

## AANBIEDINGSFORMULIER MEETINSTRUMENTEN

Om te beoordelen of een kwaliteitsstandaard of meetinstrument aan de criteria uit het Toetsingskader voldoet, heeft het Zorginstituut een vragenlijst opgesteld, in de vorm van een aanbiedingsformulier. Per criterium stelt het Zorginstituut een aantal vragen en subvragen die door partijen moeten worden beantwoord. De vragen maken inzichtelijk welke aspecten het Zorginstituut belangrijk vindt bij het opstellen van kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten. Het aanbiedingsformulier is, na beantwoording van alle vragen, een systematische bespreking van de afzonderlijke criteria. Het aanbiedingsformulier is een leidraad voor de partijen uit de zorg, terwijl het voor het Zorginstituut de mogelijkheid biedt om te toetsen zonder dat een veelheid aan stukken moet worden ingediend.

Partijen bieden een kwaliteitsstandaard of meetinstrument voor opname in het Register aan met boven genoemd aanbiedingsformulier. Dat geldt ook voor meetinstrumenten die partijen na revisie – update of onderhoud – aanbieden.

Op grond van dit aanbiedingsformulier toetst het Zorginstituut of het meetinstrument voldoet aan de criteria uit het Toetsingskader. Het Zorginstituut gaat daarbij uit van de informatie die de betrokken partijen in het aanbiedingsformulier hebben gegeven. Het document speelt voor het Zorginstituut een essentiële rol om tot een afgewogen oordeel over opname in het Register te komen.

Omdat het Toetsingskader breed toepasbaar is voor verschillende situaties is het niet mogelijk om vooraf een formule te geven van de weging. Er zal per situatie gekeken worden naar de toelichting. Dit verhoogt de flexibiliteit en is de toepasbaarheid voor specifieke situaties. De vragen in het aanbiedingsformulier geven het Zorginstituut inzage in hoe proces van ontwikkeling gegaan is.

Elke vraag dient te worden beantwoord. Tenzij anders vermeld dienen alle vragen te worden beantwoord met één van de volgende antwoorden:

- ja
- deels
- nee

Bij sommige vragen wordt een toelichting gevraagd. Ook wanneer niet alle vragen uit het aanbiedingsformulier met 'ja' worden beantwoord, is het mogelijk dat het Zorginstituut het ontwikkelde meetinstrument toch in het Register opneemt. Dit hangt af van de toelichting die partijen geven op hun antwoorden. De criteria uit het Toetsingskader gelden immers voor kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten uit de hele zorgsector en dienen op uiteenlopende situaties te worden toegepast.

Het aanbiedingsformulier wordt ondertekend door alle partijen die bij het ontwikkelen of onderhouden van dit meetinstrument zijn betrokken. Daarmee onderschrijven ze dat het aanbiedingsformulier juist en volledig is ingevuld.

## ALGEMENE INFORMATIE

1. Partijen die bij het ontwikkelen of onderhouden van dit meetinstrument zijn betrokken:

Relevante betrokken partijen bij het ontwikkelen en onderhouden van het meetinstrument (de netwerkindicatoren dementie) zijn: Alzheimer Nederland, Vilans, IGZ, VWS, de stuurgroep van het Landelijk Netwerk Dementie en de interim-regiegroep dementie

De Regiegroep Dementie draagt de zorgstandaard Dementie aan voor opname in het register

### Samenstelling interim-regiegroep dementie:

- Hans Simons, voorzitter
- Jenneke van Veen (verbinding V&VN domein, kwaliteitsinstituut en zorgstandaard).
- Judith Wilmer (medisch specialisten)
- Lia de Jong (aanbieders van thuiszorg en intramurale zorg, dementieketen NH, bestuurder Magentazorg)
- Jetty Voermans (adviseur op het terrein van zorg en welzijn, oud-wethouder en daarvoor medewerker VNG)
- Robbert Huijsman (verzekeraar Achmea, ZN, Deltaplan)
- Rosemarie Droës (wetenschapper, adviesraad NZi in oprichting))
- Julie Meerveld (Alzheimer Nederland/ ondersteuning pilot)

**De regiegroep zal in het praktijkverbeterprogramma dat vanuit het Deltaplan Dementie aangestuurd wordt, omgevormd worden tot een brede groep met voor de zorgstandaard dementie relevante partijen die de zorgstandaard zal onderhouden, of 'levend' houden, waarmee de kwaliteitsstandaard up to date blijft en tripartiet kan worden bijgesteld.**

2. Contactpersoon voor het meetinstrument:

Margje Mahler, Vilans en Julie Meerveld, Alzheimer Nederland

3. Doel van het meetinstrument:

- Keuzeinformatie
- Zorginkoopinformatie (met financiële consequenties)
- Toezichtsinformatie
- Interne Verbeteringsinformatie

### Toelichting:

De ketenindicatoren worden in 2014 en 2015 verder ontwikkeld en aangepast op het thematisch toezicht van de IGZ, zodat de indicatoren naar verwachting in 2016 voldoende inhoudvaliditeit kennen en voor de zorginkoop transparant gemaakt kunnen worden.

