

Toetstabel Melanoom vj2024

Operationalisatie	Aard van de wijziging	Criteria Toetsingskader	Advies werkgroep	PFN	FMS	V&VN	ZN	NVZ	NFU	ZKN	WSCie
<i>Indicator 1</i>	<i>Toelichting</i>	<i>Criterium 1 t/m 6</i>	<i>Verplicht, vrijwillig/niet transparant/verwijderen/geen</i>	<i>akkoord/geen akkoord + argument geef per partij dit aan</i>							
Indicator [1] Volume	De indicator is inhoudelijk hetzelfde gebleven: een volumeindicator, aantal nieuwe patiënten en patiënten onder behandeling. Voor verslagjaar 2024 zijn de definities van 1B en 1C gewijzigd, waardoor enkele patiënten niet meer in deze indicator zullen vallen.B5	Criterium 1 t/m 6	Verplicht	Akkoord	Akkoord	Niet aanwezig	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord
Overweging ZIN	Er is consensus in de werkgroep over het behouden van de indicator 'Volume, aantal patiënten per melanoomcentrum' en het wijzigen van de definities van de tellers in 1B en 1C. 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, advies van werkgroep wordt gevolgd.										
<i>Indicator 2</i>	<i>Toelichting</i>	<i>Criterium 1 t/m 6</i>	<i>Verplicht, vrijwillig/niet transparant/verwijderen/geen</i>	<i>akkoord/geen akkoord</i>							
Indicator [2] PROMs respons	Geen wijzigingen t.o.v. voorgaande verslagjaren. Indicator wordt behouden.	Criterium 1 t/m 6	Verplicht	Akkoord	Akkoord	Niet aanwezig	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Akkoord
Overweging ZIN	Er is consensus in de werkgroep over het behouden van de indicator 'PROMs respons'. 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, advies van werkgroep wordt gevolgd.										

Indicatorset DMTR

Uitvraag ziekenhuizen/ZBC's over verslagjaar 2024

Versie 2024.1, juni 2023

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
2.5 Externe partijen	4
3 Vast te leggen gegevens	4
4 Indicatoren	6
5 Wijzigingstabel	7
6 Bijlage: toelichting op informatie per indicator	11
	12

1 Overzicht indicatoren

Indicator-nummer ¹	Indicatornaam	Bron ²	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

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

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

De indicatoren zijn gebaseerd op:

- Kwaliteitsstandaard, namelijk: het SONCOS normeringsrapport <https://www.soncos.org/kwaliteit/normeringsrapport/>

2.2 Populatiebepaling

Voor alle indicatoren in deze indicatorset bestaat de populatie uit:

- Patiënten met een irresectabel stadium III en/of IV melanoom gezien in een melanoomcentrum.
- Patiënten met een stadium III of IV melanoom die voor (neo)adjuvante behandeling worden gezien in een melanoomcentrum, en dat wel of niet ontvangen.

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 2023 uit de volgende personen:

- Mw. dr. K.P.M. Suijkerbuijk (voorzitter wetenschappelijke commissie)
- Dhr. dr. A.J.M. van den Eertwegh (voorzitter CAB)
- Dhr. drs. O.J. van Not
- Mw. drs. M. Bloem

2.5 Externe partijen

Tevens waren de volgende personen aanwezig bij de ontwikkeldagen:

- Dhr. drs. Y.S. Elshot – dermatoloog Antoni van Leeuwenhoek
- Mw. J. Van Domburg – FMS
- Dhr. J. de Jong – Stichting Melanoom
- Mw. E. Wolak – NFK
- Mw. L. Vunderink - ZN

De volgende personen waren aanwezig bij de indicatoredagen:

- Mw.L. Vunderink – ZN
- Dhr. Y. S. Elshot – NVDV
- Dhr. J.de Jong - Stichting Melanoom)
- Mw. J. van Domburg – FMS

- Mw. I. Dingemans - NFK

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 1A	Aantal nieuwe irresectabel III/IV patiënten per melanoomcentrum*.
Teller 1B	Aantal irresectabel III/IV patiënten onder behandeling bij een melanoomcentrum**.
Teller 1C	Aantal nieuwe resectabele stadium III/IV patiënten dat in aanmerking komt voor (neo)adjuvante therapie per melanoomcentrum***.
Noemer	Geen
Vraag	N.v.t.
Antwoordopties	Één antwoord mogelijk
Definitie	*Teller 1A: patiënten die eerst adjuvant zijn behandeld en vervolgens irresectabele ziekte ontwikkelen, tellen in dat jaar (ook) mee als nieuwe irresectabele patiënt. **Teller 1B: 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. Patiënten die langer dan anderhalf jaar geen contact hebben gehad met het melanoomcentrum worden uit de teller geëxcludeerd. ***Teller 1C: vanaf 01-01-2019; patiënt kan in beide groepen (adjuvante behandeling stadium III/IV en irresectabel III/IV) terecht komen.
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	Inclusie: <ul style="list-style-type: none"> • Patiënten met een irresectabel stadium III en/of IV melanoom gezien in een melanoomcentrum. • Patiënten met een stadium III of IV melanoom die voor (neo)adjuvante behandeling worden gezien in een melanoomcentrum, en dat wel of niet ontvangen. Exclusie: <ul style="list-style-type: none"> • Niet cytologisch of histologisch bewezen melanoom.
Rekenregels en casemixcorrecties	Irresectabel of (neo)adjuvante patiënt. Casemixcorrecties: Geen.

