

8. Aanbiedingsformulier voor meetinstrumenten

Algemene informatie

1. Naam van het meetinstrument:

Consumer Quality Index Naasten op de Intensive Care

2. Partijen betrokken bij het ontwikkelen of onderhouden van dit meetinstrument:

Deze partijen adviseerden bij de ontwikkeling van de CQI:

- mevr. dr. M. Kaljouw, voorzitter V&VN (Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland)
- mevr. drs. M. Beun, interim directeur NVMW (Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers)
- dhr. J. van der Smissen, lid van de werkveldraad VGVZ (Vereniging van Geestelijk Verzorgers in Zorginstellingen)
- dhr. dr. E. Kompanje, klinisch ethicus Intensive care Volwassenen Erasmus MC
- dhr. drs. D. van Duijn, zorgmanager Erasmus MC
- mevr. drs. N. Zeller, ziekenhuis directeur Gelderse Vallei Ede
- mevr. Fritschy, manager Kennemer Gasthuis
- mevr. C. van Weert, directeur stichting Miletus (zorgverzekeraars)
- mevr. M. de Booy, teammanager kwaliteit NPCF (Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie), later vervangen door dhr. J.W. Mulder, beleidsmedewerker NPCF
- mevr. dr. ir. L. Koopman, secretaris WAR (wetenschappelijke adviesraad) CKZ (Centrum Klantervaring Zorg), nu Zorginstituut Nederland

3. Aanspreekpunt voor het meetinstrument:

Het Lectoraat Acute Intensieve Zorg van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen

4. Moment waarop het meetinstrument herzien wordt:

Niet gepland

5. Doel van het meetinstrument (meerdere antwoorden mogelijk):

- Keuze-informatie
- Zorginkoopinformatie (met financiële consequenties)
- Toezichtsinformatie
- Interne Verbeteringsinformatie

6. Het meetinstrument is een: (meerdere antwoorden mogelijk)

- Vragenlijst
- Indicator of Indicatorenset

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

Over de opvang en begeleiding van naasten op de Intensive Care.

8. Heeft het meetinstrument betrekking op zorg beschreven in een kwaliteitsstandaard in het Register? (zo ja, vul de naam van de kwaliteitstandaard in).

Nee, geen betrekking op een kwaliteitsstandaard.

9. Indien indicator of indicatorenset, deze bevat: (meerdere opties mogelijk)

- Zorginhoudelijke indicatoren
- Patiëntgerapporteerde uitkomstmaten (PROMs)
- Klantervaringsindicatoren
- Etalageplus/ klantpreferentie-indicatoren
- Overig, namelijk:

criterium 1 - De relevante partijen zijn betrokken bij de ontwikkeling van het meetinstrument of hebben er gemotiveerd van afgezien.

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;

- mevr. dr. M. Kaljouw, voorzitter V&VN (Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland)
- mevr. drs. M. Beun, interim directeur NVMW (Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers)
- dhr. J. van der Smissen, lid van de werkveldraad VGVZ (Vereniging van Geestelijk Verzorgers in Zorginstellingen)
- dhr. dr. E. Kompanje, klinisch ethicus Intensive care Volwassenen Erasmus MC
- dhr. drs. D. van Duijn, zorgmanager Erasmus MC
- mevr. drs. N. Zeller, directeur Ziekenhuis Gelderse Vallei Ede
- mevr. Fritschy, manager Kennemer Gasthuis
- Margo van Mol MSc, IC verpleegkundige Erasmus MC en psycholoog
- Drs. Ellen Verhoogt, senior adviseur Kwaliteit, Marketing en Veiligheid Kennemer Gasthuis
- Drs. Bea Maris, kwaliteitsadviseur Ziekenhuis Gelderse Vallei
- Dr. Marijke van der Steen, intensivist Ziekenhuis Gelderse Vallei en voorzitter werkgroep nazorg NVIC

(Vertegenwoordigende organisaties van) cliënten;

- mevr. M. de Booy, teammanager kwaliteit NPCF (Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie), later vervangen door dhr. J.W. Mulder, beleidsmedewerker NPCF

(Vertegenwoordigende organisaties van) verzekeraars;

- mevr. C. van Weert, directeur stichting Miletus (zorgverzekeraars)

Anders.

