patiënten met een stroke en/of overlijden na een carotisinterventie met 1,3% significant ($p=0.019$) gedaald naar 3,4% ten opzichte van 2014.

3. Hoe zorgt DICA voor passende en regelmatige communicatie met ziekenhuizen (raad van bestuur, kwaliteitsadviseurs, enz.) en zorgprofessionals?

Via informatiebrieven worden de Raad van Bestuur en kwaliteitsadviseurs van de ziekenhuizen op de hoogte van de laatste ontwikkelingen binnen DICA en de DICA registraties. Operationele instructies en aankondiging van wijzigingen in de datasets van registraties worden aan de kwaliteitsadviseurs en zorgprofessionals gecommuniceerd via de DICA Service Desk, bereikbaar via e-mail (dica-servicedesk@mrdm.eu) en telefoon (088-57 000 10). Dit is tevens het eerste aanspreekpunt voor operationele vragen. Het DICA congres heeft de afgelopen jaren een belangrijke bijdrage geleverd aan de kennisdeling binnen het werkdomein van DICA.

4. Aan wie en hoe kunnen vragen of verzoeken over DICA-activiteiten worden gesteld?

Voor specifieke, operationele vragen is onze Service Desk het eerste aanspreekpunt, bereikbaar via e-mail (dica-servicedesk@mrdm.eu) of telefoon (088-57 000 10). Voor vragen over reeds geplande activiteiten kan tevens contact opgenomen worden met het secretariaat via e-mail (secretariaat@dica.nl) of telefoon (088-57 000 00).

5. DICA heeft een klanttevredenheidsonderzoek gehouden in 2016. Krijgen ziekenhuizen (i.c. de gebruikersgroep) de uitkomsten, en de acties die DICA naar aanleiding daarvan neemt, teruggekoppeld en zo ja, hoe en wanneer?

DICA zal de resultaten en vastgestelde acties in het najaar 2016 delen.

Partijen en overeenkomsten

6. Wat is de aard en strekking van de afspraken tussen DICA en MRDM?

DICA verricht klinische registraties en levert daarmee betrouwbare analyses en vergelijkingen aan de zorgverleners en eventuele andere partijen. Wetenschappelijke verenigingen binnen DICA starten registraties en zijn betrokken bij de vaststelling van welke gegevens verzameld worden en welke indicatoren gebruikt worden. Met de verzamelde gegevens kan DICA clinical audits uitvoeren die tot doel hebben om onderzoek/metingen naar kwaliteit van zorg te doen. Hierdoor krijgt de deelnemer informatie voor zijn kwaliteitsprogramma en gevalideerde gegevens voor aangewezen derden, o.a. zorgverzekeraars.

MRDM (de IT partner van DICA en gegevensbewerker van het ziekenhuis, in het kader van DICA registraties) is de informatiebewerker, nodig voor de DICA registraties. MRDM bewerkt de patiëntgegevens zodanig dat DICA alleen gecodeerde (pseudoniem) gegevens ontvangt. Deze informatie is voor DICA niet tot individuele patiënten te herleiden. De ziekenhuizen sluiten rechtstreeks een overeenkomst met deze bewerker, MRDM is het verlengstuk van het ziekenhuis. MRDM is NEN 7510 en ISO 27001 gecertificeerd en voldoet aan de hoogste privacy standaarden; elke 7 maanden wordt hierop een audit verricht.

7. Wat is Patientinvolved en hoe verhoudt Patientinvolved zich tot DICA en MRDM?

Patientinvolved heeft PatientQuest ontwikkeld, waardoor PROMs en PREMs gekoppeld kunnen worden aan de klinische registraties. Deze organisatie werkt nauw samen met MRDM waardoor de resultaten gekoppeld kunnen worden aan DICA registraties. Patientinvolved is geen onderdeel van DICA. Patientinvolved levert het basis PROMs systeem, genaamd Patientfeedback, waarmee op ziekenhuisniveau inzicht wordt verkregen. Indien gewenst kunnen ziekenhuizen dit systeem "upgraden" naar PatientQuest voor gebruik op patiënteniveau in de spreekkamer. Deze functionaliteit wordt separaat aangeboden door Patientinvolved en is een betaalde dienst. Overigens kunnen meerdere marktpartijen de PROMs en PREMs leveren zolang voldaan kan worden aan privacy en technische voorwaarden. Marktpartijen die op dit moment bij ons bekend zijn: Vital health, Mediquest, Qualizorg en PatientQuest. MRDM faciliteert deze en nieuwe partijen via welke ziekenhuizen hun PROMs en PREMs gegevens willen leveren aan DICA.

