

Indicatorenset DMTR

Uitvraag ziekenhuizen/ZBC's over verslagjaar 2020

Versie, 2020.2

Meer informatie op:
www.transparantieportaal.nl
www.dica.nl
www.zorginzicht.nl

Samengesteld door:
NVMO
ZN
NFK

Contactinformatie:
DICA
indicatoren@dica.nl

Deze indicatorset is opgenomen in het register van Zorginstituut Nederland. Vrijwillige en verplichte indicatoren worden aangeleverd via het door de koepelorganisaties gekozen aanleverportaal (gegevensmakelaar). Die faciliteert de route (aanlevering en publicatie) voor verplichte transparantie. De verplicht aangeleverde gegevens worden door Zorginstituut Nederland gepubliceerd.

Inhoud

| | | |
|-----|--|---|
| 1 | Overzicht indicatoren | 2 |
| 2 | Algemene informatie | 4 |
| 2.1 | Uitgangspunten | 4 |
| 2.2 | Populatiebepaling | 4 |
| 2.3 | Aanlevering van de gegevens | 4 |
| 2.4 | Indicatorenwerkgroep | 4 |
| 3 | Indicatoren | 5 |
| 4 | Wijzigingstabel | 7 |
| 5 | Bijlage: toelichting op informatie per indicator | 8 |

1 Overzicht indicatoren

| Indicator- nummer | Indicatornaam | Bron¹ | Transparantie?² |
|------------------------------|----------------------|-------------------------|-----------------------------------|
| 1 | Volume | DMTR | Verplicht |
| 2 | PROMs respons | DMTR | Verplicht |

¹ Vul hier de bron van de indicator in (bijvoorbeeld kwaliteitsregistratie X, EPD, ZIS, etc.)

² Vrijwillige indicatoren worden niet opgenomen op de Transparantiekalender en dus niet aangeleverd aan en gepubliceerd door Zorginstituut Nederland. Vrijwillige indicatoren worden gedeeld met de Zorgverzekeraars, Patiëntenorganisaties en Zorgaanbieders

2 Algemene informatie

2.1 Uitgangspunten

De indicatoren zijn gebaseerd op de DMTR kwaliteitsregistratie.
Aanlevering op ziekenhuisniveau/ZBC.

2.2 Populatiebepaling

Voor alle indicatoren in deze indicatorenset bestaat de populatie uit:

Inclusie:

- Patiënten met een irresectabel stadium IIIc en/of IV melanoom gezien in een melanoomcentrum.
- Patiënten met een stadium III of IV melanoom die (neo-)adjuvant behandeld worden in een melanoomcentrum.

Exclusie:

Niet cytologisch of histologisch bewezen melanoom.

2.3 Aanlevering van de gegevens

Via www.zorginzicht.nl is het processchema te raadplegen voor de aanlevering van de gegevens behorende bij de indicatoren.

2.4 Indicatorenwerkgroep

De werkgroep voor het onderhoud van de indicatorset DMTR bestond in 2019 uit de volgende personen:

Dhr. dr. A.J.M. van den Eertwegh (voorzitter)

3 Indicatoren

| | |
|--|--|
| Indicatornaam | Volume |
| Indicatornummer | 1 |
| Operationalisatie | Aantal patiënten per melanoomcentrum. |
| Informatie voor cliënten | Inzicht in het aantal behandelde patiënten. |
| Transparantie | Verplicht |
| Type indicator | Proces |
| Relevantie | Inzicht in het aantal behandelde patiënten. |
| Datatype | Aantal |
| Bron (achtergrond) van de indicator | DMTR |
| Rekenregels en definities | |
| Teller A | Aantal nieuwe irresectabel IIIC/IV patiënten per melanoomcentrum. |
| Teller B | Aantal irresectabel IIIC/IV patiënten onder behandeling bij een melanoomcentrum*. |
| Teller C | Aantal nieuwe adjuvant behandelde stadium III patiënten per melanoomcentrum**. |
| Antwoordopties | Aantal; één antwoord mogelijk |
| Definitie | *Teller B: het aantal patiënten wordt over alle registratiejaren berekend. Hierbij is het aantal patiënten onafhankelijk van de behandeling die de patiënt wel of niet heeft ondergaan. **Teller C: vanaf 01-01-2019; patiënt kan in beide groepen (adjuvante behandeling stadium III en irresectabel IIIC/IV) terecht komen. |
| In-/exclusiecriteria | Inclusie: <ul style="list-style-type: none"> • Patiënten met een irresectabel stadium IIIc en/of IV melanoom gezien in een melanoomcentrum. • Patiënten met een stadium III of IV melanoom die (neo-)adjuvant behandeld worden in een melanoomcentrum. Exclusie: Niet cytologisch of histologisch bewezen melanoom. |
| Databron (registratie) | DMTR |
| Meetperiode | 01-01-2020 t/m 31-12-2020 |
| Aanleverfrequentie | Eén keer per jaar |
| Aanleverniveau | Locatieniveau |