- Dr. Lilian Vloet, lector Acute Intensieve Zorg van de HAN
- Dr. Lisbeth Verharen, associate lector Acute Intensieve Zorg van de HAN
- Dr. Willeke Manders, senior onderzoeker lectoraat Sociale en methodische aspecten van psychiatrische zorg
- Drs. Ilse Menheere, onderzoeker lectoraat Acute Intensieve Zorg van de HAN
- Drs. Ans Rensen, onderzoeker lectoraat Acute Intensieve Zorg van de HAN
- Roel Rutjens MSc, onderzoeker lectoraat Acute Intensieve Zorg van de HAN
- Fon Zeegers MA, IC-verpleegkundige, docent HBOV en medewerker lectoraat Acute Intensieve Zorg van de HAN
- mevr. dr. ir. L. Koopman, secretaris WAR (wetenschappelijke adviesraad) CKZ (Centrum Klantervaring Zorg), nu Zorginstituut Nederland
- het Radboud umc, Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare)

2. Zijn dit de relevante partijen? Licht toe.

Ja, dit zijn relevante partijen. Het meetinstrument wordt vanuit verschillende perspectieven bekeken: het perspectief van patiënten, professionals, management, kwaliteitszorg, beroepsverenigingen, zorgverzekeraars, praktijkonderzoekers, wetenschap en een ethisch perspectief.

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.

De bovenstaande partijen zijn geïnccludeerd op basis van methodologische of inhoudelijke expertise.

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

Geen enkele partij heeft afgezien van betrokkenheid bij de ontwikkeling van de CQI.

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.

Ja. De ontwikkeling van het instrument lag primair bij het lectoraat Acute Intensieve Zorg van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. De betrokken ziekenhuizen voor het benaderen van respondenten (focusgroepen en afname vragenlijst) en feedback op de relevantie van items en bruikbaarheid van vragenlijst en protocol. IQ-healthcare voor de analyses voor de discriminerende fase. En de overige partijen als lid van de begeleidingscommissie voor feedback in de diverse fasen van het ontwikkeltraject.

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.

Ja, want er zijn bijeenkomsten georganiseerd waarin de betrokken partijen hun mening en ideeën konden geven over het meetinstrument. Deze zijn meegenomen in de aanpassingen van het meetinstrument.

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

Er is geen sprake van belangenverstrengeling, want alle taken, verantwoordelijkheden en overwegingen bij de besluiten waren voor alle partijen inzichtelijk en transparant.

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

Ja, iedere partij heeft de kans gekregen om zijn/haar mening te geven op vooraf toegestuurde documenten.

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

9. 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.

Ja, de NPCF is bij de ontwikkeling van het meetinstrument zowel materieel als immaterieel betrokken geweest.

criterium 2 - Alle betrokken partijen dragen het meetinstrument gezamenlijk voor.

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

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

Nee, want bij aanvang van ontwikkeling was het gezamenlijk aanbieden niet opgenomen in de richtlijnen voor CQI-ontwikkeling.

2. Dragen alle betrokken partijen het meetinstrument gezamenlijk voor? Indien dat niet het geval is, wat zijn hiervoor de gronden?

Nee, sommige partijen zijn alleen betrokken bij de ontwikkeling. De CQI wordt tripartiet aangeboden door: de NVIC, de V&VN, de Patiënten Federatie NPCF, de zorgverzekeraars via Stichting Miletus, de stichting Family and patient Centered Intensive Care (FCIC) en het lectoraat Acute Intensieve Zorg van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

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

3. Onderschrijven alle betrokken partijen het meetinstrument? Indien dat niet het geval is, wat zijn hier voor de gronden? Graag toelichting onderverdeeld in de volgende categorieën van partijen.

Ja, alle aanbiedende partijen onderschrijven het ontwikkelde meetinstrument.

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? (bijvoorbeeld: zijn alle afspraken en/of taken etcetera nagekomen resp. uitgevoerd)? Licht toe.

