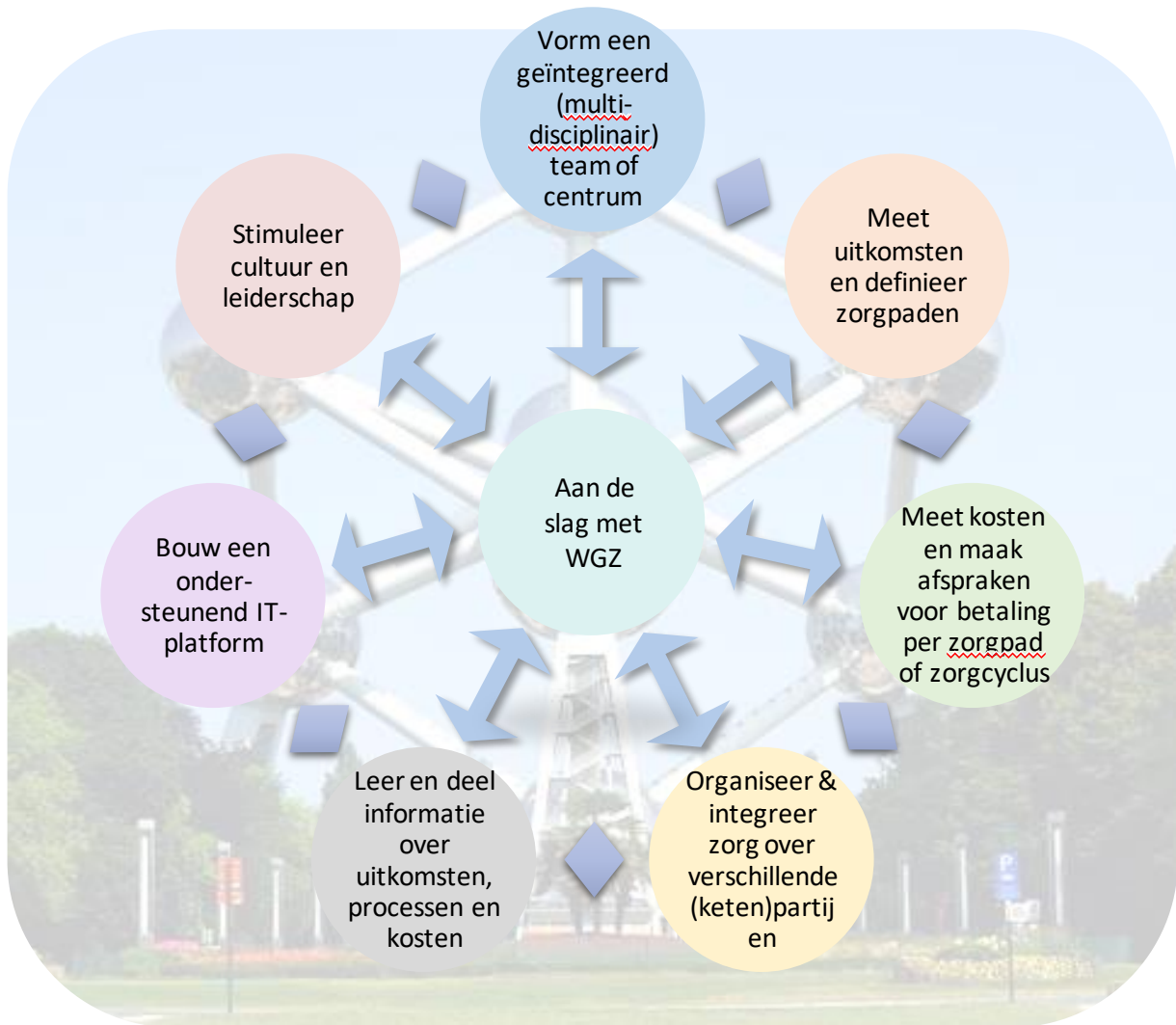


Versnelling Waardegedreven Zorg

Consultatieversie 4 mei 2021



Matthijs van der Linde, Michèle van der Kemp, Vincent Wiersma, Hans Peter Jung, Richard Dasselaar, Sandra Beurskens, Marie Jose Kleene, Joliene Munier, Philip van der Wees, Johan van Soest, Wilja Strating, Ina Kuper, Arie Franx, Willem Jan Bos en Ton Hanselaar (voorzitter)

(De leden van de Kerngroep Versnelling Waardegedreven Zorg)

Executive Summary

Het behalen van de meeste waarde voor de patiënt is het doel van Waardegedreven Zorg (WGZ; ook wel *Value-Based Health Care* of Uitkomstgerichte Zorg genoemd). Daarbij staat de interactie tussen de patiënt en diens naasten met de zorgverlener en het team eromheen centraal. In die interactie wordt waarde voor de patiënt gecreëerd.

Het **doel** van deze handreiking *Versnelling Waardegedreven Zorg* is zorg te verbeteren door waarde te creëren voor patiënten. De handreiking geeft praktische handvatten aan zorgverleners (artsen, verpleegkundigen, paramedici), patiënten en betrokken managers in Nederland om in hun eigen omgeving aan de slag te gaan met WGZ.

De handreiking omvat twee hoofdonderdelen: *Klaar voor de start?* en *Aan de slag met WGZ*.

Klaar voor de start?

Het hoofdonderdeel *Klaar voor de Start?* omvat de onderdelen *De essentie van Waardegedreven Zorg* en *Een goede voorbereiding*. In *De essentie van Waardegedreven Zorg* is de essentie van WGZ vastgelegd en gevisualiseerd in een WGZ-Huis waarin visie, missie, strategie en kernwaarden beschreven zijn met links naar de gehanteerde definities.

In *Een goede voorbereiding* worden vijf *must-haves* beschreven die voorwaardelijk zijn voor een voorspoedige start van een WGZ initiatief. Tevens worden vijf *nice-to-haves* genoemd, die de implementatie van WGZ kunnen versnellen. Hieronder is een overzicht opgenomen van de *must-haves* en *nice-to-haves*.

Must-haves

1. De doelen zijn helder & haalbaar en worden gedeeld door de teamleden;
2. De 'medische conditie' en daarmee de patiënten doelgroep is bepaald;
3. Het multidisciplinaire team is betrokken;
4. Er is een gevoel van urgentie: de status quo is niet langer wenselijk;
5. Er is voldoende IT-ondersteuning.

Nice-to-haves

1. Er zijn middelen toegezegd;
2. Voor de patiëntenpopulatie bestaat reeds een uitkomstenset en de daarbij horende meetinstrumenten;
3. Er is ruimte om te experimenteren en te verbeteren;
4. Waardegedreven IT- en datafaciliteiten zijn reeds beschikbaar;
5. Interne stakeholders (bestuur, management, medische staf) zijn positief en toegewijd.

Voordat de starter aan de slag gaat met WGZ adviseren wij goed kennis te nemen van de essentie en het WGZ-Huis, de *must-haves* en de *nice-to-haves*.

Aan de slag met WGZ

In *Aan de slag met WGZ* staan zeven praktische strategische thema's uitgewerkt. Ieder strategisch thema is uitgewerkt in een aantal tactische vragen die, samen met literatuurverwijzingen, tools en technieken, u, als starter, gaan helpen bij het realiseren van WGZ. Ook zijn praktijkvoorbeelden uit Nederland en het buitenland opgenomen van waaruit u inspiratie kunt opdoen.

Hieronder is een overzicht opgenomen van de zeven strategische thema's met de bijbehorende tactische vragen. In het betreffende hoofdstuk vindt u een gedetailleerde omschrijving.

Vorm een geïntegreerd multidisciplinair team of centrum

- a. Is de patiëntengroep en de bijbehorende 'medische conditie' helder gedefinieerd?
- b. Zijn alle relevante zorgprofessionals, medische en operationele ondersteuners en een patiënt in het multidisciplinaire team vertegenwoordigd?
- c. Is het leiderschap van het multidisciplinaire team geborgd?
- d. Zijn structurele voortgangs- en verbeter-overleggen opgezet?

Meet & bespreek uitkomsten, definieer zorgpaden

- a. Is er een (inter)nationaal ontwikkelde uitkomstenset beschikbaar voor de gekozen 'medische conditie' of dient deze nog te worden bepaald?
- b. Zijn de activiteiten binnen de zorgpaden van de 'medische conditie' in kaart gebracht, inclusief meetmomenten en meetinstrumentaria?
- c. Worden de individuele scores op uitkomsten teruggekoppeld en besproken in de spreekkamer?

Meet kosten, maak afspraken voor betaling per zorgpad of zorg-cyclus

- a. Zijn de zorgactiviteiten vertaald naar inzicht in werkelijke kosten of kostendrijvers?
- b. Zijn de verhoudingen tussen de kosten en vergoedingen voor de 'medische conditie' bekend?
- c. Is het MDT in staat om zelf te sturen op kosten en opbrengsten?
- d. Zijn afspraken gemaakt met de preferente zorgverzekeraar over de waardegedreven bekostiging voor deze 'medische conditie'?

Organiseer & integreer zorg over verschillende (keten)partijen

- a. Organiseren en leveren jullie als MDT alle ketenbrede zorg voor de 'medische conditie'?
- b. Werkt het MDT samen met andere MDT's die zich richten op aanverwante 'medische conditie's of veel voorkomende comorbiditeiten?
- c. Zijn toeleveranciers aangehaakt?

Leer en deel informatie over uitkomsten, processen en kosten

- a. Gebruiken zorgverleners de PROMs resultaten van individuele patiënten om samen met de patiënt te beslissen?
- b. Kijkt het MDT regelmatig naar verzamelde uitkomsten, processen en kosten?
- c. Worden geaggregeerde en geanonimiseerde gezondheidsuitkomsten 'medische conditie' transparant gedeeld met interne en externe stakeholders ter informatie en als benchmarking?

Organiseer een ondersteunende IT-omgeving

- a. Wordt de meest relevante data (uitkomsten, procesdata, patiënt-karakteristieken en kosten) digitaal en eenduidig vastgelegd?
- b. Worden data beschikbaar gemaakt voor (visueel) inzicht, analyses/studies, rapportages?

- c. Kunnen data veilig gedeeld en gekoppeld worden met andere data o.a. voor het faciliteren van benchmarking?

Stimuleer cultuur en leiderschap

- a. Is het duale leiderschapsteam inspirerend, communicatief-vaardig, en gemandateerd
- b. Voelen de leden van het MDT gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de zorg-activiteiten, uitkomsten en kosten?
- c. Heerst er binnen het team een cultuur van enthousiasme en vertrouwen, van veilig samen leren en verbeteren?
- d. Krijgt innovatie met de potentie waarde toe te voegen voldoende ruimte in het MDT?

Inhoudsopgave

EXECUTIVE SUMMARY	2
1 INLEIDING	6
2 LEESWIJZER	8
3 KLAAR VOOR DE START	9
DE ESSENTIE VAN WAARDEGEDREVEN ZORG.....	9
EEN GOEDE VOORBEREIDING	11
<i>Must-haves</i>	11
<i>Nice-to-haves</i>	12
4 AAN DE SLAG MET WGZ	14
VORM EEN GEÏNTEGREERD MULTIDISCIPLINAIR TEAM OF CENTRUM	16
MEET & BESPREEK UITKOMSTEN, DEFINIEER ZORGPADEN	18
MEET KOSTEN, MAAK AFSPRAKEN VOOR BETALING PER ZORGPAD OF ZORG-CYCLUS	20
ORGANISEER & INTEGREER ZORG OVER VERSCHILLENDE (KETEN)PARTIJEN	22
LEER EN DEEL INFORMATIE OVER UITKOMSTEN, PROCESSEN EN KOSTEN	24
ORGANISEER EEN ONDERSTEUNENDE IT-OMGEVING	26
STIMULEER CULTUUR EN LEIDERSCHAP	29
5 HULPLIJNEN	31
6 DANKWOORD	32
7 REFERENTIES	33
8 BIJLAGE: TOELICHTING WGZ CONCEPTEN	38

1 Inleiding

De Nederlandse gezondheidszorg behoort kwalitatief gezien al jaren tot de top van Europa. Toch kent ons zorgstelsel ook weeffouten [1]. Zo is de zorg vooral georganiseerd rondom de zorgprofessional, terwijl het de patiënt is die centraal zou moeten staan. We hebben weinig zicht op de gehele patiënt en kennen de werkelijke effectiviteit van onze behandeling voor de patiënt vaak maar in beperkte mate. We weten onvoldoende wat de behaalde resultaten van de zorg voor het dagelijkse leven van de patiënt betekenen. Kortom, we weten slechts beperkt wat van waarde van een behandeling is voor die patiënt. De vergoeding van de zorgverlening is gebaseerd op een budget systeem dat met vergoedingen op basis van verrichtingen wordt gevuld, in plaats van op zorgresultaten. De werkelijke kosten van de zorgverlening zijn niet transparant. Daarnaast hebben we te maken met een aantal andere uitdagingen: demografische (zoals migratie, langere levensduur, vergrijzing) en technologische ontwikkelingen (bijv. diagnostische testen en nieuwe, dure geneesmiddelen) die kwaliteit, solidariteit, en betaalbaarheid van het zorgstelsel onder druk zetten [2]. Als gevolg daarvan komen ook de individuele behandeldoelen van patiënten steeds meer onder druk te staan.

In 2006 werd *Value-Based Health Care* (vrij vertaald naar het Nederlands: Waardegedreven Zorg (WGZ) of ook wel Uitkomstgerichte Zorg (UGZ)) als een nieuwe visie op de organisatie en levering van de gezondheidszorg geïntroduceerd en heeft sindsdien wereldwijd veel losgemaakt, zo ook in Nederland [3], [4]. WGZ is een geschikt model gebleken om gezondheidsuitkomsten voor patiënten te verbeteren en kosten te verlagen. Zo was Meetbaar Beter een van de eerste initiatieven waarbij zorgresultaten, in dit geval van de cardiologie-zorg, door meerdere centra werden verzameld, met elkaar gedeeld en gebruikt voor verbeterinitiatieven [5]. ParkinsonNet focuste op de vorming en educatie van multidisciplinaire teams en betrok patiënten en mantelzorgers bij het bepalen van beoogde zorguitkomsten [6]. De initiatieven van Santeon zorgden ervoor dat een groep ziekenhuizen samen ging werken om WGZ voor verschillende aandoeningen in de praktijk te brengen [7], [8]. Met het Geboortezorg-initiatief kreeg het keten-aspect van waardegedreven zorgverlening over de grenzen van de 1^e, 2^e en 3^e lijn de aandacht [9]. Hoewel WGZ van oorsprong gericht was op patiënten met een aandoening die te genezen is en waarvan de behandeling vaak in het ziekenhuis plaatsvindt, blijkt uit bovengenoemde voorbeelden dat het WGZ-gedachtengoed zich in de loop der tijd heeft doorontwikkeld, ook voor de niet-curatieve zorg. Zo is WGZ een stroming geworden voor Care én Cure; kortom alle lijnen in de zorg.