| | |
|--|--|
| Indicator naam | PROMs respons |
| Indicator nummer | 2 |
| Operationalisatie | Percentage patiënten dat heeft deelgenomen aan de PROMs vragenlijst. |
| Informatie voor cliënten | Inzicht in de afname van PROMs. |
| Transparantie | Verplicht |
| Type indicator | Proces |
| Relevantie | Inzicht in de afname van PROMs. |
| Datatype | Aantal |
| Bron (achtergrond) van de indicator | DMTR |
| Rekenregels en definities | |
| Teller A | Aantal geïncludeerde patiënten in de klinische registratie van de DMTR dat bij inclusie heeft deelgenomen aan de PROMs vragenlijst*. |
| Teller B | Aantal geïncludeerde patiënten in de klinische registratie van de DMTR dat bij het tweede meetmoment (3 maanden na inclusie**) heeft deelgenomen aan de PROMs vragenlijst*. |
| Noemer A | Aantal patiënten opgenomen in de klinische registratie van de DMTR. |
| Noemer B | Aantal patiënten opgenomen in de klinische registratie van de DMTR**. |
| Antwoordopties | Aantal; één antwoord mogelijk |
| Definitie | *PROMs gemeten met de FACT-generiek, FACT-melanoom en EQ5D-vragenlijsten. **Patiënten die zijn overleden (tot 30 dagen na het tweede meetmoment) worden geëxcludeerd. |
| In-/exclusiecriteria | Inclusie: <ul style="list-style-type: none"> • Patiënten met een irresectabel stadium IIIc en/of IV melanoom gezien in een melanoomcentrum. • Patiënten met een stadium III of IV melanoom die (neo-)adjuvant behandeld worden in een melanoomcentrum. Exclusie: Niet cytologisch of histologisch bewezen melanoom. |
| Databron (registratie) | DMTR |
| Meetperiode | 01-07-2019 t/m 30-06-2020 |
| Aanleverfrequentie | Eén keer per jaar |
| Aanleverniveau | Locatieniveau |

4 Wijzigingstabel

Wijzigingstabel ten opzichte van de gids van verslagjaar 2019

| Indicator | Wijziging |
|------------------|------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