Op dit moment zijn de benchmark gegevens openbaar en ontvangen ketens hun eigen rapport van de indicatorenmeting (zie [Ketens Dementie: de stand van zaken. -](#)). Dat kunnen ze gebruiken voor interne verbetering, ook zijn in 2013 de gegevens door de IGZ gebruikt bij het thematisch toezicht en door verschillende verzekeraars voor inkoopinformatie. Dit zijn tot nu toe afspraken tussen verzekeraars en individuele netwerken. In 2016 worden naar verwachting ook de indicatoren uitkomsten per netwerk transparant gemaakt.

Indien: het doel is keuze-informatie en/ of zorginkoop. Dan ook criterium 4A of 4B invullen.

4. Het meetinstrument is een:

(meerdere antwoorden mogelijk)

- Vragenlijst
- Indicator of Indicatorenset

5. Wat is de naam van het meetinstrument?

Ketenindicatoren Dementie

Deze is integraal onderdeel van de zorgstandaard dementie. Deze is te vinden op:

[Zorgstandaard Dementie - Vilans](#)

<http://www.alzheimer-nederland.nl/over-alzheimer-nederland/wat-doen-wij/betere-zorg/zorgstandaard-dementie.aspx>

6. Op welke zorgvraag/aandoening(en) heeft het meetinstrument betrekking? Zo mogelijk benoemen aan de hand van de SNOMED CT/ICD-code(s)/ICF-code

Dementie, ICD-10 F00-F07, D9-202000

7. Indien indicator of indicatorenset: Deze bevat: *(meerdere opties mogelijk)*

- xZorginhoudelijke indicatoren
- Patiëntgerapporteerde uitkomstmaten (PROMs)
  - xKlantervaringsindicatoren Deze worden ook in de Dementiemonitor van Alzheimer Nederland en NIVEL uitgevraagd.
- Etalageplus/ klantpreferentie-indicatoren
  - xOverig, namelijk: proces en structuur indicatoren

**CRITERIUM 1: De relevante partijen zijn betrokken geweest bij de ontwikkeling van het meetinstrument of hebben er gemotiveerd van afgezien.**

Is het meetinstrument voor 1 januari 2014 ontwikkeld?

**Ja**

*De volgende vragen geven het Zorginstituut inzicht in welke partijen betrokken zijn geweest bij de ontwikkeling van het meetinstrument..*

1. Welke partijen zijn betrokken geweest bij de ontwikkeling van het meetinstrument? Graag uitputtende opsomming onderverdeeld in de volgende categorieën van partijen:
  - (Vertegenwoordigende organisaties van) zorgaanbieders;
  - (Vertegenwoordigende organisaties van) cliënten;
  - (Vertegenwoordigende organisaties van) verzekeraars;
  - Anders.

**Antwoord:**

De ontwikkeling van het meetinstrument c.q. kwaliteitsindicatoren en de Zorgstandaard vond tegelijk plaats, in hetzelfde traject.

Betrokken partijen bij de Zorgstandaard hebben tevens meegedacht over de indicatoren tijdens de werkgroepbijeenkomsten, via het digitale platform en via mailverkeer tussen werkgroepen door. Antwoorden op vragen bij dit criterium verwijzen dus naar opbouw proces kwaliteitsstandaard. Dit was voor de hand liggend omdat in de Leidraad de set indicatoren al met het veld was opgesteld in het daaraan voorafgaande programma ketenzorg dementie, onder begeleiding van Plexus.

1 december 2009 is er een gezamenlijke aftrap en akkoord op het plan voor de ontwikkeling van de Zorgstandaard dementie en daarmee de indicatoren gegeven. Dit is gedragen door Netwerken Dementie en veldpartijen.

Bij de ontwikkeling van de Zorgstandaard zijn de volgende partijen betrokken:

- (Vertegenwoordigende organisaties van) zorgaanbieders; Alzheimer Centrum Nijmegen, Verenso, V&VN Praktijkverpleegkundigen & praktijkondersteuners, Lentis/Dignis, VPG, V&VN Geriatrie Verpleegkunde, Vumc, KNGF/NVFG, NIP, TINZ, Pantein, KNMG, Geriant, Dementieketen Zuid-Kennemerland, West Achterhoek, Noord-Limburg, Almere, Zuid Holland Noord, Eindhoven, Drenthe, Westelijk Utrecht, Zuid Hollandse Eilanden, Midden Brabant, KNMP, NHG, KNMG, Altrecht, NVLF, Evean, Altrecht, Slingeland Ziekenhuis, GGZ Midden Holland.
- (Vertegenwoordigende organisaties van) cliënten; Alzheimer Nederland, Mezzo, Coördinatiepunt Zorg Zoetermeer, Alzheimer Nederland/Utrecht, Alzheimer Centrum Limburg, Pharos, LOC, mensen met dementie en hun naasten
- (Vertegenwoordigende organisaties van) verzekeraars; Zorgverzekeraars Nederland,
- Anders. Vilans, GG&GD Midden Brabant, DIVA Delft, Kubiek, MOGroep, Actiz, beleidsmedewerker gemeente Leeuwarden, LND

Partijen die gemotiveerd hebben afgezien van deelname zijn de klinisch geriaters, neurologen, psychiaters en internisten. Zij wilden eerst de eigen multidisciplinaire richtlijn afronden. Deze specialismen hebben wel meegewerkt aan de Zorgstandaard als vertegenwoordiger van een andere groep, bijvoorbeeld alzheimer centrum, of als expert op eigen titel.