Voor wie deze en andere voorbeelden beter kent, valt ook op dat succesvolle initiatieven niet één specifieke implementatieroute hebben gevolgd: het ene WGZ initiatief begint vanuit nieuwe organisatiestructuren rondom de 'medische conditie', aandoening, zorg- of hulpvraag; de ander heeft meer focus op data en continu verbeteren; sommigen zetten het implementatietraject samen met de zorgverzekeraar op, terwijl anderen de zorgverzekeraar pas veel later betrekken. Ondanks die verschillende routes is er wel een eenduidig vertrekpunt te herkennen, namelijk het bepalen van de 'medische conditie' (keuze voor specifieke patiëntengroep), het samenstellen van een multidisciplinair team, het definiëren van de uitkomstenset en het bepalen van het zorg- en meetpad. Deze acties kunnen worden gezien als de universele eerste stappen.

In 2017 kreeg WGZ in Nederland ook politieke en bestuurlijke steun als gevolg van het regeerakkoord [10]. Op basis van het regeerakkoord is het hoofdlijnenakkoord

(HLA) medisch-specialistische zorg 2019-2022 opgesteld [11] met het programma Uitkomstgerichte Zorg als praktische uitwerking daarvan [12], [13]. Hiermee committeerden de HLA-partijen¹ zich met WGZ als richting voor de toekomst, zo blijkt ook uit het visiedocument 2025 van de Federatie Medisch Specialisten (FMS) [14]. Mede door deze ontwikkelingen is WGZ inmiddels de kern van onze verbeter- innovatiestrategie en is Nederland een van de koplopers in de transitie naar een waardegedreven zorgstelsel.

Binnen het Linnean Initiatief is de centrale ambitie ook om de kwaliteit van de Nederlandse zorg en de kwaliteit van leven voor de patiënt verbeteren middels de implementatie van de waardegedreven zorg-principes [15]. Deze handreiking dient juist dat doel: zorg verbeteren door waarde te creëren voor patiënten. Met de handreiking beoogt de Werkgroep Versnelling WGZ zorgverleners (artsen, verpleegkundigen en paramedici), patiënten en managers in Nederland praktische handvatten, literatuur en inspirerende voorbeelden aan te reiken opdat u WGZ kan gaan realiseren in uw eigen omgeving.

Voordat u met deze handreiking aan de slag gaat, is het handig én verstandig om eerst in eigen ziekenhuis, zorggroep, of praktijk te kijken wie al aan kwaliteitsverbetering-initiatieven werkt. Mogelijk zijn er zelfs al WGZ-initiatieven opgestart of succesvol rondom de medische conditie waarmee u aan de slag wilt gaan. Maak gebruik van de bestaande kennis en ervaring, kijk of u kunt aanhaken op die initiatieven en/of wellicht zijn er al bestaande ICT oplossingen, en voorkom daarmee dat u het wiel opnieuw gaat uitvinden.

Nogmaals, het doel van de handreiking is u op weg te helpen, niet om volledig te zijn. Het geeft een goede basis voor de start en een overzicht van de verschillende onderdelen. Er zijn veel ballen hoog te houden en zaken om aandacht aan te spenderen bij het starten van een WGZ traject. Ons advies is om niet naar perfectie te streven, maar vooral pragmatisch te werk te gaan. En bovenal: werken aan WGZ is leuk, enthousiasmeert en motiveert. Veel plezier!

¹ De hoofdlijnakkoord partijen bestaan uit (in willekeurige volgorde) de Federatie Medisch Specialisten (FMS), Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport (VWS), Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Patiëntfederatie Nederland (PFN), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

2 Leeswijzer

In deze 'Leeswijzer' leest u over hoe dit document is opgebouwd zodat u zo snel en zo efficiënt mogelijk aan de slag kunt met waarde creëren voor uw patiëntengroep.

De opbouw van deze handreiking is als volgt:

- Het hoofdstuk *Klaar voor de start* bestaat uit twee delen:
 - '*De essentie van Waardegedreven Zorg*' beschrijft de essentie van WGZ evenals hoe WGZ door de Werkgroep wordt geïnterpreteerd. De visie, missie, strategie en kernwaarden zijn beschreven en geïllustreerd aan de hand van het WGZ-Huis.
 - '*Een goede voorbereiding*' beschrijft vijf *must-haves* voor een WGZ initiatief en vijf *nice-to-haves*, die de implementatie van WGZ kunnen versnellen;
- In het hoofdstuk '*Aan de slag met WGZ*' staan de zeven strategische thema's. Ieder strategisch thema is uitgewerkt in een aantal tactische vragen die, samen met literatuurverwijzingen, tools en technieken, u, als starter, gaan helpen bij het realiseren van WGZ. Ook zijn praktijkvoorbeelden uit Nederland en het buitenland opgenomen van waaruit u inspiratie kunt opdoen.

3 Klaar voor de start

De essentie van Waardegedreven Zorg

Value-Based Health Care (in Nederlands: Waardegedreven Zorg (WGZ) of Uitkomstgerichte Zorg (UGZ)) werd in 2006 geïntroduceerd als nieuwe visie op de organisatie en de levering van de gezondheidszorg [3]. Porter en Teisberg hadden namelijk geconstateerd dat de actoren in de gezondheidszorg verschillende, vaak tegenstrijdige, doelen en belangen hebben; en dat het gebrek aan een eenduidig doel heeft geleid tot uiteenlopende benaderingen en belangen en een langzame voortgang in prestatieverbeteringen [16]. De auteurs definieerden een centraal doel voor alle betrokkenen in de gezondheidszorg met het behalen van de meeste waarde voor de patiënt. In deze benadering wordt de interactie van de patiënt en diens naasten met de zorgverlener en het team daaromheen, centraal gesteld. Daar, in die relatie wordt namelijk waarde voor de patiënt gecreëerd.

Waarde is hierbij gedefinieerd als:

$$\text{Waarde voor de patiënt} = \frac{\text{Gezondheidsuitkomsten}}{\text{Kosten \& Energie}}$$

Waarde voor de patiënt wordt gecreëerd over het hele scala aan zorgactiviteiten dat plaatsvindt. Dit betekent dat het zorgpad dat de patiënt doorloopt centraal komt te staan. De verschillende professionals die zorg leveren of op een andere manier hieraan bijdragen zijn georganiseerd in multidisciplinaire teams die de gezamenlijke verantwoordelijkheid hebben voor de gezondheidsuitkomsten én de daarvoor gemaakte kosten [17]. Dat betekent dat werken volgens de WGZ-principes niet slechts organisatorisch van aard is, maar ook een andere *mindset* van de zorgverleners vergt. In een op deze wijze werkend zorgsysteem kunnen de verschillende betrokkenen worden beloond op de waarde die zij leveren, i.c. voor de resultaten van zorg en niet langer voor het volume of winstgevendheid van geleverde diensten.

Met WGZ kunnen we de zorg (beter) organiseren rondom de patiënt en zetten we het belang van de patiënt voorop; het helpt om kwaliteit van zorg effectiever en sneller te verbeteren; ook stelt WGZ ons in staat betere keuzes te maken over de bekostiging en contractering van zorg, en kan daarmee een bijdrage leveren aan beperking van verdere kostengroei. [2]

Porter & Lee stelden de strategische *Value Agenda* op om WGZ in de praktijk te brengen [18]. Deze agenda heeft als basis gediend voor de – in deze handreiking gehanteerde – indeling in zeven strategische thema's die u verderop in detail aantreft.

Sinds de publicatie in 2006 is WGZ op vele manier doorontwikkeld. Zo onderzocht Steinmann verschillende discourses van WGZ in Nederland en werd Value(s) Based Health Care ook vergeleken met een veelkoppig monster [19]. Om orde te scheppen in het wasdom van interpretaties, heeft de Werkgroep – binnen de reikwijdte van dit document en vanuit de Europese interpretatie – WGZ als volgt gedefinieerd:

"Waardegedreven zorg stelt de gezondheidsuitkomsten van de patiënt voorop en is kostenbewust; door binnen een 'medische conditie' de zorg zo te organiseren en uit te voeren worden de gezondheidsuitkomsten die er voor de individuele patiënt toe doen bereikt met oog op kosten.

Behulpzaam daarbij zijn: het samenstellen van een verantwoordelijk multidisciplinair team met patiënt als volwaardig lid; bepalen van waarde en vertalen in meetbare gezondheidsuitkomsten en kosten; meten, analyseren en (her)ontwerpen van het zorgproces; en een waardegerichte bekostiging die waarde creatie stimuleert.

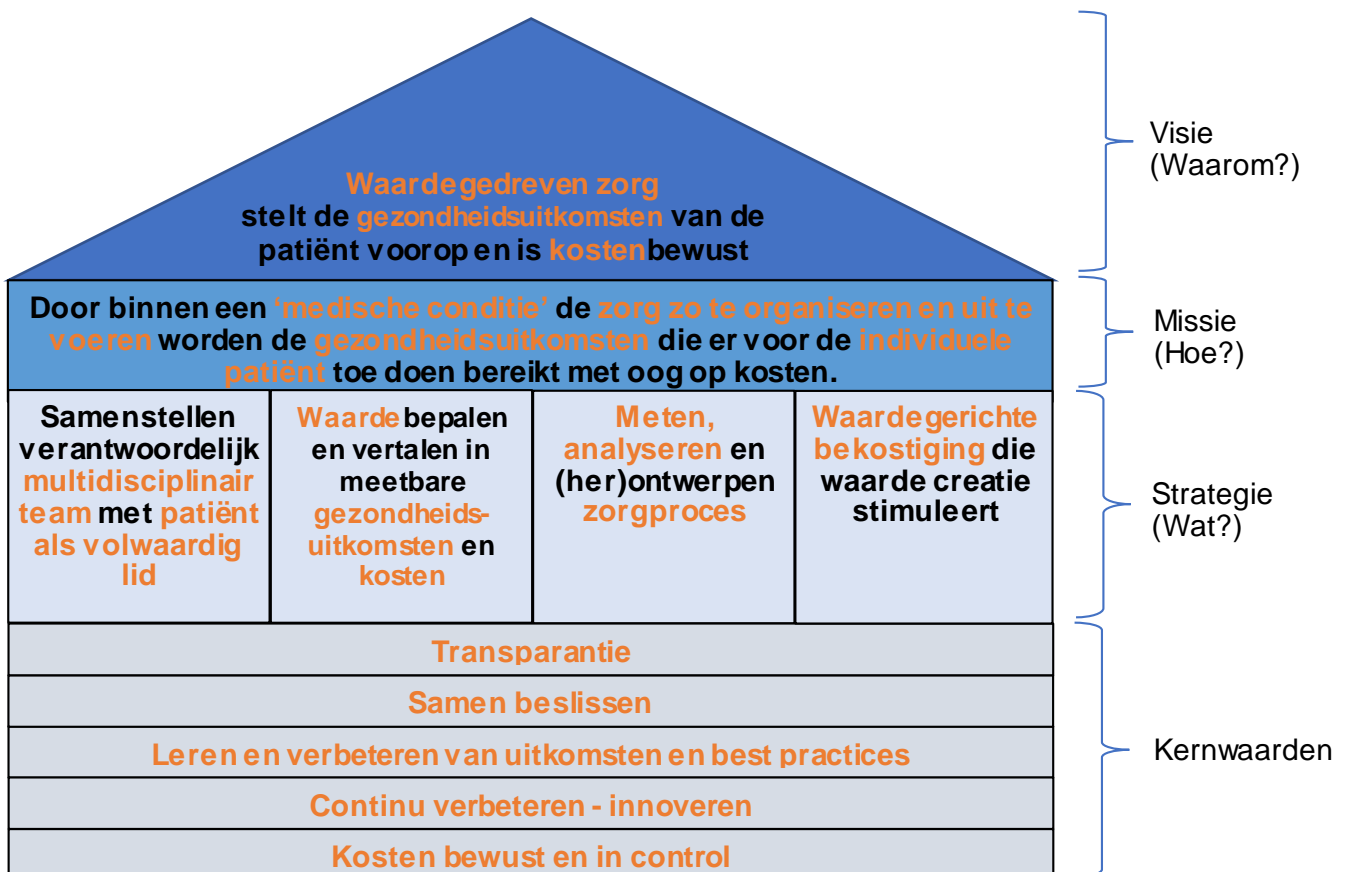
Belangrijke kernwaarden daarbij zijn: transparantie, samen beslissen, leren van uitkomsten en best-practices, continu verbeteren – innoveren, en kosten bewust en in control”

De definitie is visueel weergegeven in een WGZ-Huis. In het WGZ-Huis zijn de definities als visie, missie, strategie en kernwaarden in een oogopslag te lezen. Deze beschrijving is een interpretatie van WGZ die door de Werkgroep omarmd werd en goed aansluit bij de Nederlandse en Europese benadering. Deze benadering gaat meer richting kwaliteit, patiëntbetrokkenheid en samen beslissen, terwijl het discours in de Verenigde Staten meer financieel is [13], [19], [20]. We vertrouwen erop dat u uw voordeel met het WGZ-Huis doet, maar vooral WGZ met behulp van uw eigen 'huis' in de eigen omgeving werkelijk gaan realiseren.

N.B. In de uiteindelijke definitieve, online versie van de handreiking is het WGZ-Huis zichtbaar als een lijst van handzame definities waarbij de oranje gemarkeerde termen met behulp van hover-functie direct van een toelichting worden voorzien. In deze versie zijn de oranje gemarkeerde termen voorzien van hyperlinks die u naar de toelichting doorverwijzen.

Het WGZ-Huis

Klik op de **oranje gemarkeerde termen** in het WGZ-Huis voor een toelichting.



Een goede voorbereiding

Het zal inmiddels duidelijk zijn dat werken volgens de WGZ principes niet over één nacht ijs gaat. Waardegedreven zorg is een verandertraject dat soms jaren kan duren voordat alles volledig naar wens loopt en ingericht is. Dat neemt niet weg dat u waarschijnlijk bewust of onbewust op sommige vlakken al volgens waardegedreven zorg-principes werkt. Het invullen van de QuickScan 'Hoe waardegedreven werkt uw team' bij aanvang van het traject en vervolgens periodiek kan u hierbij zeker helpen [21]. Daarnaast zult u bij een goede implementatie al vanaf de start successen boeken. Toch is het voor een voortvarende implementatie goed om bewust na te denken of, waarom en hoe u het traject wilt opstarten.

