

Indicatorenset DMTR

Uitvraag ziekenhuizen/ZBC's over verslagjaar 2025

Versie 2025.1, juni 2024

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 | 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 | 5 |
| 4 Indicatoren | 6 |
| 5 Wijzigingstabel | 14 |
| 6 Bijlage: toelichting op informatie per indicator | 15 |

1 Overzicht indicatoren

| Indicator-nummer | Indicatornaam | Bron | Transparantie?¹ |
|-------------------------|----------------------|-------------|-----------------------------------|
| 1 | Volume | DMTR | Verplicht |
| 2 | PROMs respons | DMTR | Verplicht |
| 3 | Eenjaarsoverleving | DMTR | Verplicht |
| 4 | Tweejaarsoverleving | DMTR | Verplicht |

¹ 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:-

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 resectabel stadium III of IV melanoom die (neo-)adjuvant wordt behandeld in een melanoomcentrum.
- 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 [2024] 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. C.D.M. Boreel (arts-onderzoeker DICA)
- Mw. drs. M. Bloem (arts-onderzoeker DICA)

2.5 Externe partijen

Tevens waren de volgende personen aanwezig bij de ontwikkeldagen 2023:

- Dhr. drs. Y.S. Elshot – dermatoloog Antoni van Leeuwenhoek
- Dhr. J. de Jong – Stichting Melanoom
- Mw. E. Wolak – NFK
- Mw. B. van Leiden – ZN
- Mw. A. van Enst – NVDV
- Mw. B. Visch - NVDV

3 Vast te leggen gegevens

Om als zorgaanbieder deze indicatorset te kunnen aanleveren, moeten per cliënt de volgende gegevens (variabelen) worden vastgelegd:²

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/>

² 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. |
| Transparantie | Verplicht |
| Type indicator | Proces |
| Relevantie | Inzicht in het aantal behandelde patiënten. |
| Datatype | Aantal |
| Bron (achtergrond) van de indicator | Initiator: tripartiet |
| Rekenregels en definities | |
| 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 (neo-)adjuvant behandelde resectabele stadium III/IV patiënten per melanoomcentrum***. |
| Noemer | Geen |
| Vraag | N.v.t. |
| Antwoorsopties | 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 vervolgens irresectabel III/IV) terecht komen. |
| In-/exclusiecriteria | Inclusie: <ul style="list-style-type: none"> • Patiënten met een irresectabel stadium III en/of IV melanoom gezien in een melanoomcentrum. • Patiënten met een resectabel stadium III of IV melanoom die (neo-)adjuvant wordt behandeld in een melanoomcentrum. Exclusie: <ul style="list-style-type: none"> • Niet cytologisch of histologisch bewezen melanoom. |
| Casemix | Irresectabel of (neo)adjuvante patiënt. Casemixcorrecties: Geen. |
| Databron (registratie) | DMTR |
| Norm | |
| Meetperiode | 01-01-2025 t/m 31-12-2025 |
| Aanleverfrequentie | één keer per jaar |
| Aanleverniveau | Locatieniveau |
| Eerste | 2019 |

| | |
|----------------------|--|
| aanleverdatum | |
|----------------------|--|

| | |
|--|--|
| 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. |
| Transparantie | Verplicht |
| Type indicator | Proces |
| Relevantie | Inzicht in de afname van PROMs vragenlijst per melanoomcentrum |
| Datatype | Percentage |
| Bron (achtergrond) van de indicator | Document: n.v.t. Initiator: tripartiet |
| Rekenregels en definities | |
| 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 |
| In-/exclusiecriteria | Inclusie: <ul style="list-style-type: none"> • Patiënten met een irresectabel stadium III en/of IV melanoom gezien in een melanoomcentrum. • Patiënten met een resectabel stadium III of IV melanoom die (neo-)adjuvant wordt behandeld in een melanoomcentrum. Exclusie: <ul style="list-style-type: none"> • Niet cytologisch of histologisch bewezen melanoom. • Patiënten die binnen 6 maanden na starten systeemtherapie overlijden zonder een PROMs vragenlijst in te vullen. |
| Casemix | Rekenregels: zie teller/noemer Casemixcorrecties: Geen (procesindicator) |
| Databron | DMTR |