2. Zijn dit de relevante partijen? Licht toe.

**Antwoord:**

Nee. De VNG was vanaf het begin toevoorder. KING (Kwaliteitsinstituut Nederlandse Gemeenten) is niet gevraagd, wel hebben wethouders, een beleidsmedewerker en professionals vanuit gemeenten (MO-groep, steunpunten mantelzorg en GG&GD) deelgenomen in 1. de werkgroep vroegsignalering/preventie en 2. in de werkgroep samenwerking en organisatie.

3. Motiveer hoe is besloten welke partijen wel/niet relevant zijn. Als er meerdere organisaties waren die in aanmerking konden komen, is er dan sprake geweest van overleg om een goede vertegenwoordiging te realiseren? Licht toe.

**Antwoord:**

Er is breed uitgenodigd. Alzheimer Nederland heeft alle professionele partijen en koepels benaderd en uitgenodigd om mee te werken aan de ontwikkeling van de zorgstandaard. Daarnaast zijn experts en deskundigen benaderd specifiek met het oog op werkgroep 4 over samenwerking & afstemming. Daarnaast is bij deskundigen en betrokken partijen aangegaan wie nog meer betrokken zou kunnen worden. Bij de V&VN zijn expliciet diverse afdelingen uitgenodigd zodat de diversiteit aan verschillende verpleegkundigen zoals casemanager, wijkverpleegkundigen geriatrisch verpleegkundige ed. betrokken zouden zijn

4. Welke relevante partijen waren uitgenodigd en hebben gemotiveerd afgezien van betrokkenheid bij de ontwikkeling van de kwaliteitsstandaard? Licht toe.

**Antwoord:**

Zie antwoorden op vraag 1-3

*De volgende vragen geven het Zorginstituut inzicht in het proces van betrokkenheid en verantwoordelijkheid van partijen bij de ontwikkeling van het meetinstrument.*

5. Waren de taken en verantwoordelijkheden van de betrokken partijen duidelijk? Licht toe.

**Antwoord:**

Ja. De partijen werden uitgenodigd deel te nemen in de werkgroepen en/of expertgroep die elk een onderwerp van de standaard voor hun rekening namen. Daarnaast waren er 3 feedbackgroepen: van mantelzorgers (focusgroep), dementieketens en experts. Met drie inhoudelijke werkgroepen is gewerkt aan de teksten van de Zorgstandaard. Hiervoor werden vertegenwoordigers van alle relevante professionals uitgenodigd. Het ging om de volgende werkgroepen: signalering & onderkenning, diagnostiek & toegang tot zorg, Levering van zorg & diensten. Er zijn bijeenkomsten georganiseerd en er is een digitaal platform opgetuigd. Deelnemers konden reageren op de opgestelde teksten en deze aanvullen en bijwerken. Discussies en uitgangspunten. Deelnemers hebben op deze manier zelf bijgedragen aan de inhoud. Werkgroep vier behandelde twee terreinen, namelijk effectieve samenwerking in de keten en de afstemming tussen de producten van de drie werkgroepen van professionals. Voor de vierde werkgroep werden wetenschappers, financiers, deskundigen en verschillend vertegenwoordigers van dementieketens uitgenodigd

In januari 2011 startten de eerste werkgroepbijeenkomsten.

Er is een slotbijeenkomst van de werkgroepen geweest. Daarna is aansluitend in de periode oktober-december 2011 een feedbackronde geweest voor een bredere groep professionals en tien dementieketens in Nederland en aan mensen met dementie en hun naasten. De uitkomsten van deze rondes zijn verwerkt in de laatste versie. Voor enkele belangrijke discussiepunten is nog eenmaal een klein groepje van experts bij elkaar gekomen waarna de Zorgstandaard is herschreven.

Het definitieve concept van de Zorgstandaard Dementie (versie 1) is op 31 mei 2012 gepresenteerd en rondgestuurd voor instemming van de betrokken organisaties. Hierin zitten ook de indicatoren als integraal onderdeel opgenomen in Deel IV.

Na 31 mei zijn er 2 suggesties voor aanvullingen gedaan. Onder andere vanuit recent onderzoek naar medische dieetvoeding. Op 18 december 2012 is besloten deze aanvulling niet toe te voegen aan de tekst van de Zorgstandaard. Dit in afwachting van consensus tussen onderzoekers en specialisten van de multidisciplinaire richtlijn dementie die op dit moment in bewerking is. De Zorgstandaard Dementie is klaar en staat inclusief publieksversie online sinds 18 juli 2013.

6. Hebben betrokken partijen naar hun mening voldoende gelegenheid gekregen om naar behoren bij te dragen en is hun bijdrage naar behoren verwerkt? Licht toe.

**Antwoord:**

Ja, zie antwoord bij vraag 5 hierboven.