8. Met welke overeenkomsten krijgt een ziekenhuis te maken in hun samenwerking met DICA en MRDM?

Via een aantal overeenkomsten tussen DICA, MRDM, PatientInvolved en ziekenhuizen worden de onderlinge verhouding, samenwerking en privacy als volgt geregeld:

- Er wordt een deelnameovereenkomst clinical audit tussen DICA en een individueel ziekenhuis gesloten voor de DICA registraties. Het reglement van DICA maakt onderdeel uit van de deelnameovereenkomst.

- Daarnaast sluit het individuele ziekenhuis rechtstreeks een bewerkersovereenkomst met MRDM, de informatiebewerker. Hier is DICA geen partij in.
- Tenslotte kan er ook nog een deelovereenkomst tussen Patientinvolved en individuele ziekenhuizen bestaan. De deelovereenkomst heeft betrekking op bewerking van de patiënten input (PREMs en PROMs).
- DICA heeft uiteraard strikte afspraken met MRDM die in lijn zijn met de voornoemde documenten; de afspraken voorzien onder meer in privacy naleving, validatie en betrouwbaarheid van gegevens.
- Bij genoemde documenten is privacy een cruciale voorwaarde. DICA heeft daarom een Privacycommissie.

9. Waarom is er een nieuwe deelnameovereenkomst aangeboden en wat is daarin veranderd?¹

Onlangs heeft DICA een update van de oude deelnameovereenkomst en het reglement aan de ziekenhuizen voorgelegd via een nieuwe overeenkomst. Deze update is ingegeven door veranderende regelgeving een verdere optimalisering en verankering van de geldende privacyregels. De rolverdeling tussen partijen is beter geborgd en er is een aantal artikelen verduidelijkt. De nieuwe deelnameovereenkomst en het reglement DICA zijn ter beoordeling voorgelegd aan de Privacycommissie van DICA.

10. Wat zijn de consequenties als een ziekenhuis de gewijzigde deelnameovereenkomst niet ondertekent?

Wanneer ziekenhuizen de update van de deelnameovereenkomst niet tekenen blijft de oude overeenkomst van kracht. Echter op den duur zullen hierover misverstanden en interpretatieverschillen ontstaan omdat de nieuwe overeenkomst naar de eisen van de huidige wet en regelgeving is gemaakt en een verduidelijking op rolverdeling en andere onderdelen bevat.

11. Ziekenhuizen hebben via NvZ vragen gesteld en opmerkingen gemaakt over de nieuwe deelnameovereenkomst en bijlagen. Hoe gaat DICA hierop reageren?

DICA heeft de ziekenhuizen die vragen hebben gesteld antwoord hierop gegeven. Bovendien is de deelnameovereenkomst op een paar punten verder aangescherpt naar aanleiding van het commentaar.

Privacybescherming

12. Welke maatregelen nemen DICA en MRDM om de privacy van patiënten te beschermen?

MRDM bewerkt de patiëntgegevens zodanig dat DICA alleen gecodeerde (pseudoniem) gegevens ontvangt. Deze informatie is voor DICA niet tot individuele patiënten te herleiden. MRDM is NEN 7510 en ISO 27001 gecertificeerd en voldoet aan de hoogste privacy standaarden; elke 7 maanden wordt hierop een audit verricht.