Op basis van literatuur en opgedane ervaringen van WGZ experts onderscheiden we hieronder een vijftal *must-haves* en een vijftal *nice-to-haves*. De *must-haves* moeten aanwezig zijn voordat u aan de slag gaat. Zijn deze niet aanwezig, dan is de kans op een succesvol WGZ traject (erg) gering. De *nice-to-haves* zijn niet essentieel, maar kunnen de start van het invoeren van WGZ in de praktijk versnellen.

Must-haves

1. De doelen zijn helder & haalbaar en worden gedeeld door de teamleden

Uit tal van onderzoek blijkt dat het helder hebben van de kwalitatieve doelen de kans van slagen enorm doet stijgen [22], [23]. Wanneer doelen niet helder zijn en 'de neuzen niet dezelfde kant op staan', kan verwarring ontstaan of kan het project zelfs worden gesaboteerd [24], [25]. Daarnaast dragen helder beschreven en uitgesproken doelen, die worden gedeeld door het projectteam, bij aan de persoonlijke motivatie en bereidwilligheid van de teamleden om zich echt in te zetten voor WGZ, ook bij tegenslagen [26].

Een aantal mogelijke doelen om WGZ in de praktijk in te willen voeren zijn:

- We willen samen met de patiënt beslissen welke uitkomsten er werkelijk te doen en welke behandelingen bijdragen aan het bereiken ervan;
- We willen continu leren en de zorg die we leveren verbeteren;
- We gaan kosten reduceren maar niet ten koste van de patiënt;
- We gaan meer met ketenpartners samenwerken en organiseren zorg zo dicht mogelijk bij de patiënt thuis;
- We gaan aan de slag met bundelbekostiging.

2. De 'medische conditie' en daarmee de patiënten doelgroep is bepaald

De 'medische conditie' is het vertrekpunt voor het gehele WGZ traject. In dit stadium is het nog niet nodig om de 'medische conditie' inclusief bijvoorbeeld de in- en exclusie criteria te formuleren, maar het moet wel duidelijk zijn of u een WGZ traject gaat starten voor bijvoorbeeld patiënten met de diagnose Borstkanker of COPD of een specifieke patiëntengroep zoals Kwetsbare Ouderen of de Integrale Geboortezorg.

3. Het multidisciplinaire team is betrokken

Het multidisciplinaire team kenmerkt zich door:

- een sterk duaal leiderschapsteam: een enthousiaste klinische leider (arts, verpleegkundige of paramedisch specialist) samen met operationeel (vanuit bedrijfskundig perspectief) leiderschap;
- Vertegenwoordiging van alle relevante zorgprofessionals bij de behandeling van de gekozen aandoening, zodat expertise vanuit elke discipline

- vertegenwoordigd is (waar nodig transmuraal);
- Goede expertise over de 'medische conditie', ofwel de klinische kennis moet in het team goed aanwezig zijn;
- Patiënten zijn volwaardig partners in het team. Dat betekent dat een of meerdere patiëntvertegenwoordigers of afgevaardigden uit de patiëntenvereniging (al dan niet roulerend) bij het team horen.

4. Er is een gevoel van urgentie: de status quo is niet langer wenselijk

Een gevoel van urgentie kan intrinsiek en extrinsiek worden gemotiveerd. Bij intrinsieke motivatie hebben de betrokkenen ingezien dat de manier waarop de zorg nu is georganiseerd en wordt geleverd beter kan voor de patiënt [27]. Bij extrinsieke motivatie kan er sprake zijn van een van bovenaf opgelegde strategie waarin WGZ een (hoofd)rol heeft gekregen, of kan de huidige manier van zorg niet langer houdbaar zijn (bijv. door een kwaliteitsissue of budgetplafond). Indien de urgentie ontbreekt kan dit leiden tot weerstand [25]. Of het nou intrinsiek of extrinsiek is, de teamleden dienen het gevoel van urgentie om te zetten naar positief geformuleerde ambities.

5. Er is voldoende IT-ondersteuning

Data metingen & IT implementaties zijn cruciaal voor het slagen van WGZ [18]. Tegelijk wordt data & IT veelvuldig genoemd als een van de grootste barrières in WGZ implementatie [1]. Het vroegtijdig deelnemen van IT-ondersteuning en afvaardiging in het team is dus een absolute must.

Nice-to-haves

1. Er zijn middelen toegezegd en beschikbaar

Waardegedreven zorg is een verandertraject dat vaak meerdere jaren beslaat. Veel WGZ initiatieven zijn vanuit persoonlijke motivaties van zorgprofessionals ontstaan. Hoewel toegezegde middelen (financieel, menskracht, inhoudelijke expertise en ondersteuning) niet essentieel zijn, kunnen ze het WGZ traject versnellen. Toegezegde middelen betekenen immers dat teamleden gecommiteerd tijd en energie aan het traject kunnen besteden. Zo kan frustratie voorkomen worden [25]. Daarbij is het van belang om rekening te houden met:

- I. Op een bepaald moment zal het project stevig ingebed moeten worden en ook middelen beschikbaar moeten krijgen. Indien de interne financiële situatie dat niet toelaat bestaat het risico dat het project stil komt te vallen.
- II. Veel initiatieven beginnen als een (pilot) project waarvoor financiering beschikbaar wordt gesteld. Wanneer het (pilot) project succesvol is, is het logisch om de resultaten structureel te gaan borgen in de lijn. Dat betekent ook dat in een staande organisatie de nieuwe financiële en inhoudelijke verantwoordelijkheden belegd moeten worden.

2. Voor de patiëntenpopulatie bestaat reeds een uitkomstenset en de daarbij horende meetinstrumenten

De teller in de waarde breuk betreft gezondheidsuitkomsten. Wanneer er al een breed gedragen uitkomstenset beschikbaar is (liefst nationaal², anders internationaal

² Doe ook navraag naar de meest recente ontwikkelingen binnen het programma Uitkomstgerichte Zorg (UGZ; www.uitkomstgerichte Zorg.nl).

ontwikkeld door bijvoorbeeld ICHOM³), kan dit het WGZ traject versnellen. Uiteraard moet gecheckt worden of (a) de eigen patiëntenpopulatie overeenkomt met de patiëntenpopulatie waarvoor de set is ontwikkeld, (b) of de set van uitkomsten samen met de patiënt is ontwikkeld en (c) of het MDT de (gedeeltelijke) set kan en wil overnemen.

3. Er is ruimte om te experimenteren en te verbeteren

WGZ is in essentie een cultuur van samen experimenteren, leren en verbeteren. Het gaat immers om de verbetering in gezondheidsuitkomsten in relatie tot de kosten. Gegeven de cultuur van experimenteren moet het toegestaan zijn om fouten te maken, daarvan te leren en de inzichten te gebruiken voor verbeteringen. Wanneer al zo'n leercultuur bestaat, zullen de individuele teamleden zich sneller veilig voelen om nieuwe ideeën in te brengen, deze samen te verkennen en sneller te durven vernieuwen.

4. Waardegedreven IT- en datafaciliteiten zijn reeds beschikbaar

Indien de benodigde IT, business intelligence en data-analyse systemen om zorguitkomsten te meten, te analyseren en toegankelijk te presenteren reeds ingebouwd zijn in de instelling dan helpt dit enorm bij de implementatie. Voorbeelden zijn een PROM-tool⁴ (ten behoeve van patiënten vragenlijsten en terugkoppeling) al dan niet gekoppeld met het EPD of HIS, het uitlezen van klinische data uit in uniforme registraties, een omgeving om data te analyseren en een business intelligence omgeving voor datavisualisatie, maar ook de aanwezigheid van keuzehulpen voor patiënten.

5. Interne stakeholders (bestuur, management, medische staf) zijn positief en toegewijd

Positieve, krachtige ondersteuning door het bestuur, dat zichtbaar is in diverse fasen van het WGZ-initiatief, helpt enorm. Medisch stafbestuur, verpleegkundig management, en ook interne *opinion leaders*⁵, kunnen bijvoorbeeld meehelpen en bepleiten dat aan de noodzakelijke randvoorwaarden (de *must-haves*) wordt voldaan. Daarnaast verstevigt een goede relatie van de teamleden met het bestuur en betrokken leidinggevenden een veilige werk- en innovatie omgeving.

³ ICHOM ontwikkelt Standard Outcome Sets. Het is belangrijk te realiseren dat deze sets internationaal ontwikkeld en consensus-based zijn. Het kan zijn dat bepaalde uitkomsten zijn opgenomen vanwege de hoge relevantie voor *low- en/of middle-income countries*. Dat kan betekenen dat die specifieke uitkomsten minder relevant zijn voor de Nederlandse setting. Via ICHOM Connect (www.ichom.org) zijn alle uitkomstensets gratis in te zien en te downloaden.

⁴ Ook voor de PROM-tool geldt dat gecheckt moet worden of deze volgens de juiste proces stappen gekozen is. Vaak wordt snel op een instrument gedoken zonder de stappen met patiënten te doorlopen van keuzes voor PRO's en keuzes voor bijbehorende PROMs. Check daarom op <https://www.zorginzicht.nl/ontwikkeltools/prom-toolbox>

⁵ Breed gewaardeerde zorgverleners met een natuurlijke, informele autoriteit

4 Aan de slag met WGZ

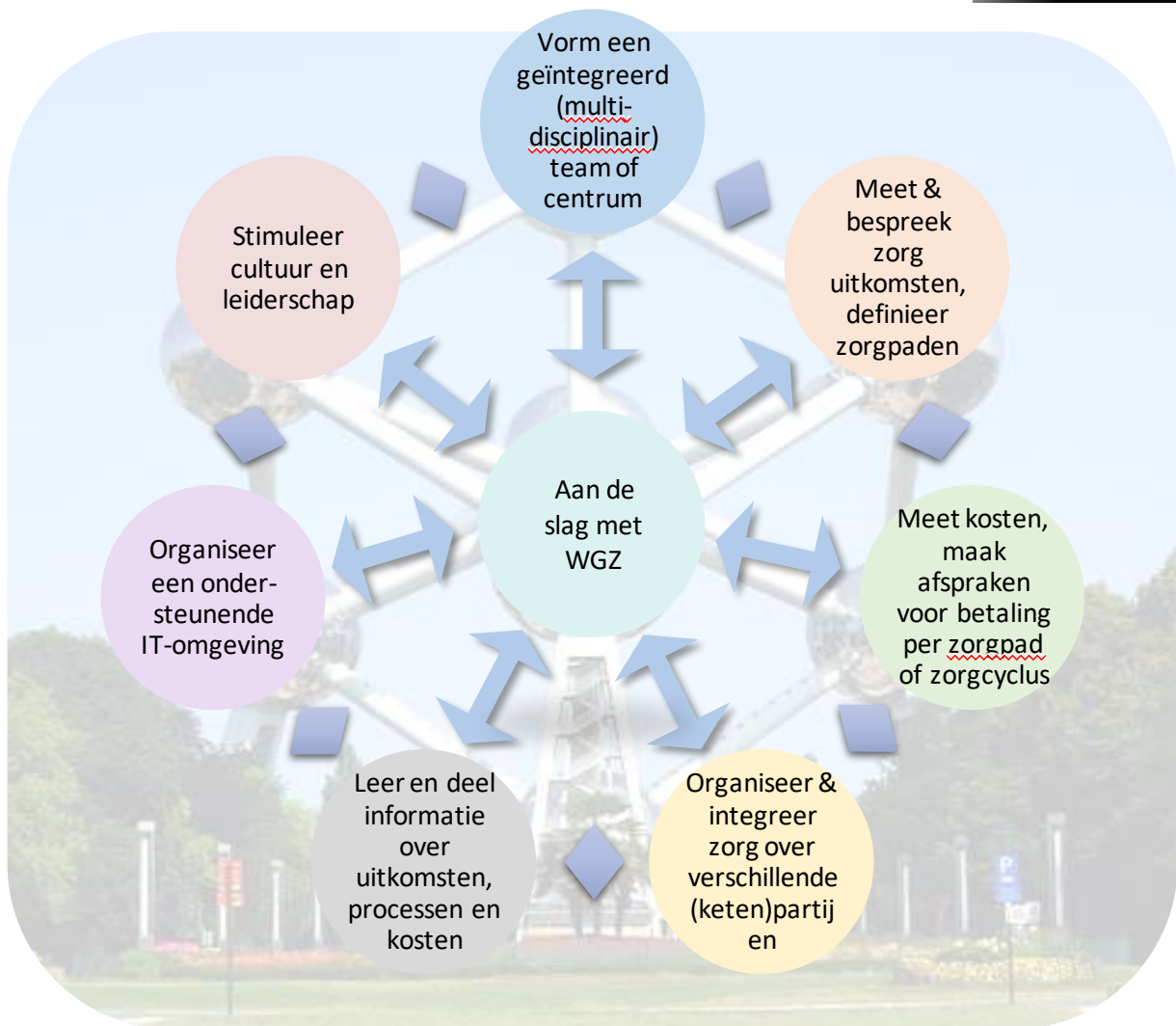
In 'Klaar voor de WGZ start?' heeft u kunnen lezen over de context van WGZ en een vijf *must-haves* die essentieel zijn voordat u kunt starten en vijf *nice-to-haves* die de implementatie kunnen versnellen. Nu is het tijd om aan de slag te gaan.

De handreiking is vanaf hier opgebouwd aan de hand van de Zeven Strategische Thema's van Waardegedreven Zorg (zie figuur 2). Deze zijn elk uitgewerkt in een aantal concrete tactische, gesloten (ja/nee) vragen en ondersteund door verwijzingen naar beschikbare literatuur, tools en technieken, en praktijkvoorbeelden.

Gezien de onderlinge verbondenheid van de thema's en daarmee ook de potentie tot synergie, is het verstandig aan elk van de thema's te werken [18].