7. Is de invloed van belangenverstremgeling naar de mening van de betrokken partijen zoveel mogelijk beperkt? Zijn de verschillende belangen onderkend, zichtbaar en controleerbaar gemaakt, bijvoorbeeld conform de Code Belangenverstremgeling van de KNAW et al (2012)? Licht toe.

**Antwoord:**

Deels.

Er is niet expliciet gehandeld conform de Code Belangenverstremgeling van de KNAW. Toelichting: De Code is van 2012 en de start van de ontwikkeling van de Zorgstandaard Dementie is 2009.

Er is geen enkele partij die melding gedaan heeft van mogelijke belangenverstremgeling. Ook bij de autorisatie heeft geen enkele partij aangegeven dat er sprake was van belangenverstremgeling.

Casus Nutricia bewijst zorgvuldige en onafhankelijke omgang met belangenverstremgeling. De Regiegroep heeft besloten om het voorstel tot herziening van de Zorgstandaard op het onderdeel Souvenaid niet op te volgen omdat het niet in de professionele richtlijnen was opgenomen (zie notulen Regiegroep december 2012).

*De volgende vragen geven het Zorginstituut inzicht in (de inbreng van) het cliëntenperspectief in de ontwikkeling van het meetinstrument.*

8. Zijn de cliëntenvertegenwoordigers materieel en immaterieel in staat gesteld om hun rol bij de ontwikkeling van het meetinstrument te vervullen en hun taken te realiseren? Licht toe.

**Antwoord:**

Ja, Bij de ontwikkeling van de Zorgstandaard waren Alzheimer Nederland en/of andere vertegenwoordiging van cliënten en hun naasten vertegenwoordigd in de werkgroepen. Het cliëntenperspectief is op verschillende manieren gewaarborgd. In iedere inhoudelijke werkgroep namen belangenbehartigers deel. Teksten zijn voorgelegd aan mantelzorgers. En Alzheimer Nederland heeft telkens de teksten aan experts uit haar achterban voorgelegd.

Er is ook om feedback gevraagd aan mantelzorgers. Dit heeft door middel van een aantal focusgroepen plaatsgevonden.

Alzheimer Nederland was tevens penvoerder van de Zorgstandaard.

**CRITERIUM 2: Alle betrokken partijen hebben het meetinstrument gezamenlijk voorgedragen.**

**Algemene toelichting op antwoorden:**

Dit is op dezelfde manier gebeurd als het definitieve concept van de Zorgstandaard op 31 mei 2012. De autorisatie was inclusief indicatoren en voordracht door de regiegroep was ook inclusief indicatoren.

*De volgende vragen geven het Zorginstituut inzicht in de voordracht van het meetinstrument door de partijen.*

1. Hebben alle betrokken partijen het meetinstrument gezamenlijk aangedragen? Indien dat niet het geval was, wat waren hiervoor de gronden?

**Antwoord:**

Het concept is samen met 29 organisaties opgesteld. De Regiegroep draagt voor voor registratie. Regiegroep is een afspiegeling van de betrokken partijen.

In overleg met een breed platform van professionele en brancheorganisaties in de sector dementie is in 2012 de Regiegroep a.i. gestart. Doel: verbetering van de integrale kwaliteit van welzijn, zorg en behandeling. Middel is de Landelijke Zorgstandaard Dementie. De Regiegroep onderhoudt, actualiseert en implementeert de zorgstandaard en zorgt voor een zo groot mogelijk draagvlak van de zorgstandaard onder bij dementie betrokken organisaties, de dementiecommunity. De Regiegroep bestaat uit vijf tot zeven experts en een voorzitter om zo slagvaardig mogelijk te zijn. De voorzitter is onafhankelijk, gezaghebbend en bekend in de sector. Vijf experts zijn 'gewoon' lid en zullen gezamenlijk het gehele terrein van welzijn, zorg en behandeling bestrijken. Twee experts zijn 'adviserend' lid en komen uit de groep financiers, namelijk zorgverzekeraars en gemeenten. De leden van de Regiegroep hebben geen last- en ruggespraak met de organisaties uit de dementiecommunity. Wel is de Regiegroep dwingend gebonden aan het organiseren van stevig draagvlak bij een brede groep van betrokken professionele verenigingen en organisaties.

De regiegroep is zorgvuldig tot stand gekomen. Alzheimer Nederland heeft informeel middels een rondgang bij alle betrokken partijen (die bij de zorgstandaard betrokken zijn) besproken en afgetast op welke wijze het goed is de autorisatie en start van implementatie aan te sturen (stel dat je zelf dit zou organiseren, hoe zou je het doen en wat niet?). De basis die besproken is, was een slagvaardig team te maken met leden die zonder ruggespraak aan de slag kunnen en waarbij de groep nauw contact onderhoudt met de partijen in het veld. Ook is gevraagd wie als gezaghebbende personen breder dan ook de eigen achterban gevraagd kan worden.

