

# Indicatorenset DMTR

Uitvraag ziekenhuizen/ZBC's over verslagjaar 2022

Versie 2022.1, juni 2021

**Meer informatie op:**

- [www.transparantieportaal.nl](http://www.transparantieportaal.nl)
- [www.dica.nl](http://www.dica.nl)
- [www.zorginzicht.nl](http://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

<b>Indicator-nummer<sup>1</sup></b>	<b>Indicatornaam</b>	<b>Bron<sup>2</sup></b>	<b>Transparantie?<sup>3</sup></b>
1	Volume	DMTR	Verplicht
2	PROMs respons	DMTR	Verplicht

<sup>1</sup> 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.

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

<sup>3</sup> 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](http://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:<sup>4</sup>

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/>

---

<sup>4</sup> 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

<b>Indicatornaam</b>	Volume
<b>Indicatornummer</b>	1
<b>Operationalisatie</b>	Aantal patiënten per melanoomcentrum.
<b>Informatie voor cliënten</b>	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.
<b>Relevantie en toepasbaarheid</b>	Inzicht in het aantal behandelde patiënten.
<b>Type indicator</b>	Proces
<b>Achtergrond van de indicator</b>	Document: SONCOS normeringsrapport Initiator: tripartiet
<b>Doel van het meten en publiceren</b>	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.
<b>Transparantie</b>	Verplicht
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Datatype</b>	Aantal
<b>Teller A</b>	Aantal nieuwe irresectabel IIIC/IV patiënten per melanoomcentrum.
<b>Teller B</b>	Aantal irresectabel IIIC/IV patiënten onder behandeling bij een melanoomcentrum*.
<b>Teller C</b>	Aantal nieuwe adjuvant behandelde stadium III patiënten per melanoomcentrum**.
<b>Antwoordopties</b>	Aantal; één antwoord mogelijk
<b>Definitie</b>	*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.
<b>Aggregatieniveau</b>	Locatieniveau
<b>In-/exclusiecriteria</b>	Inclusie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patiënten met een irresectabel stadium IIIc en/of IV melanoom gezien in een melanoomcentrum.</li> <li>• Patiënten met een stadium III of IV melanoom die (neo-)adjuvant behandeld worden in een melanoomcentrum.</li> </ul> Exclusie: Niet cytologisch of histologisch bewezen melanoom.
<b>Databron (registratie)</b>	DMTR
<b>Norm</b>	SONCOS norm: 20 nieuwe irresectabele melanoompatiënten per jaar per melanoomcentrum (teller A).
<b>Meetperiode</b>	01-01-2022 t/m 31-12-2022
<b>Aanleverfrequentie</b>	Eén keer per jaar
<b>Eerste aanleverdatum</b>	2019