De Zeven Strategische Thema's van Waardegedreven Zorg

- **Vorm een geïntegreerd (multidisciplinair) team of centrum.** Definieer de medische conditie; stel het multidisciplinaire team, inclusief patiënten, samen; kies het leiderschapsteam; zet een cyclus van structurele voortgangs- en verbeteroverleggen op.
- **Meet & bespreek uitkomsten, definieer zorgpaden.** Bepaal de uitkomstenset; breng de zorgactiviteiten binnen het zorgpad in kaart; bespreek de zorguitkomsten met de patiënt in de spreekkamer.
- **Meet kosten, maak afspraken voor betaling per zorgpad of zorgcyclus.** Vertaal zorgactiviteiten naar kosten; breng verhoudingen tussen kosten(drijvers) en vergoedingen in kaart; stuur op kosten en opbrengsten over een totale, multidisciplinaire of zelfs transmurale, zorgcyclus; ga in gesprek met een preferente zorgverzekeraar.
- **Organiseer & integreer zorg over verschillende (keten)partijen.** Organiseer en integreer de zorg met keten- of netwerkpartijen; werk samen met MDT's van aanverwante 'medische condities' of veelvoorkomende comorbiditeiten; haak toeleveranciers aan.
- **Leer en deel informatie over uitkomsten, processen en kosten.** Vergroot kennis binnen en buiten het team: leer en deel op n=1 patiëntniveau; leer en deel op MDT niveau met uitkomsten en een continue PDCA cyclus; leer en deel met behulp van regionale en (inter)nationale benchmarking.
- **Organiseer een ondersteunende IT omgeving.** Relevante data digitaal en eenduidig vastleggen en beschikbaar stellen; data beschikbaar maken voor (visueel) inzicht, analyses/studies en rapportages; data veilig delen en koppelen, o.a. voor benchmarking
- **Stimuleer cultuur en leiderschap;** Stimuleer de verander agenda, geef ruimte aan stimulerend eigenaarschap en leiderschap; stuur op gezamenlijke verantwoordelijkheid van het MDT over zorgactiviteiten, uitkomsten en kosten; werk aan een cultuur van enthousiasme en vertrouwen die gericht is op leren en verbeteren.



Figuur 1. De zeven strategische thema's van WGZ. De kleuren corresponderen met de uitwerking op de volgende pagina's.

In deze handreiking wordt gebruik gemaakt van de volgende tekens:

	Patiënt in beeld
	Zorgverlener in beeld
	Gesloten (ja/nee), tactische vraag
	Literatuur & technieken
	Tools
	Praktijkvoorbeeld

Vorm een geïntegreerd multidisciplinair team of centrum

- Definieer de medische conditie
- Stel het multidisciplinaire team, inclusief patiënten, samen
- Kies het leiderschapsteam
- Zet een cyclus van structurele voortgangs- en verbeteroverleggen op.



Patiënt aan het woord: *"Sinds het hele team zich heeft verzameld rondom mijn aandoening en patiënten zoals ik, weet en merk ik hoeveel soepeler, en volgens mij ook echt beter, de zorg verloopt. Het voelt alsof ik niet meer door allemaal aparte artsen en verpleegkundigen wordt behandeld, maar door één team dat samen het beste met mij voor heeft en zich samen specialiseert op deze aandoening. Dat voelt nu al zoveel veiliger. En het mooiste is dat wij als patiënten meepraten over de kwaliteit van zorg en wat voor ons nou écht belangrijk is. Dat merk je direct. Ik voel me enorm veilig en gehoord."*



Zorgverlener aan het woord: <volgt in definitieve versie>



Is de patiëntengroep en de bijbehorende 'medische conditie' helder gedefinieerd?

Definieer de patiëntenpopulatie met dezelfde zorgvraag, voor wie dezelfde gezondheidsuitkomsten relevant zijn, en benoem de verschillende behandelopties. Zoals ICHOM dit beschrijft onder 'Scope' bijvoorbeeld voor Borstkanker [28]:

Conditions: All patients (men and women) with newly pathologically diagnosed invasive breast cancer (stage I-IV) and ductal carcinoma in situ (DCIS).

Treatment Approaches: (Reconstructive) Surgery | Radiotherapy | Chemotherapy | Hormonal Therapy | Targeted Therapy |

Het MDT of (transmurale) geïntegreerd centrum kan ook een combinatie van sterk aan elkaar gelieerde 'medische condities' omvatten zoals een Centrum voor Hoofd Hals Oncologie of een gecombineerde doelgroep met multimorbiditeit, zoals kwetsbare ouderen.



Zijn alle relevante zorgprofessionals, medische en operationele ondersteuners en een patiënt in het multidisciplinaire team vertegenwoordigd?

Het team is een gebalanceerde samenstelling van zorgverleners (artsen, verpleegkundigen, paramedici), ondersteuners en management vanuit alle betrokken organisaties. Dit team is verantwoordelijk voor de uitkomsten en zorgprocessen van de 'medische conditie'. Wanneer de zorg verder reikt dan de eigen instelling, bestaat het multidisciplinaire team dus ook uit zorgverleners van de verschillende keten- en/of netwerkpartners. Een patiënt, of afvaardiging daarvan, is onderdeel van het team en vormt een structureel onderdeel van de besluitvorming.

N.B. Het gaat erom dat alle perspectieven geborgd zijn. Het is dus niet nodig om alle nefrologen in het MDT te hebben, maar ten minste wel één nefroloog voor bijv. nierziekten. Ook kan soms een zorgverlener tijdelijk uitgenodigd worden, zoals een radioloog, en deze hoeft dan geen standaard lid van het MDT te zijn.

Voor de patiënt is het van grote betekenis als iemand vanuit het MDT een coördinerende en initiërende rol over de gehele zorgketen op zich neemt, fungeert als case-manager en aanspreekpunt voor de patiënt en de patiënt voorziet van de benodigde kennis en contacten.

? **Is het leiderschap van het multidisciplinaire team geborgd?**

Een MDT wordt aangevoerd door een sterk duaal leiderschapsteam: een enthousiaste klinische leider (arts, verpleegkundige of paramedisch specialist) samen met operationeel (vanuit bedrijfskundig perspectief) leiderschap. De klinische leider is zorginhoudelijk verantwoordelijk voor kwaliteit, samenwerking en innovatie. De operationeel leider is verantwoordelijk voor dagelijkse voortgang, bijeenkomsten, implementaties in IT, processen en financiën. Het gezamenlijke leiderschapsteam heeft hiervoor voldoende tijd gealloceerd en rapporteert aan het bestuur van de zorgorganisatie(s) en het netwerk.

? **Zijn structurele voortgangs- en verbeter-overleggen opgezet?**

Er vindt structureel vaste en ad-hoc afstemming plaats op zowel uitkomsten als processen en continu verbeterproces aan de hand van PDCA staat voorop op de agenda.

Literatuur en technieken

- The virtuous circle in a medical condition – Porter & Teisberg (2006) [29]
- Porter, M. E., & Lee, T. H. (2021). Integrated Practice Units: A Playbook for Health Care Leaders. NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery, 2(1) [30]
- M. E. Porter, "Value-Based Health Care Delivery: Core Concepts," Boston, 2020. [31]
- Trimble, C. (2016). The best way to improve health care delivery is with a small, dedicated team. Harv Bus Rev. [32]
- Porter, M. E., Pabo, E. A., & Lee, T. H. (2013). Redesigning primary care: a strategic vision to improve value by organizing around patients' needs. Health Affairs, 32(3), 516-525. [33]
- M. Koomans, M. T. H. Van der Linde, M. Van der Kemp, and P. B. Van der Nat, "Aandoeningsgerichte organisaties," 2021 (in manuscript) [17]

Tools

- Peil de waardegedreven voortgang van het team met de QuickScan 'Hoe waardegedreven werkt ons team?'; iedere zes maanden binnen het team laten invullen [21]
- Participatiekompas, <https://participatiekompas.nl/> [34]

Praktijkvoorbeelden

- ParkinsonNet: <uitwerking volgt in definitieve versie>
- Alexander Monro <uitwerking volgt in definitieve versie>
- Martini Klinik: Prostate Cancer Care (2019), Harvard Business School [35]

Meet & bespreek uitkomsten, definieer zorgpaden

- Bepaal de uitkomstenset;
- Breng de zorgactiviteiten binnen het zorgpad in kaart;
- Bespreek de zorguitkomsten met de patiënt in de spreekkamer.



Patiënt aan het woord: *"Door op grote schaal uitkomsten te meten bij patiënten zoals ik, weten mijn zorgverlener en ik beter wat me te wachten staat. Daarbij kunnen we ook praten over wat ik persoonlijk het meest belangrijk vind en hoe de kwaliteit van mijn leven met deze aandoening het hoogst haalbare kan zijn. Door samen te beslissen wat dus het beste bij mij past, wordt mijn behandeling veel meer op mij toegespitst. Ik vind het bovendien prettig om vlak voor het consult die vragenlijsten in te vullen en samen naar de resultaten te kijken over de tijd. Dat geeft me richting en zo kan ik me ook goed voorbereiden."*



Zorgverlener aan het woord: <volgt in definitieve versie>



Is er een (inter)nationaal ontwikkelde uitkomstenset beschikbaar voor de gekozen 'medische conditie' of dient deze nog te worden bepaald?

De uitkomstenset bevat voor de patiënt relevante gezondheidsuitkomsten die (A) door zorgverleners beïnvloedbaar zijn, (B) voor de meeste patiënten binnen de populatie relevant zijn en (C) een grote impact op de patiënt hebben. De set bestaat altijd uit een beperkt aantal klinische uitkomsten (die vaak al in EPD's en HIS staan geregistreerd), PROMs, en case-mix variabelen (patiënt karakteristieken en andere beïnvloeders van de uitkomstresultaten). Ook staat beschreven wanneer en hoe vaak deze uitkomsten moeten worden gemeten (PROMs) of geregistreerd (klinische uitkomsten en case-mix variabelen).

De frequentie waarmee de uitkomsten worden gemeten moet groot genoeg zijn om een verbetercyclus te doorlopen, maar laag genoeg om de registratielast voor de patiënt en zorgverleners beperkt te houden. Wanneer er nationaal, binnen programma Uitkomstgerichte Zorg [13] of binnen de beroepsgroep, of internationaal bij ICHOM, reeds een set is vastgesteld is het aan te bevelen deze als vertrekpunt te gebruiken voor de definitieve keuzes van het MDT. Anders kan alvast worden gestart met een aantal generieke uitkomstenmaten en instrumenten [13], [36], [37].

N.B. Binnen sommige ziekenhuizen, zoals bij Santeon, worden ook de belangrijkste procesindicatoren en kostendrijvers meegenomen (de Santeon scorecard [38]).



Zijn de activiteiten binnen de zorgpaden van de 'medische conditie' in kaart gebracht, inclusief meetmomenten en meetinstrumentaria?

Dit betreft een overzicht van alle activiteiten die daadwerkelijk voor de 'medische conditie' (kunnen) plaatsvinden (kijk hierbij naar het zorgpad dat de patiënt daadwerkelijk doorloopt en niet naar DBCs of registraties). Idealiter zijn dit dus activiteiten over de hele transmurale zorgketen, maar tenminste de activiteiten waar het MDT verantwoordelijk voor is. Het opstellen van chronologische zorg- en meetpaden kan een prachtige basis vormen om snelle verbeteringen te vinden en de PDCA op uitkomsten in te richten.

N.B. In de 2^e en 3^e lijn betreft het met name zorgactiviteiten. In de 1^e lijn is het ook goed mogelijk dat de activiteiten meer welzijn- en preventiegericht zijn.

? **Worden de individuele scores op uitkomsten teruggekoppeld en besproken in de spreekkamer?**

Een terugkoppeling van de individuele scores maakt het voor zowel de zorgverlener als de patiënt snel duidelijk wat er speelt en waar aandacht aan besteed moet worden, danwel de zorg op ingericht kan worden. De informatie dient eenvoudig en toegankelijk aan de patiënten en zorgverleners gepresenteerd te worden.

Op deze manier wordt samen beslissen gefaciliteerd en een gepersonaliseerd behandelplan gestimuleerd. Daarnaast motiveert de terugkoppeling zowel behandelaar als patiënt in samen leren en eigenaarschap over de uitkomsten van zorg. Het bespreken van de PROMs stimuleert de patiënt om de vragenlijsten ook te blijven invullen.

Literatuur en technieken

- M. E. Porter, S. Larsson, and T. H. Lee, "Standardizing patient outcomes measurement," *N Engl J Med*, vol. 374, no. 6, pp. 504–506, 2016. [39]
- C. Stowell and C. Akerman, "Better value in health care requires focusing on outcomes," *Harv. Bus. Rev.*, 2015 [40]
- M. E. Porter, "What is value in health care," *N. Engl. J. Med.*, vol. 363, no. 26, pp. 2477–2481, 2010 [16]
- S. Dang, "Shared Decision Making-The Pinnacle of Patient-Centered Care.," *J. Indian Acad. Geriatr.*, vol. 14, 2018 [41]
- C. B. Terwee, H. E. Vonkeman, and M. Zuidgeest, "Het menu van generieke PROMs," 2019. [36]

Tools

- PROM toolbox bestaande uit PROM wijzer en PROM cyclus, <https://www.zorginzicht.nl/ontwikkeltools/prom-toolbox/index> [23]
- De Care Delivery Value Chain (CDVC) om het zorgpad op verschillende niveaus in kaart te brengen [42]

Praktijkvoorbeelden

- Xpert Clinic: <uitwerking volgt in definitieve versie>
- Santeon Scorecard: <uitwerking volgt in definitieve versie>
- ICHOM.org en ICHOMconnect voor de reference guides met ontwikkelde uitkomstensets: <uitwerking volgt in definitieve versie>

Meet kosten, maak afspraken voor betaling per zorgpad of zorg-cyclus.

- Vertaal zorgactiviteiten naar kosten;
- Breng verhoudingen tussen kosten(drijvers) en vergoedingen in kaart;
- Stuur op kosten en opbrengsten over een totale, multidisciplinaire of zelfs transmurale, zorgcyclus;
- Ga in gesprek met een preferente zorgverzekeraar.



Patiënt aan het woord: *"Als patiënt word je vaak overladen met behandelingen, maar ook met de financiële gevolgen. Mijn eigen risico is ieder jaar weer op, terwijl ik ondertussen ook nog veel uit eigen zak moet betalen. M'n fysiotherapeut bijvoorbeeld was eerst niet meeverzekerd, maar die heb ik wel veel nodig. Laat staan de aanpassingen die we in ons huis hebben moeten doen. Sinds het Stroke Centrum is opgericht tussen mijn ziekenhuis, mijn huisarts en de revalidatie wordt er over de muren heen naar mij gekeken en gevraagd wat ik nodig heb en wordt dat gewoon samen bekostigd en betaald door de zorgverzekeraar. Ze weten zelfs bij welke loketten ik bij de Gemeente moet zijn. Zoals het hoort vind ik!"*



Zorgverlener aan het woord: <volgt in definitieve versie>



Zijn de zorgactiviteiten vertaald naar inzicht in werkelijke kosten of kostendrijvers?