DICA heeft een Privacycommissie ingesteld. Deze is samengesteld uit vertegenwoordigers van de relevante koepelorganisaties en heeft een onafhankelijke voorzitter, juridisch deskundige op het gebied van privacywetgeving. Deze commissie ziet erop toe dat in de omgang met data wordt voldaan aan alle geldende regelgeving op dit gebied, waaronder ook de eisen van de Autoriteit Persoonsgegevens op het gebied van opslag en verwerking van data.

¹ Er lopen op dit moment (eind 2016) nog discussies met verschillende partijen over dit onderwerp.

13. Hoe zijn de intellectuele eigendomsrechten van gegevens, die door ziekenhuizen aan MRDM en DICA worden aangeleverd, geregeld?

Privacygevoelige informatie blijft altijd binnen het domein van de zorginstellingen en de zorgverlener blijft rechthebbende van de aangeleverde data. De Intellectueel Eigendomsrechten benoemd in de deelnameovereenkomst hebben alleen betrekking op de door DICA ontwikkelde methodologie, programmatuur en toebehoren.

14. Zijn ziekenhuizen verplicht om gegevens aan MRDM te leveren?

Omdat DICA geen toegang tot individueel herleidbare patiëntgegevens wil en mag hebben, is een informatiebewerker nodig om de DICA registraties te kunnen uitvoeren. Hoewel DICA geen partij is tussen de bewerkersovereenkomst van MRDM en het ziekenhuis, heeft DICA collectieve afspraken met MRDM als de bewerker van de data ten behoeve van DICA registraties. Er is namelijk veel geïnvesteerd om de input en output van gegevens goed en betrouwbaar op elkaar te laten aansluiten. Om deel te kunnen nemen aan een DICA registratie, zal het ziekenhuis gegevens moeten aanleveren aan MRDM.

15. Welke partijen hebben toegang tot de gegevens die ziekenhuizen aan DICA en MRDM verstrekt?

In beginsel niemand, enkel de ziekenhuizen zelf. DICA heeft geen inzage in de individuele patiëntendata van individuele ziekenhuizen. Via MijnDICA krijgt het ziekenhuis inzicht in haar prestaties op verschillende indicatoren. Daarnaast kunnen ziekenhuizen opdracht aan MRDM geven om gegevens door te leveren. Hoewel de registraties primair geen onderzoeksdoeleind kent, kunnen onderzoekers een gegevensaanvraag indienen. Na toekenning wordt anonieme data geleverd, deze is niet tot de patiënt en ook niet tot het ziekenhuis herleidbaar.

Registratie ontwikkeling, registratielast vermindering en waarde vergroting

16. Hoe wordt de wenselijkheid van een nieuwe registratie bepaald en wie beslist daarover?

Registraties worden op initiatief van de wetenschappelijke verenigingen gestart. DICA stelt zich hierin terughoudend op. DICA voorziet, vanwege de onmiskenbare waarde voor de gezondheidszorg, de komende jaren in een verdere uitbreiding van een aantal registraties.

DICA zal enkel registraties starten wanneer voldaan kan worden aan de landelijke toetssystematiek kwaliteitsregistraties MSZ. Daarnaast zal het initiatief genomen moeten worden door de betrokken wetenschappelijke vereniging.

17. Hoe wordt de wenselijkheid van registratie van PROMs bepaald en wie beslist daarover?

In lijn met de wens om de klinische kwaliteitsgegevens uit te breiden met patientervaringen worden op initiatief van de wetenschappelijke commissies van DICA bij een aantal registraties PROMS en PREMS toegevoegd. Deze ontwikkeling vindt plaats conform de leidraad van het Kwaliteitsinstituut. In beginsel is het aan de ziekenhuizen om de wenselijkheid te bepalen en dan wel deel te nemen of niet. Daarnaast kan het zijn dat zorgverzekeraars en patientenorganisaties de wenselijkheid dusdanig achten dat zij de indicatoren verplicht stellen. Privacyregels worden van groot belang geacht bij de ontwikkeling. DICA zal de introductie hiervan goed begeleiden en toelichten.