Deze eerste gedachten zijn vervolgens besproken met de voorzitters van de werkgroepen (van de zorgstandaard). Gekozen is voor de voorzitters omdat zij het meeste contact hebben met de betrokkenen via de werkgroepen. Samen met de voorzitters is een voorstel gedaan hoe een sturingsgroep op te zetten en wie daar dan in zit. Dit voorstel is rond gestuurd aan alle betrokken partijen met de vraag als zij bezwaar hebben dan te reageren. Niemand heeft bezwaar gemaakt.

Voor de uitwerking en opstelling van de regiegroep is gewerkt met een tijdspad en actiepunten.

Voor de werkwijze van de Regiegroep is op 31 mei 2012 een bijeenkomst in Utrecht georganiseerd waar alle betrokken professionele partijen, koepels en deskundigen voor zijn uitgenodigd. Op deze bijeenkomst zijn de deelnemers geïnformeerd over de werkwijze van de Regiegroep. Om tot autorisatie en start van implementatie te komen.



Alle partijen hebben geen kritiek op de inhoud van de Zorgstandaard. Enkele partijen die niet willen tekenen doen dat vanwege:

- Vier organisaties (NVKG, NVN, NVvP en NIV) ontwikkelen momenteel een multidisciplinaire richtlijn en willen deze eerst afmaken voor zij overgaan tot autorisatie. De Richtlijn wordt eind 2013 verwacht. Herziening eigen richtlijnen (daarna willen ze tekenen. Bovendien vindt de herziening van de richtlijn plaats in overleg met penvoerder van deze Zorgstandaard)
- Actiz vanwege de onduidelijkheid / mogelijkheden om de Zorgstandaard te implementeren vanwege overheveling AWBZ-zorg naar WMO.
- VNG omdat zij niet namens de gemeenten kan instemmen met een landelijke standaard vanwege de autonomie van gemeenten en het hun democratische toezicht.

Actiz en VNG hebben aangeboden te helpen om bij hun leden de Zorgstandaard onder de aandacht te brengen.

2. Is de procedure voor het gezamenlijk aanbieden helder vastgesteld bij de aanvang van de ontwikkeling van het meetinstrument? Licht toe.

**Antwoord:**

Nee, want bij de start van de ontwikkeling van de Zorgstandaard dementie in 2009 was er nog geen sprake van aanbieden van meetinstrumenten voor opname in het register.

Bij aanbidding van de meetinstrumenten als onderdeel van de Zorgstandaard is dit gezamenlijk door afvaardigingen van organisaties gedaan middels de Regiegroep. De Regiegroep Zorgstandaard dementie heeft een document opgesteld waarin de opdracht en samenstelling van de Regiegroep zijn beschreven.

*De volgende vragen geven het Zorginstituut inzicht in het onderschrijven van het meetinstrument door de partijen.*

3. Hebben alle betrokken partijen het meetinstrument onderschreven? Indien dat niet het geval was, wat waren hiervoor de gronden? Graag toelichting onderverdeeld in de volgende categorieën van partijen:
  - (Vertegenwoordigende organisaties van) zorgaanbieders;
  - (Vertegenwoordigende organisaties van) cliënten;
  - (Vertegenwoordigende organisaties van) verzekeraars;
  - Anders.

**Antwoord:**

Deels.

Geen van de partijen heeft inhoudelijk kritiek op de laatste versie van de Zorgstandaard waar de indicatoren integraal onderdeel van zijn. Zie criterium 2, antwoord op vraag 1.

Resumerend:

Vier beroepsorganisaties hebben de Zorgstandaard nog niet geautoriseerd omdat zij bezig zijn met de herziening van hun eigen richtlijn. Alzheimer Nederland is als vertegenwoordiger van mensen met dementie en hun mantelzorgers en als penvoerder van de Zorgstandaard betrokken in de kerngroep die de multidisciplinaire richtlijn herzielt en de Regiegroep ziet toe op een zorgvuldig proces voor aansluiting en afstemming van de richtlijn en de Zorgstandaard. De Zorgstandaard zal indien nodig herzien worden op basis van de herziene richtlijn. Daarover is ook overleg tussen de voorzitter van de Regiegroep en de voorzitter van de kerngroep van de multidisciplinaire richtlijn.

- (Vertegenwoordigende organisaties van) cliënten; onderschreven
  - (Vertegenwoordigende organisaties van) verzekeraars; onderschreven
  - Anders.  
Actiz: niet vanwege het niet kunnen garanderen dat hun leden de implementatie spoedig kunnen oppakken ivm overheveling AWBZ-zorg naar WMO en vanwege bezuinigingen in de zorg  
VNG: niet vanwege eigen beleidsvrijheid van gemeenten. Ze zullen wel helpen bij aanbieden van Zorgstandaard bij gemeenten.
4. Zijn alle onderwerpen die aan het begin van het traject zijn afgesproken naar de mening van de betrokken partijen voldoende aan bod gekomen in het meetinstrument? Licht toe.

**Antwoord:**

Ja. In feedbackrondes is hier expliciet naar gevraagd, ook bij autorisatie zijn er geen aanvullingen gekomen op de tekst.