De zorgactiviteiten die nodig zijn voor de 'medische conditie' dienen als basis voor een kostprijsberekening. Een financiële professional weet vaak al wat de belangrijkste kostendrijvers, of activiteiten met hoge kosten, zijn. Analyseer vervolgens de kostendrijvers en de activiteiten die het vaakst plaatsvinden die daardoor een grote kostenpost (zullen) zijn. Personeelskosten vormen vaak de grootste uitgavenpost, dus om de efficiëntie te verbeteren is het verstandig goed te kijken naar een gedisciplineerd zorgontwerp en de manier waarop personeel wordt ingezet (o.a. door *at the top of one's license* te werken, ofwel de juiste zorg op de juiste plaats door de juiste persoon) [30]. Een specifiekere kostenberekening per zorgactiviteit kan gemaakt op basis van de beschikbare middelen (bijv. mensen, apparatuur en ruimte) en de hoeveelheid tijd die deze middelen nodig zijn (volgens de TDABC methodologie [43], [44]).



Zijn de verhoudingen tussen de kosten en vergoedingen voor de 'medische conditie' bekend?

Tussen de kosten die de zorgaanbieder maakt om een bepaalde zorgactiviteit te leveren en de vergoedingen die de zorgaanbieder daarvoor van de zorgverzekeraar ontvangt, zit een marge. De marge kan positief of negatief zijn. De som van de marges voor alle zorgactiviteiten geeft inzicht of er gemiddeld per patiënt in de 'medische conditie' verlies wordt geleden, break-even wordt gedraaid of een positief financieel resultaat is. Bij een negatieve marge is het belangrijk om het gesprek met de financier (vaak de zorgverzekeraar) of de ketenpartner aan te gaan. Bij een positieve marge is het belangrijk dat het verantwoordelijke MDT deze marge kan benutten ter verbetering van zorg (en dus de uitkomsten). In beide gevallen is het belangrijk om kritisch te kijken naar de (transmurale) kosten en te kijken hoe deze beter te verdelen of te verlagen zijn (met minimaal gelijkblijvende uitkomsten). Een grotere marge biedt namelijk meer ruimte voor verbetering en innovatie.

N.B. In ieder geval is het belangrijk om zo integraal mogelijk te kijken naar kosten en bekostiging, dus transmuraal en vooral niet te onderschatten dat het niet verlenen van bepaalde zorg de kosten op de korte termijn drukken, maar op de lange termijn veel hoger kunnen worden.

? **Is het MDT in staat om zelf te sturen op kosten en opbrengsten?**

Het multidisciplinaire team is uiteindelijk binnen WGZ verantwoordelijk voor de waardebreuk van de medische conditie, dus de uitkomsten, maar ook over het vergaren van kennis over de kostenopbouw en opbrengsten en het daarop sturen in de paden.

? **Zijn afspraken gemaakt met de preferente zorgverzekeraar over de waardegedreven bekostiging voor deze 'medische conditie'?**

Momenteel kent Nederland vooral een combinatie van fee-for-service en budget systeem: in de 1e lijn wordt in bulkcontractering i.c.m. abonnementstarief gerekend; in 2^e en 3^e lijn in de vorm van DBC's met budgetplafond. Hoe zuiver iedereen ook werkt, de huidige bekostiging stimuleert niet om de beste zorg te leveren. Waardegerichte bekostiging, *fee-for-value* contracten, waaronder *shared saving* & *shared loss* contracten, zetten daartoe wel aan [45]. Voordat zo'n contract uiteindelijk tot stand komt, zijn er nog vele stappen te nemen en moet vertrouwen tussen zorgorganisaties en zorgverzekeraars groeien. Het vroegtijdig aanhaken van een bereidwillige zorgverzekeraar helpt hierin om samen te experimenteren.



Literatuur en technieken

- W. B. Van den Hout *et al.*, "Waardegedreven zorg met uitkomsten én kosten," (in manuscript; verwacht in september 2021) [46]
- M. E. Porter and R. S. Kaplan, "How to pay for health care," *Harv Bus Rev*, vol. 94, no. 7-8, pp. 88-98, 2016 [45]
- M. E. Porter, R. S. Kaplan, and M. L. Frigo, "Managing healthcare costs and value," *Strateg. Financ.*, vol. 98, no. 7, p. 24, 2017 [47]
- D. Cattel, F. Eijkenaar, K. Ahaus, and M. Van de Laar, "Bundelbekostiging in de zorg is mogelijk, ondanks belemmeringen," *ESB*, vol. 106, no. 4794, pp. 86-89, 2021. [48]
- H. D. Miller, "From volume to value: better ways to pay for health care," *Health Aff.*, vol. 28, no. 5, pp. 1418-1428, 2009 [49]
- J. P. Heida, R. Miedema, B. Peltenburg, and M. Rijnen, "Meta-inventarisatie uitkomstgericht contracteren en organiseren - transitie van exceptie naar conventie," 2020. [50]
- H. P. Jung, T. Jung, S. Liebrand, M. Huber, S. Stupar-Rutenfrans, and M. Wensing, "Meer tijd voor patiënten, minder verwijzingen," *Huisarts Wet.*, vol. 61, no. 3, pp. 39-41, 2018, doi: 10.1007/s12445-018-0062-y. [51]
- S. Steenhuis, J. Struijs, X. Koolman, J. Ket, and E. Van der Hijden, "Unraveling the complexity in the design and implementation of bundled payments: a scoping review of key elements from a payer's perspective," *Milbank Q.*, vol. 98, no. 1, pp. 197-222, 2020 [52]



Praktijkvoorbeelden

- Diabeter: <uitwerking volgt in definitieve versie>
- Joint Value - Maasstad Ziekenhuis: <uitwerking volgt in definitieve versie>
- OrthoChoice: Bundled Payments in the County of Stockholm (A) and (B) (2014), Harvard Business School [53], [54]

Organiseer & integreer zorg over verschillende (keten)partijen

- Organiseer en integreer de zorg met keten- of netwerkpartijen;
- Werk samen met MDT's van aanverwante medische condities of veelvoorkomende comorbiditeiten;
- Haak toeleveranciers aan.



Patiënt aan het woord: *"Het was bijna onmogelijk om 't overzicht te houden en te weten wie, sinds ik deze darmkanker diagnose kreeg, mijn hoofdbehandelaars waren en naar wie ik moest gaan voor welke klachten en naar welk advies ik moest luisteren. Vaak moest ik de weg zelf vinden, alles weer opnieuw laten onderzoeken of opnieuw mijn verhaal vertellen. Soms spraken mijn behandelaren elkaar zelfs tegen. Mijn ziekte en dus ook mijn zorg houdt niet op zodra ik het ziekenhuis of de huisartsenpraktijk uit stap en sinds de verbeterde afspraken en samenwerking laat niemand me buiten hun eigen muren meer in de steek."*



Zorgverlener aan het woord: <volgt in definitieve versie>



Organiseren en leveren jullie als MDT alle ketenbrede zorg voor de 'medische conditie'?

Vaak worden de muren van de eigen organisatie omwille van pragmatische redenen als afbakening gekozen. Voor patiënten begint de zorg echter niet bij het binnen lopen van uw instelling en stopt niet bij het weer verlaten ervan. De patiënt heeft te maken met allerlei zorgverleners in 0^e, 1^e, 2^e en/of 3^e lijn en op verschillende locaties. Aangezien de patiënt gelijktijdig behandeld wordt door meerdere personen in de zorgketen is het goed om hier bewust van te zijn en (vroegtijdig) gerichte verbindingen te leggen met keten- en/of netwerkpartners.



Werkt het MDT samen met andere MDT's die zich richten op aanverwante 'medische condities' of veelvoorkomende comorbiditeiten?

Patiënten hebben vaak multimorbiditeiten. Veelvoorkomende comorbiditeiten kunnen aanleiding zijn voor het MDT om samen te gaan werken met een ander MDT dat de comorbiditeit behandelt. Bijvoorbeeld: een substantieel deel van mensen met overgewicht heeft hartfalen en/of diabetes. Voor die patiënten is het bijzonder relevant als er afstemming plaatsvindt tussen de zorgverleners die de diabetes zorg leveren met de zorgverleners die zich bezighouden met het hartfalen.

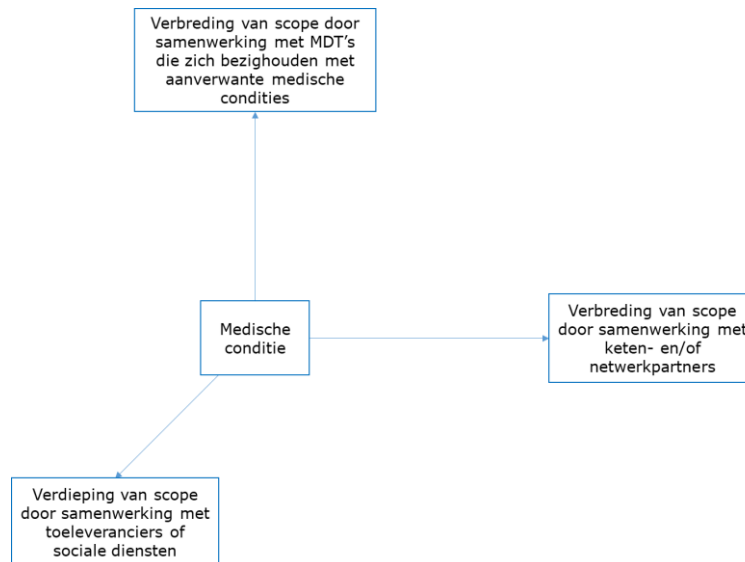
N.B. Samenwerkingspartners kunnen ook vanuit het sociaal domein komen. Samenwerking tussen het MDT met bijvoorbeeld de politie, gemeenten, wijkverpleging, schuldsanering en/of woningbouwverenigingen.



Zijn toeleveranciers aangehaakt?

Zorg leveren we samen. Toeleveranciers (bijv. data & IT bedrijven, medisch-technologisch, bio-technologisch, farmaceutische bedrijven, etc.) dragen daaraan bij met innovatieve oplossingen. Ook beschikken zij over een enorme hoeveelheid kennis en vaardigheden die vaak nog te weinig wordt benut.

Let op: Hoewel dit thema erg belangrijk is bij het realiseren van de potentie van waardegedreven zorg is het tegelijkertijd ook een van de faalfactoren gebleken. De valkuil is dat multidisciplinaire teams te snel te groot willen organiseren. Zorg eerst dat het eigen huis op orde is. Vervolgens is verbreding en verdieping van de medische conditie mogelijk langs drie assen (zie figuur 2). Start met de voor het MDT meest belangrijke basis.



Figuur 2. Verbreding/verdieping van de medisch conditie langs drie assen.

Literatuur en technieken

- S. J. Spear, "Fixing health care from the inside, today," *Harv. Bus. Rev.*, vol. 83, no. 9, p. 78, 2005 [55]
- D. Ruwaard *et al.*, "Kennisagenda Zorg op de Juiste Plek," 2020. [56]

Tools

- De Zorg Dichtbij Wijzer inclusief praktijkvoorbeeld voor mammacarcinoom [57], [58]

Praktijkvoorbeelden

- Afferden: <uitwerking volgt in definitieve versie>
- Zwangerschap & Geboortezorg: <uitwerking volgt in definitieve versie>
- Reconfiguring Stroke Care in North Central London (2012), Harvard Business School [59]

Leer en deel informatie over uitkomsten, processen en kosten

- Vergroot kennis binnen en buiten het team;
- Leer en deel op n=1 patiëntniveau;
- Leer en deel op MDT niveau met uitkomsten en een continue PDCA cyclus;
- Leer en deel met behulp van regionale en (inter)nationale benchmarking.



Patiënt aan het woord: *"Wanneer ik mijn resultaten bespreek met mijn zorgverlener en we daar samen van leren en verbeteren, dan is het logisch dat al die resultaten van patiënten zoals ik een schat aan informatie bevatten. Zo hoop ik ook dat wanneer er iets wordt uitgevonden aan de andere kant van de wereld, mijn arts daarvan weet en het misschien ook snel aan mij kan aanbieden. Geef ons als patiënten met deze ziekte ook de kans om op grote schaal te delen en voor iedereen zo snel mogelijk te leren."*



Zorgverlener aan het woord: <volgt in definitieve versie>



Gebruiken zorgverleners de PROMs resultaten van individuele patiënten om samen met de patiënt te beslissen?

Een terugkoppeling van de individuele scores maakt het zoals eerder gezegd voor zowel de zorgverlener als de patiënt snel duidelijk wat er speelt en waar aandacht aan besteed moet worden, dan wel de zorg op ingericht kan worden. Op deze manier wordt samen beslissen gefaciliteerd en een gepersonaliseerd behandelplan gestimuleerd, maar ook leren over de aandoening en individuele impact wordt hiermee mogelijk gemaakt. Veel coping stijlen, leefstijlaanpassingen en *compliance* hangen samen met begrip van de aandoening en begrip van de impact. De N=1 terugkoppeling van uitkomsten naar de patiënt zelf is dus van essentieel belang in samen beslissen, zelfmanagement en stimuleert patiënten om PROMs vaker/te blijven invullen.



Kijkt het MDT regelmatig naar verzamelde uitkomsten, processen en kosten?

De essentie van waardegedreven zorg is dat we leren en verbeteren. Het gezamenlijk kijken naar resultaten en doorlopen van een PDCA-cyclus borgt de continue implementatie van verbeteringen, innovatiepotentieel en kostenbeheersing. Een minimale regelmaat is vaak om de processen minimaal eens in de 8 weken te bespreken en de geaggregeerde data minimaal twee keer per jaar. Kosten(drijvers) worden vaak eens per jaar besproken.



Worden geaggregeerde en geanonimiseerde gezondheidsuitkomsten transparant gedeeld met interne en externe stakeholders ter informatie en als benchmarking?

Idealiter wordt waarde voor de patiënt transparant gemaakt aan de gezondheidszorg en samenleving. Niet alleen omwille van transparantie, maar juist ook vanuit verbeteroptiek. Door te benchmarken kan snel(ler) van elkaar geleerd worden; op regionaal, nationaal en internationaal gebied. In de praktijk wordt vaak gekozen om eerst in vertrouwen met elkaar te leren. Sommige organisaties kiezen er daarna voor om de stap naar transparant extern rapporteren van waarde te zetten.