<b>Indicator naam</b>	PROMs respons
<b>Indicator nummer</b>	2
<b>Operationalisatie</b>	Percentage geïnccludeerde patiënten in de klinische registratie van de DMTR dat binnen 6 maanden na start therapie heeft deelgenomen aan de PROMs vragenlijsten.
<b>Informatie voor cliënten</b>	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.
<b>Relevantie en toepasbaarheid</b>	Inzicht in de afname van PROMs vragenlijst per melanoomcentrum
<b>Type indicator</b>	Proces
<b>Achtergrond van de indicator</b>	Document: Initiator: tripartiet
<b>Doel van het meten en publiceren</b>	Stimuleren van PROMs afname gedurende het zorgproces. Wanneer PROMs afname volledig is ingebed is deze indicator niet langer relevant.
<b>Transparantie</b>	Verplicht
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Datatype</b>	Percentage
<b>Teller A1</b>	Aantal geïnccludeerde patiënten in de klinische registratie van de DMTR dat binnen 6 maanden na start therapie heeft deelgenomen aan een PROMs vragenlijst*.
<b>Teller A2</b>	Aantal geïnccludeerde patiënten in de klinische registratie van de DMTR dat binnen 6 maanden na start therapie heeft deelgenomen aan de PROMs vragenlijsten**.
<b>Noemer A1</b>	Aantal nieuwe systemisch behandelde patiënten opgenomen in de klinische registratie van de DMTR***.
<b>Noemer A2</b>	Aantal nieuwe systemisch behandelde patiënten opgenomen in de klinische registratie van de DMTR***.
<b>Antwoordopties</b>	Percentage; één antwoord mogelijk
<b>Definitie</b>	*PROMs gemeten met de EQ-5D-5L <b>of</b> de FACT-M <b>of</b> de (FACT-G of EORTC QLQ-C30). ** PROMs gemeten met de EQ-5D-5L <b>en</b> FACT-M <b>en</b> de (FACT-G of EORTC QLQ-C30). ***Patiënten die zijn overleden (tot 30 dagen na het tweede meetmoment) worden geëxcludeerd.
<b>Aggregatieniveau</b>	Locatieniveau
<b>In-/exclusiecriteria</b>	Inclusie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patiënten met een irresectabel stadium IIIc en/of IV melanoom gezien in een melanoomcentrum.</li> <li>• Patiënten met een stadium III of IV melanoom die (neo-)adjuvant behandeld worden in een melanoomcentrum.</li> </ul> Exclusie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Niet cytologisch of histologisch bewezen melanoom.</li> </ul>

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



## 5 Wijzigingstabel

Wijzigingstabel ten opzichte van de gids van verslagjaar 2021

<b>Indicator (nummer oud, nummer nieuw, INID)</b>	<b>Wijziging</b>
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

<b>Operationalisatie</b>	De indicator in één korte zin omschreven. Let op: vermeld duidelijk de eenheid van de indicator in deze zin. Bijvoorbeeld: 'wachtijd in dagen'.
<b>Informatie voor cliënten</b>	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').
<b>Transparantie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- verplicht (publicatie in Openbare Database van Zorginstituut Nederland)</li> <li>- vrijwillig (geen openbare publicatie. Doorlevering alleen naar patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en zorgaanbieders)</li> </ul>
<b>Type indicator</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uitkomst</li> <li>- Proces</li> <li>- Structuur</li> </ul>
<b>Relevantie</b>	Geef aan waarom de indicator relevant is en voor wie.
<b>Datatype</b>	Het datatype dat moet worden aangeleverd: <ul style="list-style-type: none"> <li>- tekst (vrije tekst of een keuze uit een lijst in de indicatorgids)</li> <li>- ja/nee</li> <li>- aantal (een geheel getal)</li> <li>- getal</li> <li>- percentage (een getal tussen 0 en 100. Teller/noemer *100)</li> </ul>
<b>Bron (achtergrond) van de indicator</b>	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?
<b>Rekenregels en definities</b>	
<b>Teller(s)</b>	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.
<b>Noemer</b>	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.
<b>Vraag</b>	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”
<b>Antwoordopties</b>	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.
<b>Definitie</b>	Indien in de indicator termen worden gebruikt die enige toelichting nodig hebben, zodat betrouwbaar kan worden geregistreerd, dan wordt een definitie gegeven.
<b>In- /exclusiecriteria</b>	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.
<b>Casemix</b>	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.
<b>Databron (registratie)</b>	De te gebruiken bron voor het berekenen van de indicatorwaarde. Bijvoorbeeld: LROI, NKR, DLCA-R, EPD, Zorgkaart Nederland
<b>Norm</b>	Als de indicator een norm kent, wordt deze hier in de indicatorgids vermeld. Ook de bron van de norm wordt vermeld.
<b>Meetperiode</b>	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.
<b>Aanleverfrequentie</b>	De frequentie waarmee de indicatoren aangeleverd worden. Afspraken over de frequentie worden landelijk gemaakt. Dit is momenteel één keer per jaar.
<b>Aanleverniveau</b>	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.