18. Wat doet DICA aan vermindering van de registratielast?

Vermindering van registratielast intern voor de ziekenhuizen staat bij DICA hoog op de agenda. We zien het belang van lastenvermindering, daarom zijn we ook continu in overleg met partijen om te onderzoeken of een stapsgewijze aanpak van samenwerking op onderdelen t.a.v. data vraag dubbelingen kan voorkomen. Er is een meersporenstrategie ingezet om administratieve lasten verder terug te dringen:

- (a) Gestructureerd vastleggen van gegevens aan de bron, zoals meer eenduidige data invoer in het eigen EPD (Elektronisch Patiënten Dossier);
- (b) meer koppelingen van registraties aan bestaande databases, zoals bij PALGA reeds gedaan;
- (c) Synchronisatie van de structuur van gegevens en stroomlijnen van uitvraag van kwaliteitsinformatie.

Met deze acties hopen we de eigen administratieve lastendruk met 50% te verminderen aankomende jaren. Denk daarbij ook aan de uniformering van definities en uitvragen tussen sets ter voorkoming van wisselende definities bij gelijke terminologie en/of dubbele registratie. Betrouwbaarheid, veiligheid en tijdigheid blijven hierbij voor DICA voorop staan.

19. Wat doet DICA aan verhogen van de waarde van registraties voor zorgverleners?

Het verhogen van de waarde van registraties door het gebruik te vergemakkelijken blijft tevens kernpunt voor DICA. Hierbij moet onder meer gedacht worden aan inzet op frequentere rapportage, internationale benchmarking, en grotere datatransparantie.

Dataverificatie wordt door MRDM in opdracht van DICA gedaan totdat registratie aan de bron volledig is geïmplementeerd (streefdatum 2020). De verificatie moet op bestendige en efficiënte manier geregeld worden, in samenwerking met de wetenschappelijke verenigingen en ziekenhuizen. DICA heeft als doel een optimaal gebruik van de data te kunnen faciliteren, zodat de zorgverleners de kwaliteit van het zorgproces verder kunnen verbeteren.

Kosten en financiering

20. Hoe worden de DICA (en MRDM) activiteiten gefinancierd?

Ziekenhuizen, zorgverzekeraars en medisch specialisten hebben van 2012 t/m 2015 DICA, en daarmee MRDM, gefinancierd voor de ontwikkeling, onderhoud en beheer van 10 registraties. In 2016 betalen ziekenhuizen voor het onderhoud en beheer van 10 DICA registraties en financiert ZN de (door)ontwikkeling van de overige registraties. Op dit moment faciliteert DICA 21 registraties. Ten opzichte van 2015 zijn er in 2016 11 extra registraties en extra activiteiten. ZN draagt het verschil tussen de DICA begrotingen van 2016 en 2015.

In 2017 en 2018 financiert ZN DICA rechtstreeks voor alle 21 kwaliteitsregistraties, dit betekend dat ziekenhuizen na 2016 hiervoor geen facturen meer ontvangen van DICA.

Daarnaast bieden MRDM en Patientinvolved additionele diensten, die ziekenhuizen naar eigen wens en tegen afzonderlijke vergoeding kunnen afnemen.

21. Hoe is de begroting 2016 voor de DICA (en MRDM) activiteiten opgebouwd?

De begroting is in drie delen opgebouwd. Het eerste deel bestaat uit organisatiekosten voor DICA zoals personeelskosten, huisvesting etc. Het tweede deel zijn registratiespecifieke kosten zoals vacatiegelden voor de wetenschappelijke commissie, ICT kosten voor de aansluiting van de audit, PROMS. Tot slot is het derde deel de inkoop van MRDM diensten zoals databeheer, security, hosting&housing van de data.

22. Hoe zijn de kosten voor deelname aan een registratie (verplichte en vrijwillige onderdelen) opgebouwd?

De kosten voor de DICA registraties bedragen gemiddeld per ziekenhuis tussen de 40.000 en 80.000 Euro (7 425 Euro per registratie). Dit is gemiddeld nog geen 0,1 procent van het totale ziekenhuisbudget, maar de totale besparingen die bereikt worden in de zorg overstijgen deze kosten verre.