5. Is de externe commentaarronde naar de mening van betrokken partijen zorgvuldig doorlopen? Licht toe.

**Antwoord:**

Ja. Wel heeft een wijkverpleegkundige aangegeven niet betrokken te zijn geweest bij ontwikkeling. Echter, zij zijn wel uitgenodigd maar zijn daar niet op ingegaan. V&VN is wel betrokken. Daarnaast zijn 10 netwerken uit het land ook gevraagd te kijken naar de concept-zorgstandaard waar aandacht gegeven kon worden door wijkverpleegkundigen.

*De volgende vraag geeft het Zorginstituut inzicht in de mogelijkheid voor implementatie van het meetinstrument door de partijen.*

6. Kan het meetinstrument naar de mening van de betrokken partijen geïmplementeerd worden in de zorgomgeving waar het van toepassing is? Licht toe.

De netwerkindicatoren zijn in het Programma Ketenzorg Dementie ontwikkeld in 2009 en sindsdien drie maal in de praktijk als meting uitgevoerd. De indicatoren zijn steeds na meting en evaluatie aangepast aan nieuwe inzichten en ervaringen in de praktijk om de toepasbaarheid te vergroten. Vilans heeft in 2012 een grote herziening gedaan op basis van de concept Zorgstandaard Dementie. Tevens is de wijze van het aanbieden van de meting gewijzigd. Ketens ontvangen nu een webbased vragenlijst en direct na het invullen kunnen ze een rapportje met hun eigen gegevens downloaden. De herziene indicatorenset is getoetst op toepasbaarheid, gebruiksvriendelijkheid en invulbaarheid door twee ketens. Op basis hiervan is een duidelijke instructie geschreven. In 2012 hebben 55 ketens de webbased vragenlijst volledig ingevuld. In 2014 wordt de set opnieuw herzien, nu worden ook de indicatoren van de IGZ meegenomen. De procedure is ook hier dat met een nieuwe set eerst getoetst wordt in de praktijk alvorens de meting uit te zetten. Daarnaast ontvangt iedere keten een persoonlijk rapportje met uitkomsten en advies voor verbetering in de praktijk.

**CRITERIUM 3: Er is een werkinstructie die aangeeft hoe het meetinstrument moet worden gebruikt.**

1. Is er een werkinstructie die aangeeft hoe het meetinstrument moet worden gebruikt?

**Antwoord:**

Ja, er is een handleiding met instructie. Tijdens de achtereenvolgende drie metingen (de laatste in 2012, door Vilans) is de handleiding en de invoertool steeds bijgesteld op grond van resultaten en ervaringen. Het aantal dementieketens dat meedoet aan de metingen, de respons, stijgt. In 2009 waren dit 16 ketens, in 2011 19 en in 2012 55 ketens.

2. Is de werkinstructie naar de mening van de betrokken partijen volledig en helder?

**Antwoord:**

De werkinstructie is getoetst bij twee ketens en voldoende bevonden. Tijdens en na de meting is de instructie helder en volledig genoeg gebleken.

3. Bestaat de werkinstructie ten minste uit de volgende onderdelen, [geef dit per onderdeel aan]
  - a. Omschrijving van het gebruikersdoel van het meetinstrument; JA
  - b. Beschrijving voor welke variabele of voor welke vraag het meetinstrument is opgesteld. Ja
  - c. Beschrijving van de benodigde analyse van de data om te komen tot kwaliteitsuitkomsten Deels
  - d. Definitie over welke cliëntengroep gegevens worden verzameld (in exclusiecriteria); Ja

Indien het meetinstrument keuze-informatie en/of zorginkoop met financiële consequenties als doel heeft, bestaat de werkinstructie ook uit de volgende onderdelen [geef per onderdeel aan] Nog niet van toepassing

- e. Opsomming van de relevante casemix-variabelen;
- f. Beschrijving welke gegevens aangeleverd moet worden;
- g. Beschrijving wie de gegevens aanlevert;
- h. Beschrijving aan wie de gegevens moeten worden aangeleverd (gegevensmakelaar);
- i. Beschrijving hoe vaak gegevens moeten worden aangeleverd.
- j. Indien van toepassing: Beschrijving van welke informatiestandaard wordt gehanteerd bij de elektronische registratie van de voor dit meetinstrument noodzakelijke data;

Indien het meetinstrument keuze-informatie en/of zorginkoop met financiële consequenties als doel heeft. Nog niet relevant.

4. Vanaf welk moment (datum) kunnen er gegevens aangeleverd worden?
5. Wat is de frequentie van aanlevering van gegevens?

**CRITERIUM 4A: Wanneer het meetinstrument een vragenlijst is, met als doel keuze-informatie, zorginkoop met financiële consequenties of toezicht, dan is deze betrouwbaar, valide en discriminerend. Nog niet van toepassing. In de aanpassing toewerkend naar transparantie in 2016 wordt betrouwbaarheid en validiteit meegenomen.**

1. Welke methodiek is gehanteerd bij het opstellen van de vragenlijst? Indien het ontwikkelhandboek (CQI) is gebruikt als leidraad kunt u dat hier aangeven.

