

Toetstabel Melanoom (DMTR) verslagjaar 2022

Operationalisatie	Aard van de wijziging	Criteria Toetsingskader	Advies werkgroep	PFN	FMS	V&VN	ZN	NVZ	NFU	ZKN	WSCie
Indicator 1											
	Geen wijzigingen	Criterion 1 t/m 6	Verplicht	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord
Overweging ZIN	Er is consensus in de werkgroep over het verplicht transparant behouden van deze indicator. Het proces van de samenwerkingsafspraken MSZ is gevolgd. Dit proces is vormgegeven als een verbetercyclus waarin de relevante partijen hun eigen toetsing uitvoeren (betrokkenheid relevante partijen en registraties, uitvoeren registratietoets, autoriseringsronde). Conform dit proces neemt het Zorginstituut het advies van de werkgroep over.										
Advies ZIN	Verplicht transparant										
Indicator 2											
	Vulling indicator gewijzigd naar responsindicator en volledigheidindicator gemeten met EQ-5D-5L, de FACT-M en/of de (FACT-G of EORTC QLQ-C30). Tweede meetmoment (teller B) geschrapt, tweede meetmoment geschrapt, aanpassing inclusieperiode voor PROMs respons van patiënten. PROMs respons kunnen nu in de indicator meegeteld worden tot 6 maanden na start van systemische therapie.	Criterion 1 t/m 6	Verplicht	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord	akkoord
Overweging ZIN	Er is consensus in de werkgroep over het wijzigen van de vulling, het schrappen van het tweede meetmoment (teller B) en de aanpassing van de inclusieperiode van indicator 2. Het proces van de samenwerkingsafspraken MSZ is gevolgd. Dit proces is vormgegeven als een verbetercyclus waarin de relevante partijen hun eigen toetsing uitvoeren (betrokkenheid relevante partijen en registraties, uitvoeren registratietoets, autoriseringsronde). Conform dit proces neemt het Zorginstituut het advies van de werkgroep over.										
Advies ZIN	Verplicht transparant										

Indicatorenset DMTR

Uitvraag ziekenhuizen/ZBC's over verslagjaar 2022

Versie 2022.1, juni 2021

Meer informatie op:

- www.transparantieportaal.nl
- www.dica.nl
- www.zorginzicht.nl

Samengesteld door:

NVMO
ZN
NFK

Aanspreekpunt:

DICA
indicatoren@dica.nl

Deze indicatorset is na toetsing opgenomen in het Register van Zorginstituut Nederland. Verplichte en eventuele vrijwillige indicatoren worden aangeleverd via het door de partijen 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	3
2	Algemene informatie	4
2.1	Uitgangspunten	4
2.2	Populatiebepaling	4
2.3	Aanlevering van de gegevens	4
2.4	Indicatorenwerkgroep	4
3	Vast te leggen gegevens	5
4	Indicatoren	6
5	Wijzigingstabel	9
6	Bijlage: toelichting op informatie per indicator	10

1 Overzicht indicatoren

Indicator-nummer¹	Indicator-naam	Bron²	Transparantie?³
1	Volume	DMTR	Verplicht
2	PROMs respons	DMTR	Verplicht

¹ Kies in de gids voor een heldere nummering: 1, 2, 3 en voor subindicatoren 1a, 1b, 1c. Gelaagdheid, gebruik van punten of romeinse cijfers zorgt voor onduidelijkheid. Het indicatornummer is handig voor gebruik in deze gids, maar zorgt bij het raadplegen van gegevens van verschillende jaren vaak voor verwarring, omdat indicatornummers vaak wijzigen, terwijl de indicator zelf gelijk blijft. Om die reden geeft Zorginstituut Nederland een uniek indicator-ID (INID) af voor iedere verplichte indicator.

² Vul hier de bron in waarin de gegevens voor de indicator worden vastgelegd (bijvoorbeeld kwaliteitsregistratie X, EPD, ZIS, etc)

³ Vrijwillige indicatoren worden niet opgenomen op de Transparantiekalender en dus niet aangeleverd aan en gepubliceerd door Zorginstituut Nederland. Vrijwillige indicatoren worden gedeeld met zorgverzekeraars, cliëntorganisaties en zorgaanbieders

2 Algemene informatie

2.1 Uitgangspunten

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

- Doel van deze indicatorset is (meerkeuze):
 - o interne sturing (waaronder leren & verbeteren)
 - o verkrijgen van transparantie over verleende zorg (waaronder samen beslissen)
 - o het afleggen van externe verantwoording

- Gepubliceerde transparante gegevens uit de openbare database zijn bedoeld voor (meerkeuze):
 - o Cliënten
 - o Zorgaanbieders en zorgverleners
 - o Zorgverzekeraars
 - o Toezichthouders, waaronder de IGJ en NZa
 - o Onderzoekers

De indicatoren zijn gebaseerd op:

- o Kwaliteitsstandaard, namelijk: SONCOS normeringsrapport.