23. Waarom zijn de kosten die aan ziekenhuizen in rekening worden gebracht in 2016 veel hoger dan de 50% stijging t.o.v. 2015 die te verklaren is uit de toename van het aantal registraties (van 5 naar 10)?

In 2015 waren 5 registraties in overgangsfianciering, waarbij ZN en FMS 70% van de kosten voor hun rekening namen. In 2016 zijn deze kosten volledig aan de ziekenhuizen gefactureerd.

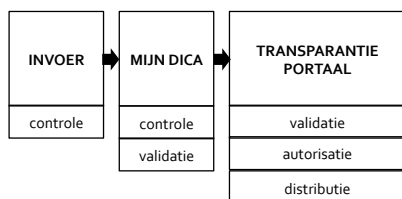
24. Waarom worden er voor 3 registraties (DLSA, DLRA en DLCA-L) kosten in rekening gebracht, terwijl deze registratie inmiddels is samengevoegd tot de DLCA?

Er zijn voor twee registraties kosten in rekening gebracht, voor de DLSA en voor de DLCA-R (voorheen DLRA). Voor de radiotherapie zijn apart kosten in rekening gebracht omdat het zo'n grote registratie is dat het gezien kan worden als separate registratie.

Data-aanleverings-, bewerkings- en rapportageprocessen

25. Hoe werkt het DICA transparantieportaal en de landelijke transparantiecycclus?

De wetenschappelijke commissie van elke registratie bepaalt jaarlijks vooraf welke gegevens worden verzameld en tripartite wordt afspraken gemaakt over welke indicatoren gebruikt worden om de kwaliteit van de geleverde zorg te bepalen. Gedurende het gehele jaar worden indicatoren teruggekoppeld in MijnDICA, wekelijks worden nieuwe gegevens verwerkt en kunnen ziekenhuizen in een benchmark zien hoe zij scoren op de indicatoren in vergelijking met de andere ziekenhuizen. De wetenschappelijke commissie maakt tripartite afspraken met de stakeholders over welke indicatoren extern gedeeld worden, ten behoeve van externe kwaliteitsmonitoring door het Zorg Instituut en voor de zorginkoop door de verzekeraars. MRDM, als bewerker voor de ziekenhuizen faciliteert de distributie van deze gegevens, enkel in opdracht van de ziekenhuizen en na autorisatie door de ziekenhuizen. In het transparantieportaal kunnen ziekenhuizen na afloop van het jaar de indicatoren die geselecteerd zijn voor doorlevering inzien en valideren. Net als in MijnDICA kan teruggegaan worden tot op patiëntniveau om deze validatie uit te voeren. Naast de indicatoren uit de registraties kunnen ook indicatoren ingevuld worden, welke niet op basis van de registraties te berekenen zijn, denk hierbij bijvoorbeeld aan de SONCOS vragenlijst. Nadat het ziekenhuis de gegevens heeft gevalideerd kan het ziekenhuis de gegevensdistributie autoriseren, door aan te geven welke partijen welke gegevens mogen ontvangen. Eén van de mogelijke ontvangende partijen is het Zorg Instituut. Deze gegevens worden na autorisatie automatisch verstuurd via OmniQ. Het ziekenhuis hoeft deze gegevens dus niet dubbel in te voeren.



26. Waarom zijn er twee aanleverportalen voor ziekenhuizen, het transparantieportaal van DICA en OmniQ?

OmniQ is het portaal voor aanlevering van kwaliteitsindicatoren ten behoeve van de transparantiekalender in opdracht van NVZ en NFU. Het Transparantie portaal van DICA is er voor ziekenhuizen om de DICA kwaliteitsindicatoren kunnen valideren en autoriseren voor doorlevering. Door koppeling met MijnDICA kunnen de onderliggende gegevens tevens ingezien worden en kan verduidelijking gevraagd worden bij de service-desk. Op deze wijze blijven ziekenhuizen in de lead wat betreft de data. De indicatoren worden na validatie en autorisatie in het transparantieportaal van DICA doorgeleverd via OmniQ naar ZIN.