| | |
|-----------------------------|---------------------------|
| (registratie) | |
| Norm | N.v.t. |
| Meetperiode | 01-07-2024 t/m 30-06-2025 |
| Aanleverfrequentie | één keer per jaar |
| Aanleverniveau | Locatieniveau |
| Eerste aanleverdatum | 2022 |

| | |
|--|---|
| Indicator naam | Eenjaarsoverleving |
| Indicator nummer | 3 |
| Operationalisatie | Percentage patiënten dat 1 jaar na diagnose van een irresectabel stadium III en IV melanoom nog in leven is |
| Informatie voor cliënten | Inzicht in eenjaarsoverleving van stadium III en IV melanoompatiënten. |
| Transparantie | Verplicht |
| Type indicator | Uitkomst |
| Relevantie | Inzicht in de eenjaarsoverleving. |
| Datatype | Percentage |
| Bron (achtergrond) van de indicator | Initiator: wetenschappelijke commissie DMTR |
| Rekenregels en definities | |
| Teller 3A | Totaal aantal patiënten van genoemde meetperiode met een irresectabel stadium III en IV melanoom dat 1 jaar na diagnose nog in leven is. |
| Teller 3B | B: Totaal aantal systemisch behandelde patiënten met een irresectabel stadium III en IV melanoom dat 1 jaar na diagnose nog in leven is. |
| Noemer 3A | Totaal aantal patiënten van genoemde meetperiode met een irresectabel stadium III en IV melanoom (ongeacht eventuele behandeling) dat minimaal 1 jaar na diagnose een follow-up heeft of voortijdig is overleden. |
| Noemer 3B | Totaal aantal systemisch behandelde patiënten met een irresectabel stadium III en IV melanoom dat minimaal 1 jaar na diagnose een follow-up heeft of voortijdig is overleden. |
| Vraag | N.v.t. |
| Antwoordopties | Één antwoord mogelijk |
| Definitie | Berekend over patiënten waarbij minimaal 1 jaar follow-up bekend is. Patiënten die "lost to follow-up" zijn worden geëxcludeerd uit de teller en noemer. |
| In-/exclusiecriteria | Inclusie: <ul style="list-style-type: none"> • Patiënten met een irresectabel stadium III en/of IV melanoom gezien in een melanoomcentrum. Exclusie: <ul style="list-style-type: none"> • Niet cytologisch of histologisch bewezen melanoom. • Patiënten met een stadium III of IV melanoom die (neo-) adjuvant behandeld worden in een melanoomcentrum. • Patiënten met een uveaal of mucosaal melanoom. |
| Casemix | Rekenregels: (typreg = 2 OF ((typreg = 9 OF missend) EN (sysadj ≠ 0,1,9 OF regadj = 5, 11, missend OF redgneoadj = 5, 11, missend OF (typbeh1 ≠ 1 EN lokrec ≠ 1))) EN episodevolgnr = 1 EN (ptloc is niet 1 OF 6) EN ((verschil datbez1 (bij missing dathure) met laatste datlcontact waarbij statlcont is niet 7) >= 365 dagen OF (verschil datbez1 (bij missing dathure) met datovl of datlcontact waarbij statlcont = 5) < 365 dagen)). Casemixcorrecties: Leeftijd, geslacht, ECOG score, hersenmetastasen, levermetastasen, aantal organsites betrokken (<3 of >=3), lactaat dehydrogenase (LDH) (niet bepaald, normaal, 250-500, >500), BRAF mutatie (ja, nee) |
| Databron (registratie) | DMTR |
| Norm | N.v.t. |
| Meetperiode | 01-07-2021 t/m 30-06-2023 |

| | |
|---------------------------------|-------------------|
| Aanleverfrequentie | één keer per jaar |
| Aanleverniveau | Locatieniveau |
| Eerste aanleverdatum | 2025 |