Literatuur en technieken

- R. Bohmer, J. Shand, D. Allwood, A. Wragg, and J. Mountford, "Learning systems: Managing uncertainty in the new normal of COVID-19," *NEJM Catal. Innov. Care Deliv.*, vol. 1, no. 4, 2020 [60]
- P. B. Van der Nat, M. T. H. Van der Linde, M. P. M. De Neree tot Babberich, J. A. Van der Hage, and A. M. Stiggelbout, "Waardegedreven Zorg: een noodzakelijke basis in de opleiding van zorgprofessionals," 2020. [2]
- G. J. Van Steenberg *et al.*, "Better survival after transcatheter aortic valve replacement by process improvements," *Netherlands Hear. J.*, vol. 29, no. 4, pp. 193–200, 2021 [61]

Tools

- De PDCA cyclus [62]
- De Santeon scorecard [38]

Praktijkvoorbeelden

- MijnIBD coach: <uitwerking volgt in definitieve versie>
- Santeon: <uitwerking volgt in definitieve versie>
- Cincinnati Children's Hospital Medical Center (2009), Harvard Business School [63]

Organiseer een ondersteunende IT-omgeving

- Relevante data digitaal en eenduidig vastleggen en beschikbaar stellen;
- Data beschikbaar maken voor (visueel) inzicht, analyses/studies en rapportages;
- Data veilig delen en koppelen, o.a. voor benchmarking



Patiënt aan het woord: *"Het inzien van mijn eigen resultaten en toe kunnen staan dat mijn zorgverleners over de muren heen hier ook naar kunnen kijken, geeft me een veilig gevoel. Ik beslis wie mag meekijken, maar vooral kan ik er nu van op aan dat mijn resultaten ook voor mijn zorg toe doen. Overigens, doen ze er niet alleen voor in mijn eigen zorg, maar ook op grote schaal om van te leren, want ik heb toestemming gegeven om mijn anonieme resultaten te delen voor de wetenschap."*



Zorgverlener aan het woord: <uitwerking volgt in definitieve versie>



Worden de relevante data digitaal en eenduidig vastgelegd?

Dit betreft klinische data, waaronder patiënt-kenmerken, klinische uitkomsten, patient gerapporteerde uitkomsten, patiënt-ervaringen, procesdata en kosten(drijvers)-data.

Voor het optimaal kunnen leren en verbeteren is beschikbaarheid van de juiste stuurinformatie cruciaal. Uitgangspunt is dat data die al beschikbaar is in bronsystemen worden (her)gebruikt. Deze data zullen door middel van koppelingen (bijvoorbeeld Business Intelligence tools) moeten worden opgehaald vanuit de betreffende bronsystemen. Daarom is het van belang om te beginnen met een inventarisatie welke koppelingen gemaakt moeten worden, op basis van de gewenste inzichten/indicatoren en de benodigde data om deze te berekenen. Data die nog niet beschikbaar zijn, zal op een efficiënte wijze moeten worden verzameld aan zowel de patiënten- als zorgverlener-kant.

Gezien het grote belang van het delen van data door middel van koppelingen, is een eenduidige data definitie (terminologie en structuur van de informatie) noodzakelijk. Hiervoor kunnen standaarden zoals FHIR gebruikt worden. Deze standaard kan direct op de bron-systemen (zoals een EPD of afdelingssystemen) gebruikt worden, indien aanwezig. Indien een leverancier deze optie niet biedt, wordt er vaak een datawarehouse opgezet, waarbij de informatie uit verschillende bronsystemen binnen de organisatie wordt gecentraliseerd.

Een belangrijk uitgangspunt bij het werken met data is dat professionals de systemen ook op de juiste wijze gebruiken; bijvoorbeeld door eenduidige data registratie (eenheid in registratie in het zorgproces). Dat vergt betrokkenheid, gevoel van verantwoordelijkheid, continue terugkoppeling en dus discipline, en creëert daarmee ook een cultuuromslag.



Worden data beschikbaar gemaakt voor (visueel) inzicht, analyses/studies, rapportages?

Data moeten worden vertaald naar inzichten door middel van analyse en visualisatie. Dit gebeurt in grofweg drie stappen: verversen van data uit de bron (zie hierboven), transformeren binnen de datawarehouse omgeving, uitvoeren van analyse.

Afhankelijk van de gewenste snelheid waarmee de data beschikbaar is (*real-time*, *near-real-time* of periodiek), kunnen deze stappen frequenter of minder vaak worden doorlopen.

De informatie uit een datawarehouse⁶ wordt getransformeerd, zodat deze gebruikt kan worden in specifieke dashboards (binnen tools zoals Qlik, PowerBI of Tableau) of data-uitleveringen voor analisten. Deze analisten kunnen de getransformeerde data dan gebruiken in een software pakket naar voorkeur (bijv. SPSS, R). Door deze manier van werken kan ook doelbinding voor het verstrekken van data gegarandeerd worden.

Naast het beschikbaar maken van de ruwe data is ook het direct visualiseren van de uitkomstendata aan verschillende gebruikers een belangrijk onderdeel van waardegedreven werken. Om dit te realiseren zal een uitkomststelsel de data niet alleen op patiënten niveau, maar ook op geaggregeerd, afdelings-/instellingsniveau beschikbaar moeten maken voor:

- Tijdens het verlenen van zorg in diverse (team) samenstellingen of in de spreekkamer;
- De zorgteams om te analyseren en vertalen naar verbeter-initiatieven;
- Rapportage naar de patiënt (inclusief de patiëntenomgeving/PGO), andere zorgorganisaties, zorgverzekeraars, toeleveranciers, overheidsorganen, etc.

N.B. Hoewel de hierboven genoemde niveaus uit dezelfde databron putten, zijn niet alle IT-structuren even geschikt hiervoor. Daarnaast moet er worden gekeken wat er op individueel en wat er op cohort niveau data- en IT-technisch moet gebeuren. Ons advies is om in gesprek te gaan met uw Data & IT ondersteuner, Data Scientist, BI'er, etc. Daarnaast raden we aan om goed naar de reeds geleerde lessen omtrent datavisualisatie te kijken, inclusief patiënt-betrokkenheid bij de ontwikkeling ervan⁷ [64], [65].

? Worden data veilig gedeeld en gekoppeld met andere data o.a. voor het faciliteren van benchmarking?

Uitkomstendata zijn een integraal onderdeel van de data die er over een patiënt/consument beschikbaar is. Het is daarbij van het grootste belang dat het gebruik van die data gebeurt op een wijze die de privacy en veiligheid van de patiënt als basis gebruikt. In de Europese benadering wordt data, zoals uitkomstdata, primair gezien als eigendom van de patiënt. Het moet dan ook aan de patiënt zijn om te bepalen wie welke data, onder welke voorwaarden mag gebruiken voor het primaire behandelproces, maar ook secundaire processen zoals bijvoorbeeld onderzoek [66]. De FAIR data principes geven hiervoor een goed kader [67], [68]. Deze principes zijn breed internationaal geaccepteerd en vormen hiermee een goede basis voor het op een juiste wijze omgaan met data.

Voor het delen van data met externe partners zijn meerdere platformen en infrastructuren beschikbaar. Specifiek voor benchmarking wordt data vaak naar externe kwaliteitsregistraties gestuurd. Hierbij kan het datawarehouse ook gebruikt worden, waarbij de transformatie stap leidt tot data die aan de betreffende registratie aangeleverd kan worden (in plaats van een dashboard of analyse/rapportage). Hierbij

⁶ Door het gebruik van een datawarehouse wordt overigens de kans kleiner dat een (secundaire) analyse het primaire zorgproces beïnvloedt en eventueel kan verstoren.

⁷ Linnean Initiatief, werkgroepen dashboarding/datavisualisatie, zie: <https://linnean.nl/werkgroepen/default.aspx>

dienen juridische en organisatorische aspecten afgedicht te worden met betrekking tot verwerkersovereenkomsten⁸.

Essentieel is dat een patiënt te allen tijde toestemming moet geven in dien zijn/haar data wordt gebruikt voor onderzoek, hierdoor weet een patiënt en/of de zorgorganisatie precies wat er met de data gebeurt en kan deze op elk moment controle uitoefenen over het gebruik van deze data. Zorg dus altijd voor *informed consent* aan de start van het zorg- en meetpad.

Voor IT-systemen/uitkomstenplatformen die betrokken zijn bij het verzamelen en verwerken van uitkomstendata is het van groot belang dat ze compatibel zijn of worden met bovenstaande ontwikkelingen. Om dit te bereiken is *security-* en *interoperability by design* van groot belang⁹.



Literatuur en technieken

- M. D. Wilkinson *et al.*, "The FAIR Guiding Principles for scientific data management and stewardship," *Sci. Data*, vol. 3, no. 1, p. 160018, 2016, doi: 10.1038/sdata.2016.18. [67]
- Altimetrik, "Achieving Enterprise Agility through Bimodal Transformation." [69]
- Linnean Initiatief, *Waardegedreven Zorg - Van droom naar werkelijkheid*. 2021 [70]
- F. Van Merode, E. Van Lochem, and M. T. H. Van der Linde, "Data / IT optimaal inzetten ten behoeve van Samen Beslissen," 2020. [66]
- Linnean Initiatief, "Visualisatie gezondheidsdata helpt behandelaar en patiënt," 2020.
<https://www.linnean.nl/inspiratie/bijeenkomsten+en+werkbezoeken/1600901.aspx> (accessed Apr. 29, 2021). [65]
- Nictiz, "Standaardisatie - interoperabiliteit."
<https://www.nictiz.nl/standaardisatie/interoperabiliteit/> (accessed Apr. 29, 2021). [71]
- T. M. Deist *et al.*, "Distributed learning on 20 000+ lung cancer patients – The Personal Health Train," *Radiother. Oncol.*, vol. 144, pp. 189–200, 2020, doi: <https://doi.org/10.1016/j.radonc.2019.11.019>. [72]



Praktijkvoorbeelden

- NHR: <uitwerking volgt in definitieve versie>
- ErasmusMC Zorgmonitor en Scientific Registry: <uitwerking volgt in definitieve versie>
- Intermountain Healthcare (2002), Harvard Business School [73]

⁸ Een alternatieve ontwikkeling hierop is de Personal Health Train, eventueel in combinatie met blockchain gebaseerde validatiemechanismen. Een van de kernconcepten is dat data dan niet meer gedeeld wordt met andere partijen, maar dat algoritmes en analyses als het ware naar de data wordt gebracht. Voor de scope van deze handreiking zijn deze hier niet verder uitgewerkt.

⁹ Adaptatie van FHIR voor data-uitwisseling, de toepassing van FAIR-data principes en privacy standaarden als HIPAA en GDPR zijn hierbij noodzakelijk.

Stimuleer cultuur en leiderschap

- Stimuleer de verander agenda,
- Geef ruimte aan stimulerend eigenaarschap en leiderschap;
- Stuur op gezamenlijke verantwoordelijkheid van het MDT over zorgactiviteiten, uitkomsten en kosten;
- Werk aan een cultuur van enthousiasme en vertrouwen die gericht is op leren en verbeteren.



Patiënt aan het woord: *"Het is lastig uit te leggen, maar ik voel me bij dit team in goede handen. Ze overleggen veel, ik merk dat echt iedereen een volwaardig teamlid is en dat voel ik terug in de zorg die ik krijg. Niemand lijkt gefrustreerd of tegengewerkt te worden, dat zie en vooral hoor je soms wel eens anders. Bij nieuwe ideeën, wie ze ook oppert, wordt echt en oprecht geluisterd naar elkaar, daardoor voel ik mij omringd met stevigheid en vertrouwen."*



Zorgverlener aan het woord: <volgt in definitieve versie>



Is het duale leiderschapsteam inspirerend, communicatief-vaardig, en gemandateerd?

WGZ is een nieuwe en andere manier van werken. De transitie naar WGZ is een grote verandering en vraagt om sterk veranderleiderschap. Het MDT heeft daarom deze sterke leiders nodig. Deze leiders hebben visie en belangrijke rolmodel functies, stralen enthousiasme, koersvastheid en vertrouwen uit. De leiders laten zien dat 'leren en verbeteren op basis van data' ontzettend leuk en belangrijk is. Ze betrekken de teamleden door te luisteren, helder te communiceren, te inspireren, te besluiten volgens de beginselen van *fair-process* leiderschap en normeren vanuit de gezamenlijk door het MDT gemaakte visie. Uiteraard worden successen daarbij gezamenlijk gevierd.



Voelen de leden van het MDT gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de zorgactiviteiten, uitkomsten en kosten?

Waardegedreven zorg staat gelijk aan samen, als multidisciplinair team, de zorg voor de medische conditie zodanig te organiseren dat deze resulteert in de beste uitkomsten tegen de laagst mogelijke kosten. Iedereen in het multidisciplinair team draagt daaraan bij: van de chirurg die een tumor verwijdert tot de praktijkondersteuner die ervoor zorgt dat de revalidatie in de regio wordt ingepland. Er heerst een cultuur waar iedereen zich bewust is van zijn of haar rol in dit geheel en hoe die bijdraagt aan de gezamenlijke doelstelling. Dit is een andere manier van werken en verantwoordelijkheden van en binnen het team. Hierdoor zal het team een 'nieuwe cultuur' kunnen vormen.

N.B. Een extra stimulans voor gezamenlijk en individuele verantwoordelijkheid voor uitkomsten kan zijn om de honorering van het MDT aan te laten sluiten bij de prestaties. Het is aan te raden om te beginnen met een prestatie-bonus, zonder direct een malus in rekening te brengen bij initieel tegenvallende resultaten. WGZ is en blijft een continu leer- en verandertraject.



Heerst er binnen het team een cultuur van enthousiasme en vertrouwen, van veilig samen leren en verbeteren?

WGZ is een totaal nieuwe en andere manier van werken. Dit nieuwe werken gaat – in toenemende mate - positief ervaren worden door het MDT als de eerste successen zich gaan aftekenen: het gaat in de zorg weer over wat er echt toe doet voor de

patiënt, en die is daar blij mee.

? **Krijgt innovatie met de potentie waarde toe te voegen voldoende ruimte in het MDT?**

Het is belangrijk dat het MDT een *can-do* mentaliteit heeft als het gaat om innovaties of innovatieve ideeën die waarde voor patiënten kan toevoegen. Het MDT is ertoe bereid om te investeren (als team op de werkvloer tot financieel) om deze innovaties zo goed en snel mogelijk bij de patiënt te krijgen.