5 Bijlage: toelichting op informatie per indicator

| | |
|--|--|
| Operationalisatie | De indicator in één korte zin omschreven. Let op: vermeld duidelijk de eenheid van de indicator in deze zin. Bijvoorbeeld: 'wachtijd in dagen'. |
| Informatie voor cliënten | Het belang van en de betekenis van de indicator wordt hier kort zonder vaktermen verwoord. Een indicator is een meetbaar onderdeel van de zorg wat iets kan zeggen over de kwaliteit van zorg. In de informatie van cliënten wordt beknopt omschreven wat de indicator betekent en hoe deze geïnterpreteerd moet worden ('lager is beter', 'een instelling moet onder de norm van X scoren'). |
| Transparantie | <ul style="list-style-type: none"> - verplicht (publicatie in Openbare Database van Zorginstituut Nederland) - vrijwillig (geen openbare publicatie. Doorlevering alleen naar patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en zorgaanbieders) |
| Type indicator | <ul style="list-style-type: none"> - Uitkomst - Proces - Structuur |
| Relevantie | Geef aan waarom de indicator relevant is en voor wie. |
| Datatype | Het datatype dat moet worden aangeleverd: <ul style="list-style-type: none"> - tekst (vrije tekst of een keuze uit een lijst in de indicatorgids) - ja/nee - aantal (een geheel getal) - getal - percentage (een getal tussen 0 en 100. Teller/noemer *100) |
| Bron (achtergrond) van de indicator | Op basis waarvan is de indicator opgesteld? Verwijs naar een richtlijn/standaard, of een internationale indicatorset waarin de indicator ook is opgenomen. Dit vergroot de validiteit van de indicator: zegt deze indicator echt iets over kwaliteit van zorg? |
| Rekenregels en definities | |
| Teller(s) | Het getal boven de streep van een breuk. De teller is altijd een deelverzameling van de noemer. Om lange formuleringen te vermijden, is de volledige omschrijving van de deelverzameling niet altijd herhaald in de teller. |
| Noemer | Het getal onder de streep van een breuk. Nauwkeurige beschrijving van de cliëntenpopulatie. Indien er sprake van een structuurindicator is, dan is noemer niet van toepassing. |
| Vraag | Wanneer er een vraag wordt gesteld over de organisatie van de zorg (vaak een klantpreferentievraag), dan kan de vraag aan de instelling hier geplaatst worden. De operationalisatie is dan hoe de indicator wordt gepubliceerd. Bijvoorbeeld: Vraag: "Op welke manier kunnen patiënten na de operatie contact opnemen bij vragen?" Operationalisatie: "Aangeboden manieren postoperatief |

| | |
|-----------------------------------|---|
| | contact” |
| Antwoordopties | Bij vragen is het belangrijk aan te geven of er slechts één antwoord mogelijk is of meerdere antwoorden mogelijk zijn. Daarnaast moeten de antwoordopties vermeld worden. |
| Definitie | Indien in de indicator termen worden gebruikt die enige toelichting nodig hebben, zodat betrouwbaar kan worden geregistreerd, dan wordt een definitie gegeven. |
| In- /exclusiecriteria | Een duidelijke definiëring van de cliëntenpopulatie vertaalt zich uiteindelijk in duidelijke in- en exclusiecriteria. Daarnaast kunnen exclusiecriteria gebruikt worden om vergelijkbaarheid te vergroten. Bijvoorbeeld als bepaalde cliëntengroepen niet gelijk over instellingen zijn verdeeld. |
| Casemix | Wanneer het relevant is voor een indicator kunnen cliëntkenmerken gebruikt worden voor het corrigeren van de indicatorwaarde. Hier moet worden aangegeven of er een casemixcorrectie plaatsvindt en op welke variabelen. |
| Databron (registratie) | De te gebruiken bron voor het berekenen van de indicatorwaarde. Bijvoorbeeld: LROI, NKR, DLCA-R, EPD, Zorgkaart Nederland |
| Norm | Als de indicator een norm kent, wordt deze hier in de indicatorgids vermeld. Ook de bron van de norm wordt vermeld. |
| Meetperiode | De meetperiode is de periode waarin de metingen worden gedaan. Dit is standaard het hele kalenderjaar (01-01 t/m 31-12), maar hier kan van worden afgeweken. Bij follow-upmetingen moet een expliciete keuze worden gemaakt: een meting drie maanden postoperatief binnen het verslagjaar betekent dat de operatie ook in de laatste drie maanden van het voorgaande jaar kan zijn uitgevoerd. Soms wordt er een peildatum gebruikt in plaats van een meetperiode (vaak bij structuurindicatoren). De peildatum ligt dan vaak op 01-03 van het jaar ná het verslagjaar. |
| Aanleverfrequentie | De frequentie waarmee de indicatoren aangeleverd worden. Afspraken over de frequentie worden landelijk gemaakt. Dit is momenteel één keer per jaar. |
| Aanleverniveau | Het niveau waarop de indicatoren worden aangeleverd; in beginsel worden alle indicatoren op locatieniveau aangeleverd. In de uitgangspunten in de indicatorgids wordt voor de hele set aangegeven hoe hier mee om wordt gegaan. Per indicator kunnen specifieke aanwijzingen worden gegeven, bijvoorbeeld voor proces- en uitkomstindicatoren afkomstig uit kwaliteitsregistraties op concernniveau. |