Ja, alle aanbiedende partijen stemmen in met de keuzes die gemaakt zijn.

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

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

Ja, met name V&VN en Stichting Miletus hebben kritisch naar dit aspect gekeken en zijn van mening dat het afnemen van het instrument op IC-afdelingen uitvoerbaar is.

criterium 3 - Er is een werkinstructie die aangeeft hoe het meetinstrument gebruikt moet worden.

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

Ja

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

Ja

3. Bestaat de werkinstructie ten minste uit de volgende onderdelen?
[geef per onderdeel aan]

a. Omschrijving van het gebruikersdoel van het meetinstrument;

Ja

b. Definitie over welke cliëntengroep gegevens worden verzameld (in exclusiecriteria);

Ja

c. Beschrijving van de data-verzamelmethode of registratiewijze.

Ja

d. Beschrijving van de benodigde analyse van de data om te komen tot kwaliteitsuitkomsten;

Nee, want deze staat beschreven in het Handboek Eisen en Werkwijzen CQI-metingen Zorginstituut Nederland.

Indien het meetinstrument keuze-informatie en/of zorginkoop met financiële consequenties als doel heeft, beantwoordt ook onderstaande vragen.

Niet van toepassing

4. Bestaat de werkinstructie ook uit de volgende onderdelen?

[geef per onderdeel aan]

a. Beschrijving voor welke stappen een geaccrediteerd meetorganisatie moet worden ingeschakeld voor de dataverzameling en/of analyses (o.a. benchmark). Specificeer het bereik (scope) van het betreffende meetbureau.

b. Opsomming van de relevante casemix-variabelen;

c. Beschrijving welke gegevens aangeleverd moet worden;

d. Beschrijving hoe vaak gegevens moeten worden aangeleverd en vanaf wanneer;

e. Beschrijving wie de gegevens aanlevert;

- f. Beschrijving aan wie de gegevens moeten worden aangeleverd (gegevensmakelaar).
- g. Indien van toepassing: Beschrijving van welke informatiestandaard wordt gehanteerd bij de elektronische registratie van de voor dit meetinstrument noodzakelijke data;

Criterion 4A - Wanneer het meetinstrument een vragenlijst is, met als doel het leveren van keuze-informatie en/of zorginkoop met financiële consequenties, dan is deze betrouwbaar, valide en discriminerend.

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

Betrouwbaar en valide

2. Is de doelgroep van de vragenlijst afgebakend

Ja

3. Is de vragenlijst opgesteld op basis van:

a. literatuur, bestaande meetinstrumenten en informatie uit andere bronnen? [Licht toe]

Ja, op basis van een literatuurstudie en bestaande meetinstrumenten.

b. kwalitatief onderzoek onder de doelgroep? [Licht toe]

Ja, in drie ziekenhuizen werden focusgroepbijeenkomsten gehouden van 2 tot 2.5 uur met 8 tot 12 naasten van IC- patiënten georganiseerd. In deze bijeenkomsten werd de kwaliteit van de opvang en begeleiding van naasten op de IC geoperationaliseerd in concrete kwaliteitsaspecten. De bijeenkomst werd geleid door een onderzoeker van het LAIZ en een onderzoeker /kwaliteitsmedewerker van het ziekenhuis.

4. Is de conceptvragenlijst vastgesteld met behulp van cognitieve interviews? [Licht toe]

Ja, er zijn cognitieve interviews gehouden met 11 naasten.

5. Hoe zijn de psychometrische eigenschappen vastgesteld? [Licht toe of beantwoordt de volgende subvragen (deze zijn niet verplicht)]

a. Wat was de steekproefomvang?

595 respondenten

b. Wat was de respons?

Bruto respons 455 en netto respons 446

c. Is bekeken of de groep respondenten representatief is voor de onderzoekspopulatie en of de Nederlandse bevolking? Zo ja, wat waren de resultaten?

Nee

d. Zijn de belangscores voor de verschillende kwaliteitsaspecten bekeken? Zo ja, wat waren de resultaten?