| | |
|--|--|
| Indicator naam | Tweejaarsoverleving |
| Indicator nummer | 4 |
| Operationalisatie | Percentage patiënten dat 2 jaar na diagnose van een irresectabel stadium III en IV melanoom nog in leven is |
| Informatie voor cliënten | Inzicht in tweejaarsoverleving van stadium III en IV melanoompatiënten. |
| Transparantie | Verplicht |
| Type indicator | Uitkomst |
| Relevantie | Inzicht in de tweejaarsoverleving. |
| Datatype | Percentage |
| Bron (achtergrond) van de indicator | Initiator: tripartiet |
| Rekenregels en definities | |
| Teller 4A | Totaal aantal patiënten van genoemde meetperiode met een irresectabel stadium III en IV melanoom dat 2 jaar na diagnose nog in leven is. |
| Teller 4B | Totaal aantal systemisch behandelde patiënten van genoemde meetperiode met een irresectabel stadium III en IV melanoom dat 2 jaar na diagnose nog in leven is. |
| Noemer 4A | Totaal aantal patiënten met een irresectabel stadium III en IV melanoom (ongeacht eventuele behandeling) dat minimaal 2 jaar na diagnose een follow-up heeft of voortijdig is overleden. |
| Noemer 4B | Totaal aantal systemisch behandelde patiënten met een irresectabel stadium III en IV melanoom dat minimaal 2 jaar na diagnose een follow-up heeft of voortijdig is overleden. |
| Vraag | N.v.t. |
| Antwoordopties | Één antwoord mogelijk |
| Definitie | Berekend over patiënten waarbij minimaal 2 jaar follow-up bekend is. Patiënten die "lost to follow-up" zijn worden geëxcludeerd uit de teller en noemer. |
| In-/exclusiecriteria | Inclusie: <ul style="list-style-type: none"> Patiënten met een irresectabel stadium III en/of IV melanoom gezien in een melanoomcentrum. Exclusie: <ul style="list-style-type: none"> Niet cytologisch of histologisch bewezen melanoom. Patiënten met een stadium III of IV melanoom die (neo-)adjuvant behandeld worden in een melanoomcentrum. |
| Casemix | Rekenregels: (typreg = 2 OF ((typreg = 9 OF missend) EN (sysadj ≠ 0,1,9 OF regadj = 5, 11, missend OF redgneoadj = 5, 11, missend OF (typbeh1 ≠ 1 EN lokrec ≠ 1))) EN episodevolgnr = 1 EN (ptloc is niet 1 OF 6) EN ((verschil datbez1 (bij missing dathure) met laatste datlcontact waarbij statlcont is niet 7) >= 730 dagen OF (verschil datbez1 (bij missing dathure) met datovl of datlcontact waarbij statlcont = 5) < 730 dagen)). Casemixcorrecties: Leeftijd, geslacht, ECOG score (in 1e lijn), hersenmetastasen, levermetastasen, aantal organsites betrokken (<3 of >=3), lactaat dehydrogenase (LDH) (niet bepaald, normaal, 250-500, >500), BRAF mutatie (ja, nee) |
| Databron (registratie) | DMTR |
| Norm | N.v.t. |
| Meetperiode | 01-07-2020 t/m 30-06-2022 |

| | |
|---------------------------------|-------------------|
| Aanleverfrequentie | één keer per jaar |
| Aanleverniveau | Locatieniveau |
| Eerste aanleverdatum | 2025 |

5 Wijzigingstabel

Wijzigingstabel ten opzichte van de gids van verslagjaar 2024

| Indicator (nummer oud, nummer nieuw, INID-code) | Wijziging |
|--|---|
| 1c | Omschrijving van definitie van de teller is verder aangescherpt |
| 3 | Nieuw vanaf 2025 |
| 4 | Nieuw vanaf 2025 |

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: 'wachttijd 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 post-operatief 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 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. |
| 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. |