27. Welke gegevens moeten worden aangeleverd via het transparantieportaal van DICA en welke ingevuld in het OmniQ-portaal?

Indicatoren op basis van DICA registraties worden automatisch doorgeleverd aan OmniQ (uiteraard enkel na autorisatie door het ziekenhuis). Tevens biedt DICA een platform voor de uitvraag van structuurindicatoren (zoals SONCOS), welke ook automatisch doorgeleverd worden aan OmniQ. Overige (niet DICA) registraties worden door de ziekenhuizen direct in OmniQ ingevuld. Het DICA transparantieportaal is in 2015 gereed gemaakt om voor de indicatoren doorlevering van niet-DICA registraties die hier gebruik van willen maken.

28. DICA heeft de wens dat ziekenhuizen minimaal ieder kwartaal data aanleveren. Hoe verloopt dit aanlever- en rapportageproces en wat is de planning?

Ten behoeve van continue terugkoppeling worden ziekenhuizen aangemoedigd om zeer periodiek aan te leveren, het liefst real-time. De ambitie is om deze gegevens wekelijks up-to-date terug te koppelen in MijnDICA. Voor de invoer zijn twee stromen: registratie in Survey (online data invoer) en batch-aanlevering. Voor de batch-aanlevering streven we naar een minimale frequentie van 4 keer per jaar.

29. Hoe ziet het batch-testproces er uit en wanneer is deze succesvol?

Wanneer een ziekenhuis er voor kiest om voor een klinische registratie per batch gegevens aan te leveren aan MRDM dienen ze rekening te houden met onderstaande richtlijnen en regels:

Ondergrens test fase

Alvorens een batch via de productie omgeving mag worden geupload dient de organisatie te hebben aangetoond dat zij, op technisch vlak, een goede batch voor de betreffende registratie kunnen opstellen.

De test-ondergrens wordt behaald wanneer:

- de aanlevering voldoet aan de huidige datadictionary
- er uniform gebruik wordt gemaakt van punten/komma's bij het aanleveren van decimaal getallen.
- wanneer de aanlevering voldoet aan de regels die gelden voor het gekozen aanleverformaat

Wanneer de ondergrens wordt behaald mogen de betreffende batch en de opvolgende batches worden geupload naar de productie omgeving.

Inhoudelijke wijziging in de registratie

Bij een inhoudelijke wijziging in de registratie wordt ter controle de eerstvolgende batch aanlevering op de test omgeving aangeleverd.

Naast deze regels zijn er ook nog afzonderlijke regels per aanleverformaat (CSV, XML, XLS). Deze zullen allemaal voor de batch leveranciers beschikbaar worden gesteld, zie hiervoor ook de vraag over gemelde knelpunten.

Een aangeleverde batch wordt naast het punt 'technische correctheid' (ondergrens) ook gecontroleerd op inhoud. Dat rapport kan pas gemaakt worden op de test omgeving als de data voldoet aan de ondergrens. Dat dit rapport gedraaid kan worden geeft aan dat de leverancier naar productie mag. Dit gebeurt middels de validatie controle. In deze controle wordt de batch gecontroleerd op de errors die zich zouden voordoen wanneer de data ingelezen wordt in het registratiesysteem. Een aantal errors kunnen er voor zorgen dat een bepaald record (of variabele) niet ingelezen kan worden (bijvoorbeeld als er een waarde aangeleverd wordt die niet in de definities staat). Echter is verder de aanleveraar zelf verantwoordelijk voor het opvolgen van de errors of om toch akkoord te geven voor het inlezen en de errors te negeren.

30. Er zijn door ziekenhuizen verschillende knelpunten gemeld bij de aanlevering van data aan DICA in Q1 2016. Welke maatregelen neemt DICA om te zorgen dat deze knelpunten voortaan geen belemmering meer zijn?