Ja:

Belangvragen meest belangrijke (mediaan=4)

Itemnr	Omschrijving item	Heel erg belangrijk	Belangrijk	Totaal
		%/n	%/n	%/n
11	Geen tegenstrijdige informatie geven	78.6 (349)	18.5 (82)	97.1 (431)
9	Informatie van artsen begrijpelijk	72.3 (321)	24.1 (107)	96.4 (428)
10	Informatie van verpleegkundigen begrijpelijk	70.0 (311)	27.5 (122)	97.5 (433)
28	Hulpverleners naasten serieus nemen	69.4 (308)	28.2 (125)	97.5 (433)
31	Verpleegkundigen luisteren aandachtig naar naaste	63.1 (279)	32.4 (143)	95.5 (422)
30	Artsen luisteren aandachtig naar naaste	61.4 (272)	33.9 (150)	95.3 (422)
6	Bij eerste bezoek van patiënt op IC is opvang aanwezig	60,3 (269)	29.6 (132)	89.9 (401)
23	Betrokken bij besluitvorming arts over medische behandeling	58.8 (261)	30.6 (136)	89.4 (397)
13	Vast aanspreekpunt is bereikbaar	55.1(243)	38.3(169)	93.4 (412)
12	Vast aanspreekpunt hebben	53.5(237)	35.9(159)	89.4 (396)
29	Hulpverleners hebben genoeg tijd voor naasten	52.8(234)	41.3(183)	94.1 (417)
7	Vorbereiden naaste op eerste confrontatie met patiënt	51.6(230)	38.3(171)	89.9 (401)

Belangvragen minst belangrijk (mediaan ≤2)

Itemnr	Omschrijving item	Niet belangrijk	Eigenlijk wel belangrijk	Totaal
		%/n	%/n	%/n
57	Ziekenhuis biedt lotgenotencontact	46.4 (204)	36.4 (160)	82.8 (364)
56	Behoeftte om in contact te komen met lotgenoten	45.2 (199)	35.9 (158)	81.1 (357)
34	Geen hinder aanwezigheid geluiden apparatuur	43.9 (194)	26.0 (115)	69.9 (309)
47	Contact met geestelijk verzorger	28.0 (123)	36.8 (162)	64.8 (285)
58	Nazorggesprek naaste, na ontslag patiënt IC	24.7 (109)	29.6 (131)	54.3 (240)
49	Contact met psycholoog	23.2(102)	41.9 (184)	65.1 (286)
44	Aandacht voor naasten onderling	21.2 (93)	36.3 (159)	57.5 (252)
45	Contact maatschappelijk werk	16.3 (72)	42.9 (189)	59.2 (261)

e. Is per item gekeken naar de scheefheid van de frequentieverdeling?

Ja

f. Is gekeken naar het aantal missende waarden per item?

Ja

g. Is bekeken of de groep respondenten representatief is voor de onderzoekspopulatie en/of de Nederlandse bevolking? Zo ja, wat waren de resultaten?

Nee

h. Is gekeken naar de correlaties tussen de verschillende items?

Ja

i. Wat zijn de vastgestelde schalen (ook wel 'factoren')?

Communicatie en participatie

j. Wat is de betrouwbaarheid van de schalen (ook wel 'factoren')?

Communicatie; $\alpha = 0,810$

Participatie; $\alpha = 0,805$

Discriminerend

6. Hoe is aangetoond dat de vragenlijst discrimineert? [Licht toe of beantwoordt de volgende subvragen (deze zijn niet verplicht)]

a. Hoeveel instellingen waren onderdeel van de steekproef?

26 IC-afdelingen

b. Wat was de steekproefomvang (totaal en per instelling)?

1965 respondenten, zie 6c voor onderscheid

c. Wat was de respons (totaal en per instelling)?