Literatuur, tools & technieken

- T. H. Lee, "Turning doctors into leaders," *Harv Bus Rev*, vol. 88, no. 4, pp. 50–58, 2010. [74]
- L. Schlesinger and J. Fox, "Giving Patients an Active Role in Their Health Care," *Harv. Bus. Rev.*, vol. 11, 2016. [75]
- J. P. Kotter, *Leading change*. Harvard business press, 2012. [76]
- P. B. Van der Nat, M. T. H. Van der Linde, M. P. M. De Neree tot Babberich, J. A. Van der Hage, and A. M. Stiggelbout, "Waardegedreven Zorg: een noodzakelijke basis in de opleiding van zorgprofessionals," 2020. [2]
- A. Van Pucke, D. Ikkersheim, and A. De Vries, "Een cultuur van continu verbeteren creëren in de zorg - Een Nederlands en internationaal perspectief," 2019. [77]
- C. Kerr, "8 Ways to Foster Responsibility Among Your Team." <https://www.tameday.com/8-ways-to-foster-responsibility-among-your-team/> (accessed Apr. 29, 2021). [78]

Praktijkvoorbeelden

- <Uitwerking volgt in definitieve versie>
- Oak Street Health: A New Model of Primary Care (2017), Harvard Business School [79]

5 Hulplijnen

Wij hopen u met deze handreiking een aantal praktische handvatten aangereikt te hebben om zelf met waardegedreven zorg in uw eigen omgeving aan de slag te gaan. Mocht u er toch niet helemaal uitkomen, dan bieden wij u ook nog de volgende mogelijkheden:

- A. Meldt u via dit online formulier aan of log in bij het netwerk van het Linnean Initiatief. Het Linnean netwerk bestaat uit meer dan 1.000 leden en biedt de mogelijkheid om laagdrempelig met elkaar in contact te komen. Zo ondersteunt onze website zoekopdrachten in maar liefst negen zoekvelden (waaronder organisatie, functie en expertise). Meld u aan en/of log in en start met uw zoekopdracht.
- B. Mocht uw zoekopdracht bij 'A' onverhoopt op niets uitkomen, dien dan uw implementatievraagstuk bij ons in via dit online formulier. Vervolgens gaan wij samen met u op zoek naar een expert die deze vraag kan beantwoorden of u op weg helpt met het vinden van uw antwoord. Of we gaan met een aantal Linnean leden in gesprek, bijvoorbeeld gedurende een Rondetafel.
- C. U kunt ook aanspraak doen op de ambassadeurs en implementatiecoaches uit het programma Uitkomstgerichte Zorg. Ga voor meer informatie naar www.uitkomstgerichtezorg.nl

6 Dankwoord

Met dank aan alle leden van de Werkgroep.
<namen volgen in de definitieve versie>

Dank ook aan allen die input hebben geleverd tijdens de consultatie van de handreiking.

<namen volgen in de definitieve versie>

7 Referenties

- [1] A. G. J. M. Hanselaar and M. T. H. Van der Linde, "Value-Based Health Care in The Netherlands: what problems could be solved? A report of interviews with 21 Dutch VBHC Experts," *Heal. J.*, vol. 20, no. 9, pp. 670–673, 2020, [Online]. Available: https://healthmanagement.org/uploads/article_attachment/vbhc-in-netherlands.pdf.
- [2] P. B. Van der Nat, M. T. H. Van der Linde, M. P. M. De Neree tot Babberich, J. A. Van der Hage, and A. M. Stiggelbout, "Waardegedreven Zorg: een noodzakelijke basis in de opleiding van zorgprofessionals," 2020. [Online]. Available: <https://linnean.nl/inspiratie/bibliotheek/HandlerDownloadFiles.ashx?idnv=1761611>.
- [3] M. E. Porter and E. O. Teisberg, *Redefining health care: creating value-based competition on results*. Harvard business press, 2006.
- [4] M. E. Porter and T. H. Lee, "Why strategy matters now," *N Engl J Med*, vol. 372, no. 18, pp. 1681–1684, 2015.
- [5] H. P. A. Van Veghel, W. Van den Bosch, L. R. C. Dekker, and W. A. L. Tonino, *Meetbaar Beter Boek*, 1st ed. Eindhoven: Catharina Ziekenhuis, 2012.
- [6] A. Van Rumund, N. Weerkamp, and E. Al., "Handreiking voor multidisciplinaire parkinsonzorg in het verpleeghuis," Utrecht, 2011. [Online]. Available: https://www.parkinsonnet.nl/app/uploads/2019/11/ver_richtlijn_parkinson_web.pdf.
- [7] Santeon, "Onze aanpak." <https://santeon.nl/onze-aanpak/> (accessed Apr. 28, 2021).
- [8] P. B. van der Nat *et al.*, *Waardegedreven zorg, droom of werkelijkheid?*, 1st ed. BSL, 2020.
- [9] Uitkomstgerichtegeboortezorg.nl, "Uitkomstgerichte geboortezorg." <https://uitkomstgerichtegeboortezorg.nl/> (accessed Apr. 28, 2021).
- [10] VVD, CDA, D66, and ChristenUnie, "Vertrouwen in de Toekomst: regeerakkoord 2017 - 2021," 2017. [Online]. Available: <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/publicaties/2017/10/10/regeerakkoord-2017-vertrouwen-in-de-toekomst/Regeerakkoord+%27Vertrouwen+in+de+toekomst%27.pdf>.
- [11] Rijksoverheid, "Bestuurlijk akkoord medisch-specialistische zorg 2019 t/m 2022," 2018. [Online]. Available: <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/convenanten/2019/06/04/bestuurlijk-akkoord-medisch-specialistische-zorg-2019-t-m-2022/bestuurlijk-akkoord-medisch-specialistische-zorg-2019-t-m-2022.pdf>.
- [12] Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, "Ontwikkeling Uitkomstgerichte zorg 2018 - 2022," 2018. [Online]. Available: <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2018/07/02/ontwikkeling-uitkomstgerichte-zorg-2018-2022/ontwikkeling-uitkomstgerichte-zorg-2018-2022.pdf>.
- [13] Uitkomstgerichte Zorg, "Over uitkomstgerichte zorg," *n.d.*, 2021. <https://www.uitkomstgerichtezorg.nl/over-uitkomstgerichte-zorg> (accessed Apr. 28, 2021).
- [14] Federatie Medisch Specialisten, "Visiedocument Medisch Specialist 2025: ambitie, vertrouwen, samenwerken," 2017. [Online]. Available: <http://introdactie.2025.demedischspecialist.nl/>.
- [15] Linnean Initiatief, "Over Linnean." <https://linnean.nl/over+linnean/overlinnean/default.aspx> (accessed Apr. 29, 2021).
- [16] M. E. Porter, "What is value in health care," *N. Engl. J. Med.*, vol. 363, no. 26,

- pp. 2477–2481, 2010.
- [17] M. Koomans, M. T. H. Van der Linde, M. Van der Kemp, and P. B. Van der Nat, "Aandoeningsgerichte organisaties," 2021.
 - [18] M. E. Porter and T. H. Lee, "The strategy that will fix health care," *Harv. Bus. Rev.*, vol. 91, no. 12, p. 24, 2013.
 - [19] G. Steinmann, H. van de Bovenkamp, A. de Bont, and D. Delnoij, "Redefining value: a discourse analysis on value-based health care," *BMC Health Serv. Res.*, vol. 20, no. 1, pp. 1–13, 2020.
 - [20] EIT Health, "Implementing Value-Based Health Care in Europe: Handbook for Pioneers," 2020. [Online]. Available: <https://eithealth.eu/wp-content/uploads/2020/06/Implementing-Value-Based-Healthcare-In-Europe.pdf>.
 - [21] M. Van der Kemp, M. T. H. Van der Linde, and P. B. Van der Nat, "Hoe waardegedreven werkt ons team," 2020.
 - [22] M. Jacobs, "Op weg naar implementatie-innovatie," Tilburg, 2020. [Online]. Available: https://guusschrijvers.nl/wp-content/uploads/2020/10/TiU_200186_Oratie-Maria-Jacobs-digitaal.pdf.
 - [23] Zorginstituut Nederland, "PROM-toolbox." <https://www.zorginzicht.nl/ontwikkeltools/prom-toolbox/index> (accessed Apr. 29, 2021).
 - [24] M. Lippitt, *The Managing Complex Change Model*. 1987.
 - [25] T. Knoster, R. Villa, and J. Thousand, "Restructuring for caring and effective education," *Balt. Brookes*, 2000.
 - [26] P. H. Diamandis and S. Kotler, *Bold: How to go big, create wealth and impact the world*. Simon and Schuster, 2015.
 - [27] Linnean Initiatief, *Zorgverlener en patiënt reflecteren op waardegedreven Zorg in Isala*. The Netherlands: Linnean Initiatief, 2021.
 - [28] ICHOM, "Breast Cancer - reference guide," 2017. [Online]. Available: <https://ichom.org/files/medical-conditions/breast-cancer/breast-cancer-reference-guide.pdf>.
 - [29] M. E. Porter and E. O. Teisberg, "The virtuous circle in health care delivery," in *Redefining Healthcare: Value-Based Competition on Results*, Harvard business press, 2006, p. 161.
 - [30] M. E. Porter and T. H. Lee, "Integrated Practice Units: A Playbook for Health Care Leaders," *NEJM Catal. Innov. Care Deliv.*, vol. 2, no. 1, 2021.
 - [31] M. E. Porter, "Value-Based Health Care Delivery: Core Concepts," Boston, 2020. [Online]. Available: <https://www.isc.hbs.edu/Documents/pdf/2020-intro-vbhc-porter.pdf>.
 - [32] C. Trimble, "The best way to improve health care delivery is with a small, dedicated team," *Harv Bus Rev*, 2016.
 - [33] M. E. Porter, E. A. Pabo, and T. H. Lee, "Redesigning primary care: a strategic vision to improve value by organizing around patients' needs," *Health Aff.*, vol. 32, no. 3, pp. 516–525, 2013.
 - [34] Participatiekompas, "Participatiekompas - Kennisbank."
 - [35] M. E. Porter, J. Deerberg-Wittram, and T. W. Feeley, *Martini Klinik: Prostate Cancer Care*. 2019, pp. 720–359.
 - [36] C. B. Terwee, H. E. Vonkeman, and M. Zuidgeest, "Het menu van generieke PROMs," 2019. [Online]. Available: <https://linnean.nl/inspiratie/bibliotheek/HandlerDownloadFiles.ashx?idnv=1501426>.
 - [37] ICHOM, "Overall Adult Health," 2020. <https://connect.ichom.org/standard-sets/adult-overall-health/> (accessed Apr. 29, 2021).
 - [38] Santeon, "Samen Beter in waardegedreven zorg." <https://santeon.nl/onze-aanpak/samen-beter/> (accessed Apr. 29, 2021).

- [39] M. E. Porter, S. Larsson, and T. H. Lee, "Standardizing patient outcomes measurement," *N Engl J Med*, vol. 374, no. 6, pp. 504–506, 2016.
- [40] C. Stowell and C. Akerman, "Better value in health care requires focusing on outcomes," *Harv. Bus. Rev.*, 2015.
- [41] S. Dang, "Shared Decision Making-The Pinnacle of Patient-Centered Care.," *J. Indian Acad. Geriatr.*, vol. 14, 2018.
- [42] J. Rhatigan, S. H. Jain, J. Mukherjee, and M. E. Porter, *Applying the care delivery value chain: HIV/AIDS care in resource poor settings*. Harvard Business School, 2009.
- [43] R. S. Kaplan and S. R. Anderson, "Time-Driven Activity-Based Costing," *Harv. Bus. Rev.*, vol. 82, no. 11, pp. 131–150, 2004.
- [44] R. S. Kaplan and M. E. Porter, "How to solve the cost crisis in health care," *Harv Bus Rev*, vol. 89, no. 9, pp. 46–52, 2011.
- [45] M. E. Porter and R. S. Kaplan, "How to pay for health care," *Harv Bus Rev*, vol. 94, no. 7–8, pp. 88–98, 2016.
- [46] W. B. Van den Hout *et al.*, "Waardegedreven zorg met uitkomsten én kosten," 2021.
- [47] M. E. Porter, R. S. Kaplan, and M. L. Frigo, "Managing healthcare costs and value," *Strateg. Financ.*, vol. 98, no. 7, p. 24, 2017.
- [48] D. Cattel, F. Eijkenaar, K. Ahaus, and M. Van de Laar, "Bundelbekostiging in de zorg is mogelijk, ondanks belemmeringen," *ESB*, vol. 106, no. 4794, pp. 86–89, 2021, [Online]. Available: <https://www.eur.nl/sites/corporate/files/2021-02/cattel-d.-f.-eijkenaar-k.-ahaus-en-m.-van-de-laar-2021-esb-1064794-086-089.pdf>.
- [49] H. D. Miller, "From volume to value: better ways to pay for health care," *Health Aff.*, vol. 28, no. 5, pp. 1418–1428, 2009.
- [50] J. P. Heida, R. Miedema, B. Peltenburg, and M. Rijnen, "Meta-inventarisatie uitkomstgericht contracteren en organiseren - transitie van exceptie naar conventie," 2020. [Online]. Available: <https://www.sirm.nl/docs/Publicaties/Uitkomstgericht-contracteren-en-organiseren-transitie-van-exceptie-naar-conventie.pdf>.
- [51] H. P. Jung, T. Jung, S. Liebrand, M. Huber, S. Stupar-Rutenfrans, and M. Wensing, "Meer tijd voor patiënten, minder verwijzingen," *Huisarts Wet.*, vol. 61, no. 3, pp. 39–41, 2018, doi: 10.1007/s12445-018-0062-y.
- [52] S. Steenhuis, J. Struijs, X. Koolman, J. Ket, and E. Van der Hijden, "Unraveling the complexity in the design and implementation of bundled payments: a scoping review of key elements from a payer's perspective," *Milbank Q.*, vol. 98, no. 1, pp. 197–222, 2020.
- [53] M. E. Porter, C. Marks, and Z. C. Landman, "OrthoChoice: Bundled Payments in the County of Stockholm (A)," 2014.
- [54] M. E. Porter, C. Marks, and Z. C. Landman, "OrthoChoice: Bundled Payments in the County of Stockholm," 2014. [Online]. Available: https://store.hbr.org/product/orthochoice-bundled-payments-in-the-county-of-stockholm-b/714515?fromSku=714514&ab=store_idp_cabpanel_-_orthochoice_bundled_payments_in_the_county_of_stockholm_b_714515.
- [55] S. J. Spear, "Fixing health care from the inside, today," *Harv. Bus. Rev.*, vol. 83, no. 9, p. 78, 2005.
- [56] D. Ruwaard *et al.*, "Kennisagenda Zorg op de Juiste Plek," 2020. [Online]. Available: https://publicaties.zonmw.nl/fileadmin/zonmw/documenten/Ouderen/JZOJP/Kennisagenda_Zorg_op_de_Juiste_Plek_2020.pdf.
- [57] F. Heyning *et al.*, "De Zorg Dichtbij Wijzer," 2021. [Online]. Available: <https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/.uc/f8a15565f01028e5c0200efbebc0>

20df4990e0c55d21600/De Zorg Dichtbij-samenvatting rapport.pdf.