DICA heeft verschillende knelpunten gemeld gekregen, zoals fouten in berekening van indicatoren, te laat ingelezen batches, een complexe, gebruikersonvriendelijke autorisatiematrix, te late oplevering van indicatorrapportages. Zo is er op dit moment voor 4 registraties (DACI, DSCA, DUCA en DSAA) een dubbele registratie: er is een 2016-versie naast de 'oude' versie. Momenteel zijn beide surveys nog actief en is de rapportage gebouwd op de 'oude' variant. Gevolg is dat er momenteel nog geen terugkoppeling over de 2016 data is. Zodra de conversie van alle oude data naar de 2016 variant is gerealiseerd wordt dit weer mogelijk. Hier wordt hard aan gewerkt. Als de rapporten in productie genomen kunnen worden, kunnen ook de 2016 indicatoren worden teruggekoppeld. DICA doet er alles aan om dit op korte termijn in orde te maken en heeft de intentie die in het 4e kwartaal 2016 gebruiksklaar te hebben.

De Follow Up signaleringslijst voor de DHFA is niet meer actueel. Dit heeft te maken met een forse conversie die medio februari is geweest. Op dit moment wordt hier hard aan gewerkt zodat een actuele lijst op korte termijn kan worden opgeleverd, de intentie is 4e kwartaal 2016.

Laat inlezen van batches: Doordat batches niet voldeden aan de gestelde eisen volgens de datadictionary is er veel tijd besteed aan het toch mogelijk maken om deze data in te lezen. Daarnaast waren er veel nieuwe batch leveranciers die door het jaar heen nog geen data hadden aangeleverd en die op de deadline voor het eerst een levering deden. Dit heeft er voor gezorgd dat er nog nieuwe data na de deadline aangeleverd moest worden die wel in te lezen zou zijn omdat er anders geen data was van een heel aantal instellingen.

Het afgelopen half jaar is er veel tijd besteed aan het automatiseren van het batch proces. Rond september zullen de batch leveranciers een informatie pakket ontvangen met instructies over hoe ze data moeten gaan aanleveren zodat het ook geautomatiseerd verwerkt kan worden. Er worden veel uitgebreidere instructies beschikbaar gesteld per aanlevermethode in handleidingen, de validatierapporten zijn helemaal vernieuwd waarbij het mogelijk is om de validaties op patiëntniveau terug te koppelen aan de aanleveraar en zal er van de batch leveranciers verwacht worden dat ze voor het einde van het jaar een test batch hebben aangeleverd. Ook worden er reminders verzonden aan instellingen die nog geen data hebben aangeleverd en waarvan het vermoeden bestaat dat ze dat wel gaan doen.

Autorisatiematrix: Op dit moment wordt er gewerkt aan een nieuwe autorisatiematrix die bij de nieuwe ronde van het Transparantieportaal in gebruik genomen gaat worden. Deze sluit aan bij de gebruikerservaring die gebruikers ook al kennen van andere systemen die MRDM samen met DICA aanbiedt. Hierdoor zal er een verbeterde gebruikerservaring zijn maar met behoud van secure en heldere autorisatie methode.

Late oplevering indicatorenrapportages: Een van de redenen dat de indicatoren rapportages laat beschikbaar waren was het feit dat er nog conversies doorgevoerd moesten worden die klaar moesten zijn voordat de rapporten gemaakt konden worden. Dit jaar is het zo dat de registraties een nieuwe versie naast de oude versie beschikbaar krijgen zodat dit geen knelpunt meer kan zijn. Daarnaast is de planning ook aangepast waardoor de nieuwe registraties eerder klaar moeten zijn. Een van de andere redenen is het laat

beschikbaar komen van de indicatoredefinities. Ook hierin is de procedure aangepast, de definities zijn nu al beschikbaar en er wordt nu al gewerkt aan de rapportages van het komende Transparantieportaal, daar waar de definities eerder pas na de zomer bekend gemaakt werden. Ook dit zal dus geen knelpunt meer vormen.