Bruto respons 1400 en netto respons 1349

Respons en non-respons IC-afdelingen (n=26)

IC-afdeling	Respons	Non-respons	Totaal
IC-1	66	57	123
IC-2	73	12	85
IC-3	27	35	62
IC-4	69	33	102
IC-5	37	18	55
IC-6	63	30	93
IC-7	31	12	43
IC-8	63	21	84
IC-9	66	24	90

IC-10	34	27	61
IC-11	42	0	42
IC-12	67	39	106
IC-13	69	30	99
IC-14	34	10	44
IC-15	79	74	153
IC-16	39	18	57
IC-17	61	14	75
IC-18	24	11	35
IC-19	43	11	54
IC-20	66	16	82
IC-21	70	19	89
IC-22	34	6	40
IC-23	37	15	52
IC-24	70	42	112
IC-25	48	8	56
IC-26	38	22	60
Totaal	1349	616	1965

d. Welke maat toont het onderscheidend vermogen van de vragenlijst aan?
Intraklassecorrelatie (ICC)

e. Welke waarde heeft de maat voor onderscheidend vermogen (schalen/ losse items)?
zie 6f

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

Resultaten op IC niveau na casemix correctie

	ICC	Sterrenverdeling			Benodigde respondenten [□]
		1 ster	2 sterren	3 sterren	N
Communicatie en info	0.0071	1	25	0	327
Participatie	0.0106	1	25	0	218
Rapportcijfer arts	0.0113	2	23	1	205
Rapportcijfer verpleegkundige	0.0329*	2	22	2	69
Rapportcijfer opvangbegeleiding	0.0297*	3	22	1	77
Gehoord in de besluitvorming	0.0007	0	26	0	3331
Functie betrokken hulpverleners bekend	0.0068	0	26	0	341
Informatie over parkeren	0.3032*	8	11	7	6
Informatie over maaltijden	0.0939*	6	15	5	23
Sluiten bezoektijden aan bij behoefte	0.1649*	4	17	5	12

[□] *betreft aantal respondenten voor een betrouwbare vergelijking (reliability = 0,70)*

** p<0.05*

Criterion 4B - *Wanneer het meetinstrument een indicator is, met als doel het leveren van keuze-informatie en/of zorginkoop met financiële consequenties, dan voldoet deze aan voorwaarden wat betreft inhoudsvaliditeit, vergelijkbaarheid en statistische betrouwbaarheid. Wanneer de indicator niet voldoet aan de voorwaarden wat betreft vergelijkbaarheid en/ of statistische betrouwbaarheid, publiceren partijen informatie over de interpretatie en toepasbaarheid van de indicator. Ook hebben zij dan een tijdspad geformuleerd waaruit blijkt wanneer de indicator wel volledig aan dit criterium zal voldoen.*

Onderstaande vragen zijn niet van toepassing op het ontwikkelde instrument.

Vragen op setniveau

Inhoudsvaliditeit op setniveau

1. Is de indicatorset gebaseerd op een omschrijving van wat goede zorg is (bijvoorbeeld een kwaliteitsstandaard)?

[Licht toe]

2. Dekt de indicatorset de kwaliteitsdomeinen (effectiviteit, veiligheid, cliëntgerichtheid) uit de omschrijving

van goede zorg? [Licht toe]

3. Dekt de indicatorset de relevante fasen van het zorgproces (preventie, indicatie, proces van zorg zelf, uitkomsten) uit de omschrijving van goede zorg? [Licht toe]

Vragen op indicatorniveau

Algemene informatie

1. Wat voor type indicator betreft het?

- Structuur
- Proces
- Uitkomst

2. Wat is het aggregatieniveau waarop de informatie (openbaar) gerapporteerd wordt?

- Concernniveau/ zorggroepniveau / organisatieniveau
- Locatieniveau
- Zorgverlenerniveau
- Anders, namelijk:

3. Heeft voor de indicator een praktijktest of een eerdere meting plaatsgevonden?

- Ja
- Nee
- Onbekend

4. Wordt de score van de indicator bepaald aan de hand van gegevens verzameld via vragenlijsten?

Indien ja: Geef een beschrijving van de vragenlijst: naam en versienummer en geef aan in hoeverre deze vragenlijst getoetst is.