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 2021 uit de volgende personen:

Mw. dr. K.P.M. Suijkerbuijk (voorzitter)

Mw. drs. M.M. de Meza

Dhr. drs. O.J. van Not

3 Vast te leggen gegevens

Om als zorgaanbieder deze indicatorset te kunnen aanleveren, moeten per cliënt de volgende gegevens (variabelen) worden vastgelegd:⁴

De informatie over de vast te leggen gegevens voor deze indicatorenset zijn te vinden in de datadictionary van de DMTR op <https://support.mrdm.nl/registraties/dmtr/>

⁴ Als alle zorgaanbieders dezelfde (kwaliteits)registratie gebruiken kun je dit hoofdstuk leeg laten. Als er echter verschillen zijn in registratie of verwerker van gegevens is dit overzicht noodzakelijk om kwaliteit van de gegevens te borgen.

4 Indicatoren

Indicatornaam	Volume
Indicatornummer	1
Operationalisatie	Aantal patiënten per melanoomcentrum.
Informatie voor cliënten	Deze indicator geeft inzicht in het aantal patiënten dat een melanoomcentrum behandelt; het aantal nieuwe patiënten en het totaal aantal patiënten dat ze behandelen. Het geeft inzicht in de ervaring die ze met melanoompatiënten hebben.
Relevantie en toepasbaarheid	Inzicht in het aantal behandelde patiënten.
Type indicator	Proces
Achtergrond van de indicator	Document: SONCOS normeringsrapport Initiator: tripartiet
Doel van het meten en publiceren	Monitoren van het aantal nieuwe patiënten en het totaal aantal patiënten onder behandeling in een melanoomcentrum ten behoeve van het waarborgen van kwaliteit van zorg.
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Aantal
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.
Aggregatieniveau	Locatieniveau
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
Norm	SONCOS norm: 20 nieuwe irresectabele melanoompatiënten per jaar per melanoomcentrum (teller A).
Meetperiode	01-01-2022 t/m 31-12-2022
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2019

Indicator naam	PROMs respons
Indicator nummer	2
Operationalisatie	Percentage geïnccludeerde patiënten in de klinische registratie van de DMTR dat binnen 6 maanden na start therapie heeft deelgenomen aan de PROMs vragenlijsten.
Informatie voor cliënten	Met PROM-vragenlijsten wordt gemeten hoe patiënten zelf hun gezondheid en kwaliteit van leven ervaren na de behandeling. Dit zegt iets over de kwaliteit van de behandeling zoals de patiënt die ervaart. En als PROM-vragenlijsten structureel worden gebruikt en worden besproken in de spreekkamer, is dit een goed startpunt om de zorg aan te passen op de persoonlijke behoeften van de patiënt. Deze indicator geeft inzicht in het percentage (%) patiënten dat een PROM-vragenlijst heeft ingevuld op binnen 6 maanden na start therapie. Deze indicator is bedoel om het gebruik van PROM-vragenlijsten te stimuleren.
Relevantie en toepasbaarheid	Inzicht in de afname van PROMs vragenlijst per melanoomcentrum
Type indicator	Proces
Achtergrond van de indicator	Document: Initiator: tripartiet
Doel van het meten en publiceren	Stimuleren van PROMs afname gedurende het zorgproces. Wanneer PROMs afname volledig is ingebed is deze indicator niet langer relevant.
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Percentage
Teller A1	Aantal geïnccludeerde patiënten in de klinische registratie van de DMTR dat binnen 6 maanden na start therapie heeft deelgenomen aan een PROMs vragenlijst*.
Teller A2	Aantal geïnccludeerde patiënten in de klinische registratie van de DMTR dat binnen 6 maanden na start therapie heeft deelgenomen aan de PROMs vragenlijsten**.
Noemer A1	Aantal nieuwe systemisch behandelde patiënten opgenomen in de klinische registratie van de DMTR***.
Noemer A2	Aantal nieuwe systemisch behandelde patiënten opgenomen in de klinische registratie van de DMTR***.
Antwoordopties	Percentage; één antwoord mogelijk
Definitie	*PROMs gemeten met de EQ-5D-5L of de FACT-M of de (FACT-G of EORTC QLQ-C30). ** PROMs gemeten met de EQ-5D-5L en FACT-M en de (FACT-G of EORTC QLQ-C30). ***Patiënten die zijn overleden (tot 30 dagen na het tweede meetmoment) worden geëxcludeerd.
Aggregatieniveau	Locatieniveau
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: <ul style="list-style-type: none"> • Niet cytologisch of histologisch bewezen melanoom.

	<ul style="list-style-type: none"> • Niet systemisch behandelde patiënten.
Databron (registratie)	DMTR
Meetperiode	01-07-2021 t/m 30-06-2022
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2017

5 Wijzigingstabel

Wijzigingstabel ten opzichte van de gids van verslagjaar 2021

Indicator (nummer oud, nummer nieuw, INID)	Wijziging
2 INID012046, INID012047	Vulling indicator gewijzigd naar responsindicator en volledigheidindicator gemeten met EQ- 5D-5L, de FACT-M en/of de (FACT-G of EORTC QLQ-C30). Tweede meetmoment (teller B) geschrapt.
2 INID012046, INID012047	Aanpassen inclusieperiode voor PROMs respons van patiënten. PROMs respons kunnen nu in de indicator meegeteld worden tot 6 maanden na start van systemische therapie.

6 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.