Databron (registratie)	DMTR
Norm	SONCOS norm: 20 nieuwe irresectabele melanoompatiënten per jaar per melanoomcentrum (teller 1A).
Meetperiode	01-01-2024 t/m 31-12-2024
Aanleverfrequentie	Één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2019

Indicatornaam	PROMs respons
Indicatornummer	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: n.v.t. 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 2A	Percentage geïnccludeerde patiënten in de klinische registratie van de DMTR dat binnen 6 maanden na start therapie heeft deelgenomen aan de PROMs vragenlijsten. PROMs gemeten met de EQ-5D-5L of de FACT-M of de (FACT-G of EORTC QLQ-C30).
Teller 2B	Percentage geïnccludeerde patiënten in de klinische registratie van de DMTR dat binnen 6 maanden na start therapie heeft deelgenomen aan de PROMs vragenlijsten. PROMs gemeten met de EQ-5D-5L en FACT-M en de (FACT-G of EORTC QLQ-C30).
Noemer 2A	Aantal nieuwe systemisch behandelde patiënten opgenomen in de klinische registratie van de DMTR.
Noemer 2B	Aantal nieuwe systemisch behandelde patiënten opgenomen in de klinische registratie van de DMTR.
Vraag	N.v.t.
Antwoordopties	Percentage; één antwoord mogelijk
Definitie	Zie teller
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	Inclusie: <ul style="list-style-type: none"> • Patiënten met een irresectabel stadium III en/of IV melanoom gezien in een melanoomcentrum. • Patiënten met een stadium III of IV melanoom die voor (neo)adjuvante behandeling worden gezien in een melanoomcentrum, en dat wel of niet ontvangen. Exclusie: <ul style="list-style-type: none"> • Niet cytologisch of histologisch bewezen melanoom.

	<ul style="list-style-type: none"> • Patiënten die binnen 6 maanden na starten systeemtherapie overlijden zonder een PROMs vragenlijst in te vullen.
Rekenregels en casemixcorrecties	Rekenregels: zie teller/noemer Casemixcorrecties: Geen
Databron (registratie)	DMTR
Meetperiode	01-07-2023 t/m 30-06-2024
Aanleverfrequentie	Één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2022

5 Wijzigingstabel

Wijzigingstabel ten opzichte van de gids van verslagjaar 2023

Indicator (nummer oud, nummer nieuw, INID)	Wijziging
1B	Aanscherpen definitie: Patiënten die langer dan anderhalf jaar geen contact hebben gehad met het melanoomcentrum worden uit de teller geëxcludeerd.

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').
Relevantie en toepasbaarheid	Geef aan waarom de indicator relevant is en voor wie.
Type indicator	<ul style="list-style-type: none"> - Uitkomst - Proces - Structuur
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?
Doel van het meten en publiceren	Beschrijf wat beoogd wordt met het meten en publiceren. Geef aan voor welke fase in het zorgproces de indicator relevant is; eventueel voor welke type zorginstelling. Geef ook aan – waar van toepassing - in welke situatie de indicator niet langer relevant is.
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)
Rekenregels en definities	
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)
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

	<p>gepubliceerd. Bijvoorbeeld: Vraag: "Op welke manier kunnen patiënten na de operatie contact opnemen bij vragen?" Operationalisatie: "Aangeboden manieren post-operatief contact"</p>
Antwoordopties	<p>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.</p>
Definitie	<p>Indien in de indicator termen worden gebruikt die enige toelichting nodig hebben, zodat betrouwbaar kan worden geregistreerd, dan wordt een definitie gegeven.</p>
Aggregatieniveau	<p>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.</p>
In-/exclusiecriteria populatie	<p>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.</p>
Rekenregels en casemixcorrecties	<p>Rekenregels voor het berekenen van de indicatorwaarde. 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.</p>
Databron (registratie)	<p>De te gebruiken bron voor het berekenen van de indicatorwaarde. Bijvoorbeeld: LROI, NKR, DLCA-R, EPD, Zorgkaart Nederland</p>
Norm	<p>Als de indicator een norm kent, wordt deze hier in de indicatorgids vermeld. Ook de bron van de norm wordt vermeld.</p>
Meetperiode	<p>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 post-operatief 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.</p>
Aanleverfrequentie	<p>De frequentie waarmee de indicatoren aangeleverd worden. Afspraken over de frequentie worden landelijk gemaakt. Dit is momenteel één keer per jaar.</p>
Eerste aanleverdatum	<p>Geef aan op welke datum deze versie van de indicator bij het Zorginstituut moet worden aangeleverd. Deze datum wordt opgenomen op de Transparantiekalender.</p>