*Betrouwbaar en valide*

Is de vragenlijst bewezen betrouwbaar en valide? (Vrije toelichting)

Of beantwoordt de volgende vragen:

2. Wordt de vragenlijst uitgevraagd door een geaccrediteerd meetbureau? (van belang voor registratievergelijkbaarheid) (ja/nee)
3. De doelgroep van de vragenlijst is afgebakend (ja/ nee)
4. De vragenlijst is opgesteld op basis van:
  - a. literatuur, bestaande meetinstrumenten en informatie uit andere bronnen? Licht toe
  - b. kwalitatief onderzoek onder de doelgroep? Licht toe
5. De conceptvragenlijst is uitgebreid getest met behulp van cognitieve interviews (ja/nee)
6. De vragenlijst heeft goede psychometrische eigenschappen (ja/ nee)
  - a. Wat was de steekproefomvang? Licht toe
  - b. Wat was de respons? Licht toe
  - c. Is bekeken of de groep respondenten representatief is voor de onderzoekspopulatie en of de Nederlandse bevolking? Zo ja, wat waren de resultaten?
  - d. Zijn de belangscores voor de verschillende kwaliteitsaspecten bekeken? Zo ja, wat waren de resultaten?
  - e. Is per item gekeken naar de scheefheid van de frequentieverdeling? Licht toe
  - f. Is gekeken naar het aantal missende waarden per item? Licht toe
  - g. Is gekeken naar de correlaties tussen de verschillende items? Licht toe
  - h. Wat zijn de vastgestelde schalen (ook wel 'factoren')? Licht toe
  - i. Wat is de betrouwbaarheid van de schalen (ook wel 'factoren')? Licht toe

*Discriminerend*

Is het discriminerend vermogen van de vragenlijst voldoende aangetoond? (Vrije toelichting)

Of beantwoordt de volgende vragen:

7. Er is aangetoond dat de vragenlijst discrimineert (ja/ nee)
  - a. Hoeveel instellingen waren onderdeel van de steekproef?
  - b. Wat was de steekproefomvang (totaal en per instelling)?
  - c. Wat was de respons (totaal en per instelling)?
  - d. Welke maat toont het onderscheidend vermogen van de vragenlijst aan?
  - e. Welke waarde heeft de maat voor onderscheidend vermogen (schalen/ losse items)?

- f. Wat is de steekproefgrootte per analyse-eenheid om instellingen met een betrouwbaarheid van 0,70 te kunnen onderscheiden?

**CRITERIUM 4B: Wanneer het meetinstrument een indicator is, met als doel keuze-informatie en/of, zorginkoop met financiële consequenties dan voldoet deze aan voorwaarden over inhoudsvaliditeit, vergelijkbaarheid en statistische betrouwbaarheid. Wanneer de indicator niet voldoet aan de voorwaarden over registratievergelijkbaarheid en/of statistische betrouwbaarheid, publiceren partijen informatie over de interpretatie en toepasbaarheid van de indicator en dan is er een tijdspad geformuleerd waaruit blijkt wanneer de indicator wel volledig aan dit criterium voldoet. Nog niet van toepassing. In de aanpassing toewerkend naar transparantie in 2016 wordt betrouwbaarheid en validiteit meegenomen.**

**Het tijdspad voor aanpassing is: eerste aanpassing 2014, meting 2014. Daarna evaluatie en bepalen betrouwbaarheid en validiteit. Vervolgens aanpassing meting met transparantie gegevens in 2016.**

### Vragen op indicatorsetniveau

*Inhoudsvaliditeit op setniveau*  
Vrije toelichting

**Antwoord:**

De indicatorenset heeft facevalidity. De eerste versie van de set indicatoren is uit 2009 en is onderdeel van de Leidraad ketenzorg dementie. Deze set is ontwikkeld in overleg met dementieketens, kernteam Programma Ketenzorg Dementie en VWS. De regionale uitkomsten worden steeds besproken door de leveranciers van de gegevens, namelijk de betrokken ketenpartners en projectleiders op herkenbaarheid en punten voor verbetering.

Vilans doet nu onderzoek naar de betrouwbaarheid en validiteit van de huidige indicatorenset die is gemaakt op basis van de Leidraad ketenzorg.

Aanpak: starten met beperkte set (uit Leidraad, maart 2009). Vervolgens is deze set van indicatoren uitgevraagd bij de dementieketens en door uitwisseling en vergelijking steeds tussen dementieketens is de set verbeterd. Inzet was niet om eerst jarenlang wetenschappelijk onderzoek te doen om te komen tot een set indicatoren met het risico dat deze dan niet meer past bij de steeds maar veranderende zorgcontext. Bijvoorbeeld 2 jaar geleden hadden sociale wijkteams en wijkverpleegkundigen en gemeenten een andere positie en rol dan nu.

De verwachting is dat de indicatoren de komende jaren op basis van nieuwe onderzoeken, inzichten en veranderingen in wet- en regelgeving steeds aangepast moeten worden.

Of vul onderstaande vragen in:

	Ja	Gedeeltelijk	Nee	Nvt	Geen informatie
1. De indicatorset is gebaseerd op een omschrijving van wat goede zorg is (bijvoorbeeld een kwaliteitsvisie of professionele standaard).	x		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. De kwaliteitsdomeinen uit de omschrijving van goede zorg, worden gedekt in de	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

indicatorset.