Beoordeling van de individuele indicatoren

Inhoudsvaliditeit

1. Is aangetoond dat er een duidelijke relatie bestaat tussen de geleverde zorg of het ontbreken daarvan en de zorguitkomsten van de indicator? [Licht toe]

Registratievergelijkbaarheid

2. Is aangetoond dat de verschillen tussen de geregistreerde en de werkelijke waarden van structuur, proces, uitkomst en populatie de vergelijkbaarheid van indicatorwaarden niet beïnvloeden? [Licht toe of beantwoordt de volgende subvragen (deze zijn niet verplicht)]

- a. Is de indicator helder en eenduidig omschreven? [Licht toe]
- b. Worden de benodigde gegevens op een gestandaardiseerde wijze geregistreerd? [Licht toe]
- c. Kunnen de aangeleverde gegevens worden gecontroleerd? [Licht toe]
- d. Worden de gegevens die gebruikt zijn voor de berekening van de indicatorwaarde primair gebruikt voor andere doeleinden dan het aanleveren van de gegevens voor de berekening van de indicatorwaarde?

[Licht toe]

- e. Staat in de definitie van de indicator aangegeven welke ICT-standaard gehanteerd wordt bij de registratie van de voor deze indicator noodzakelijke data? [Licht toe]

Populatievergelijkbaarheid

3. Is aangetoond dat verschillen in populatiekenmerken de vergelijkbaarheid van de indicatorwaarden niet beïnvloeden? [Licht toe of beantwoordt de volgende subvragen (deze zijn niet verplicht)]

- a. Is aangetoond dat correctie voor populatieverschillen niet nodig is? [Licht toe]
- b. Is correctie voor populatieverschillen voor de juiste achtergrondkenmerken uitgevoerd? [Licht toe]

Steekproefvergelijkbaarheid

4. Is aangetoond dat verschillen tussen de steekproef en de totale behandelde populatie de vergelijkbaarheid

van de indicatorwaarden niet beïnvloeden? [Licht toe of beantwoordt de volgende subvragen (deze zijn niet verplicht)]

- a. Is een voorgeschreven steekproefprocedure toegepast? [Licht toe]
- b. Is de uiteindelijke steekproef representatief (gemaakt) voor de juiste achtergrondkenmerken?

[Licht toe]

Statistisch betrouwbaar onderscheiden

5. Is aangetoond dat de indicator voldoende vermogen heeft om zorgaanbieders met bovengemiddelde en ondergemiddelde indicatorwaarden te onderscheiden van gemiddeld scorende aanbieders? [Licht toe of beantwoordt de volgende subvragen (deze zijn niet verplicht)]

a. Is het aantal waarnemingen van de indicator naar verwachting voldoende om betrouwbare uitspraken te kunnen doen? [Licht toe]

Vragen indien indicatoren niet voldoen aan de voorwaarden voor vergelijkbaarheid en/of statische betrouwbaarheid:

6. Publiceren de betrokken partijen bij de publicatie van de indicatorscores een toelichting met informatie voor de gebruikers over de interpretatie en toepasbaarheid van de indicatoren?

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

Overige toelichting bij Criterium 4B [vrije toelichtingsruimte]:

Overgangscriterium - Organisaties van cliënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars dragen het meetinstrument gezamenlijk voor.

1. Is het meetinstrument voor 1 januari 2014 ontwikkeld?

Ja

2. Was het meetinstrument voor 1 januari 2014 in een ver gevorderd stadium van ontwikkeling? Licht toe.

Ja, de start van de ontwikkeling van het meetinstrument was in januari 2011. De discriminerende testfase is in maart 2014 geëindigd.

3. Het meetinstrument wordt voorgedragen door: Licht toe onderverdeeld in de volgende categorieën van partijen:

- ✓ (Vertegenwoordigende organisaties van) zorgaanbieders; V&VN, NVIC
- ✓ (Vertegenwoordigende organisaties van) cliënten; Patiënten Federatie NPCF
- ✓ (Vertegenwoordigende organisaties van) verzekeraars; Stichting Miletus
- ✓ Anders; het lectoraat Acute Intensieve Zorg (Hogeschool van Arnhem en Nijmegen), stichting Family and patient Centered Intensive Care (FCIC)