31. **Waar is informatie te krijgen over de bewerkingen die DICA doet tussen de data invoer en de uiteindelijke uitkomst (zoals rekenregels voor o.a. casemix correcties)? Deze informatie is noodzakelijk voor ziekenhuizen om de indicatoren te controleren voordat deze transparant worden gemaakt.**

De indicatoren staan beschreven in het indicatoredocument, welke te vinden is op de website van DICA. Hierin staan onder andere de teller en noemer beschreven, het registratiejaar waarvoor de indicator is vastgesteld en wordt indien nodig de norm of definitie nader toegelicht. Daarnaast is er binnen de indicatorenrapportage op MijnDICA (of op het Transparantieportaal) per indicator een detailoverzicht beschikbaar, waarop een in- en exclusieoverzicht van de patiënten binnen de indicator wordt gepresenteerd. Op dit detailoverzicht staan ook de rekenregels van de teller en de noemer van de indicator beschreven.

32. **Als gevolg van concentratie zijn er steeds meer ziekenhuizen die samenwerken of fuseren. Deze ziekenhuizen willen graag inzicht in de kwaliteit van zorg op zowel locatie-niveau als ook concernniveau. Wat zijn de mogelijkheden?**

Het is mogelijk om per locatie een separate registratie af te (blijven) nemen, waardoor gegevens op locatie-niveau verzameld worden. Vervolgens is het mogelijk om tegen een kleine meerprijs een regio-dashboard te laten inrichten. Hierbij kunnen gegevens van verschillende locaties of samenwerk-partners in een onderlinge benchmark getoond worden. Voor meer informatie over de mogelijkheden en een vrijblijvende offerte kunt u contact op nemen met de Service Desk (dica-servicedesk@mrdm.eu of 088-57 000 10).

Wijzigingsproces datasets

33. **Hoe ziet het (jaarlijkse) proces van wijziging (van definities) van datasets er uit?**

Jaarlijks worden tijdens de indicatoredagen de indicatoredefinities vastgesteld. Wijzigingen en aanvullingen binnen de indicatoredefinities kunnen leiden tot aanpassingen in de registratie, zoals het toevoegen of verwijderen van items en het aanpassen of uitbreiden van antwoordopties. Daarnaast kunnen wijzigingen in de registratie worden geïnitieerd door toevoeging van een nieuwe beroepsgroep. DICA brengt de nodige wijzigingen in kaart en implementeert deze in samenwerking met MRDM binnen de registratie.

34. **Gaat DICA een afstemming organiseren om samen met gebruikers de datasets te doorlopen en te bepalen welke gegevens noodzakelijk zijn voor indicatoren voor spiegelinformatie en kwaliteitsverbetering en welke gegevens die gebruikt kunnen worden voor andere doeleinden zoals onderzoek?**

Verantwoordelijkheid voor de dataset ligt bij de wetenschappelijke commissie. Er worden geen gegevens vastgelegd sec voor onderzoek. Er zijn vrijwillige modules mogelijk wanneer ziekenhuizen een uitgebreidere set willen vastleggen, o.a. ten behoeve van onderzoek.

35. **Welke planning en communicatie aan ziekenhuizen volgt DICA bij de wijziging van datasets?**

MRDM werkt met een planning voor de afdeling Design. Hierin zijn de jaarlijkse updates van de DICA registraties opgenomen. De planning wordt afgestemd met de arts-onderzoekers van DICA, waardoor er per 1/1/2017 van elke registratie een nieuwe registratie live staat naast de lopende versie. Indien de jaarlijkse

update zeer beperkt is, wordt er meteen een conversie doorgevoerd; indien er een (grote) verandering is die consequenties heeft voor de indicatoren, komt er een versie naast de huidige versie te staan.

Over de wijzigingen wordt communicatie verzorgd door DICA per e-mail. Datadictionaries en CRF's (invulformulieren) worden automatisch toegezonden aan batch-leveranciers met bijbehorende conversiedocumenten. Dit betekent concreet, dat in oktober voor de eerste registraties de documentatie zullen worden verzonden. Conversiedocumenten worden tegelijk met changes opgeleverd door de arts-onderzoekers van DICA. Parallel aan de planning voor Design komt er een planning voor ETL en testers voor de conversie. Hierdoor liggen deze, getest en wel, klaar op het moment dat het Transparantieportaal dicht is en kunnen ze meteen doorgevoerd worden.