3. De fasen van het zorgproces uit de omschrijving van goede zorg, worden gedekt in de indicatorset.

### Vragen op indicatorniveau

#### Algemene informatie op indicatorniveau

1. Wat voor type indicator betreft het?  
 Structuur  
 Proces  
 Uitkomst
2. Is de frequentie waarmee de indicator gemeten wordt bekend?  
 Nee  
 Ja, namelijk [aantal keer per periode] eens per twee jaar
3. Wat is het aggregatieniveau waarop de informatie (openbaar) gerapporteerd wordt?  
 Concernniveau/ Zorggroepniveau/ Organisationsniveau  
 Locatieniveau  
 Zorgverlenerniveau  
Benchmark, landelijk rapport per keten / netwerk.
4. Heeft voor de indicator een praktijktest of een eerdere meting plaatsgevonden?  
 Ja  
 Nee  
 Onbekend
5. Wordt de score van de indicator bepaald aan de hand van gegevens verzameld via vragenlijsten? Indien neen: ga door naar vraag beoordeling van individuele indicatoren. Indien ja: wat is de naam van de vragenlijst die gebruikt is om de indicatorwaarden te meten? Geef een beschrijving van de vragenlijst: naam en versienummer.

- |  | Ja                       | Gedeeltelijk             | Nee                      | Geen Informatie          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6. De vragenlijst wordt uitgevraagd door een geaccrediteerd meetbureau.  | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. De vragenlijst waarmee de indicatorwaarden verzameld zijn, is gevalideerd.                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Er is een verantwoordingsdocument over de validatie van de vragenlijst waarmee indicatorwaarden zijn verzameld. | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ja	Gedeeltelijk	Nee	Geen Informatie
----	--------------	-----	-----------------

	Ja	Gedeeltelijk	Nee	Geen Informatie
9. Er is een aanbiedingsformulier over de validatie van de vragenlijst waarmee indicatorwaarden zijn verzameld.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Beoordeling van de individuele indicatoren*

Bewijs dat de indicator voldoet aan voorwaarden voor: [vrije toelichting]

- Inhoudvaliditeit
- Populatievergelijkbaarheid
- Registratievergelijkbaarheid
- Steekproefvergelijkbaarheid
- Statistisch betrouwbaar onderscheiden



Of vul onderstaande vragen in:

	Ja	Gedeeltelijk	Nee	Geen Informatie	
<i>Inhoudsvaliditeit</i>					
10. Het wetenschappelijk bewijs dat de indicator verband houdt met de uitkomst van de geleverde zorg is voldoende.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Populatievergelijkbaarheid</i>					
11. Er is aangetoond dat correctie voor populatieverschillen niet nodig is.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. De correctie voor populatieverschillen is voor de juiste achtergrondkenmerken uitgevoerd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Registratievergelijkbaarheid</i>					
13. De omschrijving van de indicator is helder en eenduidig.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. De benodigde gegevens worden op een gestandaardiseerde wijze geregistreerd.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. De aangeleverde gegevens kunnen worden gecontroleerd.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. De gegevens die gebruikt zijn voor de berekening van de indicatorwaarde worden primair gebruikt voor andere doeleinden dan het aanleveren van de gegevens voor de berekening van de indicatorwaarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. In de definitie van de indicator staat aangegeven welke ICT-standaard gehanteerd wordt bij de registratie van de voor deze indicator noodzakelijke data	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Steekproefvergelijkbaarheid</i>					
18. De indicator wordt berekend op basis van metingen bij de gehele populatie.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Er is een voorgeschreven steekproefprocedure toegepast.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. De uiteindelijke steekproef is representatief (gemaakt) voor de juiste achtergrondkenmerken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Statistisch betrouwbaar onderscheiden</i>					
21. Er is aangetoond dat de indicatorwaarden niet op toeval berusten.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Het aantal waarnemingen voor de indicator is naar verwachting voldoende om betrouwbare uitspraken te kunnen doen.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. De indicatorwaarden zijn statistisch betrouwbaar onderscheidend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Vragen indien indicatoren niet voldoen aan de voorwaarden voor registratievergelijkbaarheid en/of statistische betrouwbaarheid:*

24. Hebben betrokken partijen gezamenlijk een tijdspad geformuleerd, op basis waarvan ze de registratievergelijkbaarheid zodanig verbeteren dat indicatoren ten minste deels aan de voorwaarden gaan voldoen? Zo ja, dan dit tijdspad bijsluiten bij de meetinstrumenten.

Dit tijdspad loopt tot 2016 en wordt tevens in het praktijkverbeterprogramma gekoppeld aan het Deltaplan Dementie opgenomen.

25. Gaan betrokken partijen bij de publicatie van de indicatorscores een toelichting publiceren met informatie voor de gebruikers over de zeggingskracht en toepasbaarheid van de indicatoren?

Ja, dit maakt onderdeel uit van het traject tot aanpassing dat start in 2014 en loopt tot eind 2016, daarnaast maakt het onderdeel uit van het Deltaplan Dementie, een achtjarig programma.