- [58] N. Van Veen - Mirzakhyl *et al.*, "De Zorg Dichtbij - Wijzer (praktijkvoorbeeld) - een ondersteunende tool bij lokale zorgpad ontwikkeling," 2021. [Online]. Available: <https://www.icthealth.nl/wp-content/uploads/2021/03/DeZorgDichtbij-Wijzer-Praktijkvoorbeeld-1.pdf>.
- [59] M. E. Porter, J. Mountford, K. Ramdas, and S. Takvorian, "Reconfiguring Stroke Care in North Central London," 2012. [Online]. Available: <https://store.hbr.org/product/reconfiguring-stroke-care-in-north-central-london/712496>.
- [60] R. Bohmer, J. Shand, D. Allwood, A. Wragg, and J. Mountford, "Learning systems: Managing uncertainty in the new normal of COVID-19," *NEJM Catal. Innov. Care Deliv.*, vol. 1, no. 4, 2020.
- [61] G. J. Van Steenbergen *et al.*, "Better survival after transcatheter aortic valve replacement by process improvements," *Netherlands Hear. J.*, vol. 29, no. 4, pp. 193–200, 2021.
- [62] W. E. Deming, *Out of the Crisis*. MIT press, 2018.
- [63] A. C. Edmondson and A. Tucker, "Cincinnati Children's Hospital Medical Center," 2009. [Online]. Available: <https://store.hbr.org/product/cincinnati-children-s-hospital-medical-center/609109>.
- [64] Linnean Initiatief, *Patiëntparticipatie écht centraal zetten, hoe dan?* 2021.
- [65] Linnean Initiatief, "Visualisatie gezondheidsdata helpt behandelaar en patiënt," 2020. <https://www.linnean.nl/inspiratie/bijeenkomsten+en+werkbezoeken/1600901.aspx> (accessed Apr. 29, 2021).
- [66] F. Van Merode, E. Van Lochem, and M. T. H. Van der Linde, "Data / IT optimaal inzetten ten behoeve van Samen Beslissen," 2020. [Online]. Available: <https://linnean.nl/inspiratie/bibliotheek/HandlerDownloadFiles.ashx?idnv=1638924>.
- [67] M. D. Wilkinson *et al.*, "The FAIR Guiding Principles for scientific data management and stewardship," *Sci. Data*, vol. 3, no. 1, p. 160018, 2016, doi: 10.1038/sdata.2016.18.
- [68] Dutch Techcentra for Life Sciences, "What is FAIR Data Stewardship," 2021. <https://www.dtls.nl/fair-data/data-stewardship/> (accessed Apr. 30, 2021).
- [69] Altimetrik, "Achieving Enterprise Agility through Bimodal Transformation." [Online]. Available: <https://www.gartner.com/imagesrv/media-products/pdf/ALTIMETRIK/Altimetrik-1-354WZ5A.pdf>.
- [70] Linnean Initiatief, *Waardegedreven Zorg - Van droom naar werkelijkheid*. 2021.
- [71] Nictiz, "Standaardisatie - interoperabiliteit." <https://www.nictiz.nl/standaardisatie/interoperabiliteit/> (accessed Apr. 29, 2021).
- [72] T. M. Deist *et al.*, "Distributed learning on 20 000+ lung cancer patients – The Personal Health Train," *Radiother. Oncol.*, vol. 144, pp. 189–200, 2020, doi: <https://doi.org/10.1016/j.radonc.2019.11.019>.
- [73] R. Bohmer, A. C. Edmondson, and L. R. Feldman, "Intermountain Health Care," 2002. [Online]. Available: <https://store.hbr.org/product/intermountain-health-care/603066>.
- [74] T. H. Lee, "Turning doctors into leaders," *Harv Bus Rev*, vol. 88, no. 4, pp. 50–58, 2010.
- [75] L. Schlesinger and J. Fox, "Giving Patients an Active Role in Their Health Care," *Harv. Bus. Rev.*, vol. 11, 2016, [Online]. Available: <https://hbr.org/2016/11/giving-patients-an-active-role-in-their-health-care>.
- [76] J. P. Kotter, *Leading change*. Harvard business press, 2012.
- [77] A. Van Pucke, D. Ikkersheim, and A. De Vries, "Een cultuur van continu

verbeteren creëren in de zorg - Een Nederlands en internationaal perspectief," 2019. [Online]. Available: <https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/nl/pdf/2019/sector/een-cultuur-van-continu-verbeteren-creëren-in-de-zorg.pdf>.

- [78] C. Kerr, "8 Ways to Foster Responsibility Among Your Team." <https://www.tameday.com/8-ways-to-foster-responsibility-among-your-team/> (accessed Apr. 29, 2021).
- [79] M. E. Porter, T. H. Lee, and M. A. Alger, "Oak Street Health: A New Model of Primary Care," 2017. [Online]. Available: <https://store.hbr.org/product/oak-street-health-a-new-model-of-primary-care/717437>.
- [80] "Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nu - Actieplan voor het behoud van goede en toegankelijke gezondheidszorg," 2021. [Online]. Available: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_624559_22/1/.
- [81] Zorginstituut Nederland, "Zinnige Zorg." <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/zinnige-zorg> (accessed Apr. 29, 2021).
- [82] Zorgevaluatie & Gepast Gebruik, "De bewezen beste zorg voor patiënten." <https://www.zorgevaluatiegepastgebruik.nl/> (accessed Apr. 29, 2021).
- [83] A. Jie and A. Moser, "Patiëntenparticipatie is partnerschap patiënt en zorgverlener - Hogeschool Zuyd en Zuyderland MC," 2021. <https://linnean.nl/inspiratie/bijeenkomsten+en+werkbezoeken/1901396.aspx> (accessed Apr. 29, 2021).
- [84] M. Huber, H. P. Jung, and K. Van den Brekel-Dijkstra, *Handboek Positieve Gezondheid in Huisartsenpraktijk*. BSL, 2021.
- [85] J. Tana, M. Forss, and T. Hellstén, "The use of wearables in healthcare - challenges and opportunities," 6, 2017. [Online]. Available: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/140584/AWP_6-2017_Tana_Forss_Hellsten.pdf?sequence=2&isAllowed=y.
- [86] M. Van der Meulen, "Artificial Intelligence as a Driver of Value in Value-Based Health Care Systems," 2019. [Online]. Available: <https://doktermartijn.nl/static/app/docs/ebook-ai.pdf>.
- [87] Science37, "About Science37." <https://www.science37.com/About-Us> (accessed Apr. 29, 2021).
- [88] A. G. J. M. Hanselaar and M. T. H. Van der Linde, "VBHC in Netherlands: Success Factors," *Heal. Journal*, vol. 21, no. 2, pp. 62–70, 2021, [Online]. Available: https://www.healthmanagement.org/uploads/article_attachment/vbhc-in-netherlands-success-factors.pdf.

8 Bijlage: Toelichting WGZ concepten

Waardegedreven zorg

WGZ is zorg die beter aansluit bij de waarde(n) van de patiënt tegen een redelijke prijs. Deze relatie wordt weergegeven in de formule [31]:

$$\text{Waarde} = \frac{\text{Gezondheidsuitkomsten (doel: beste uitkomsten die belangrijk zijn voor patiënt)}}{\text{Kosten (€ en energie) benodigd voor resultaat (doel: duurzame bekostiging & borging van zorg)}}$$

Waarde wordt gedefinieerd als de set van specifieke gezondheidsuitkomsten die voor de betrokken patiëntengroep belangrijk zijn, in relatie tot de kosten voor het bereiken van deze uitkomsten. Zowel uitkomsten als kosten worden gemeten over de gehele zorgcyclus (bijv. lage rugpijn) en dus niet enkel de uitkomsten van, en de kosten gemaakt door, over een specifiek specialisme (niet alleen kosten neurologie, maar ook die van revalidatie, pijnteam of fysiotherapeut). Naast de financiële kosten wordt in Nederland ook de energie (inzet, behandelast en investering van de patiënt en het betrokken team om de gewenste uitkomsten te behalen) in de formule opgenomen. Waarde wordt gecreëerd in de relatie tussen de patiënt (en zijn/haar omgeving) en de arts (en het verantwoordelijke team).

Klik [hier](#) om terug te gaan naar het WGZ-Huis

Gezondheidsuitkomsten

Het startpunt voor het bereiken van waarde is het meten van uitkomsten. Een per 'medische conditie' gestandaardiseerde uitkomstenset, met klinische uitkomsten inclusief relevante, haalbare Patient Reported Outcomes (PROs, patiënt-gerapporteerde behandeluitkomst) is essentieel [31].

Samen beslissen op basis van individuele uitkomsten is essentieel in patiëntencontact. De resultaten van de PRO-metingen geven hier een mooie basis voor. Zo ondersteunt het gebruik van zo'n uitkomstenset in de spreekkamer het gesprek tussen patiënt en zorgverlener; het leidt tot keuze-informatie en ondersteunt het proces van samen beslissen.

Een PRO is een patiënt-gerapporteerd aspect van ervaren gezondheid en geeft de mening en waardering weer van de patiënt over de eigen gezondheid. Patient-reported Outcome Measures (PROMs) zijn vragenlijsten die PROs meten en waarmee de patiënt (of diens naaste) zelf een oordeel geeft over zijn of haar gezondheidstoestand. PROMS zijn te onderscheiden in generieke, domein-specifieke en ziekte-specifieke PROMs.

- Generieke PROMs zijn uitkomsten die voor elk individu van belang zijn ongeacht de onderliggende ziekte of aandoening, zoals fysiek-, mentaal- en sociaal functioneren, pijn, angst en vermoeidheid. Hiermee wordt vaak de algehele gezondheid in kaart gebracht onder het overkoepelende begrip gezondheid-gerelateerde kwaliteit van leven [36].
- Domein-specifieke PROMs meten één of meerdere PROs, bijv. voor het meten van depressie (HADS of PHQ9), mobiliteit en participatie (bijv. de USER-P vragenlijst) of vermoeidheid (Fatigue Severity Scale).
- Ziekte-specifieke PROs zijn voor een bepaalde ziekte of aandoening relevant, zoals benauwdheid bij mensen met COPD of pijn op de borst bij mensen met hartproblemen.

Klik [hier](#) om terug te gaan naar het WGZ-Huis

Kosten

WGZ wil zorg aan patiënten aanbieden op een manier dat (gezondheid) waarde voor de patiënt wordt geleverd in een aanvaardbare verhouding tot de werkelijk daarvoor gemaakte kosten. Waarde kan worden verhoogd door gezondheidsuitkomsten te verbeteren ten opzichte van de kosten en/of gezondheidsuitkomsten gelijk te houden tegen lagere kosten¹⁰. Om voor de patiënt zo goed mogelijke uitkomsten te realiseren moet inzicht verkregen worden in uitkomsten van zorg. Om vervolgens inzicht te krijgen in de waarde creatie moet ook inzicht verkregen worden in de kosten van het zorgproces, van eerstelijns tot tweedelijns en tertiaire zorg, inclusief post-ziekenhuiszorg voor patiënten met een enkele of meerdere ziekte(n).

Kostenreductie kan o.a. gerealiseerd worden door het inzetten van (para)medische en verpleegkundige topexpertise in het MDT, verplaatsing en/of substitutie van zorg, vermindering van procesvariatie en het achterwege laten van weinig- of niets-toevoegende activiteiten, waaronder ook overbodige administratieve belasting [31], [56], [80]-[82]

Klik [hier](#) om terug te gaan naar het WGZ-Huis

'Medische conditie'

Met patiënten met een specifieke 'medische conditie' wordt een patiëntenpopulatie bedoeld met eenzelfde zorg- of hulpvraag en voor wie dezelfde uitkomstenset relevant is. De 'medische conditie' of aandoening moet helder gedefinieerd en de zorg voor patiënten met deze medische conditie moet georganiseerd zijn rondom de behoeften van deze patiënten (bijv. de behoefte van patiënten met lage rugpijn). Direct bij inrichting van een WGZ-traject moet het zorgproces van deze 'medische conditie' in kaart gebracht worden en gekoppeld worden aan een uitkomstenset.

In de eerste lijn kan naast een 'medische conditie' ook gekozen worden voor een gemeenschappelijke hulpvraag of een specifieke patiëntenpopulatie, bijvoorbeeld een populatie van bij de praktijk ingeschreven patiënten, een gemeenschap, een regio, (kwetsbare) ouderen, of kinderen.

Klik [hier](#) om terug te gaan naar het WGZ-Huis

Zorg organiseren en uitvoeren

Het zorgverleningsproces is zo ingericht dat de patiënt in staat is om, samen met zorgverleners (multidisciplinaire team), beslissingen over de behandeling te nemen. Alle stappen en functies dragen bij aan waarde creatie voor de patiënt. Een uitgangspunt is dat hoe dichter bij de leefomgeving van de patiënt de (keten-)zorg georganiseerd wordt, hoe beter en (meestal) ook goedkoper het zorgpad is [56]. De eerste lijn besteedt ook aandacht aan welzijn welzijn; soms kun je pas echte gezondheidswaarde toevoegen als ook gekeken is naar schulden, eenzaamheid, taalachterstand en dergelijken. Essentieel voor de organisatie en integratie is dat je borgt dat de patiënt kan meedenken vanuit veerkracht en maximale eigen regie.

Klik [hier](#) om terug te gaan naar het WGZ-Huis

Individuele patiënt

De gewenste uitkomsten van de patiënten binnen dezelfde 'medische conditie' kunnen

¹⁰ De ethische discussie of iets betere gezondheidsuitkomsten tegen veel hogere kosten of juist iets lagere gezondheidsuitkomsten tegen veel lagere kosten aanvaardbaar is, valt buiten de scope van deze handreiking.

variëren. Zo kan de ene patiënt na een knie vervangende operatie weer zelfstandig naar de supermarkt willen kunnen, terwijl de ander ambieert weer een marathon te lopen. Deze wens kan van invloed zijn op welke specifieke gezondheidsuitkomsten voor de patiënt belangrijk zijn. Daarom is het goed je als MDT af te vragen hoe precies de uitkomsten gemeten moeten worden die er voor de individuele patiënt het meest toe doen. Daarnaast is het van belang om onderscheid te maken in ongewenste en gewenste variatie. Ongewenste variatie zijn verschillen in de manier waarop zorg wordt geleverd die niet door de ziekte, medische behoefte, en richtlijnen/*evidence-based medicine* kunnen worden verklaard. In de klinische praktijk manifesteert zich dit in over- of onderbehandeling en ongelijkheid in de zorg die wordt geleverd. Gewenste variatie verwijst naar verschillende patiëntkarakteristieken (bijv. Comorbiditeit, case-mix- en risicofactoren) die ertoe kunnen leiden dat meer gepersonaliseerde behandelingen ingezet worden. Het centrale idee is om de ongewenste variatie te minimaliseren om de gewenste variatie beter te kunnen managen.

Klik [hier](#) om terug te gaan naar het WGZ-Huis

Multidisciplinaire team (MDT)

Het MDT draagt de verantwoordelijkheid voor de -zorg voor patienten met de specifieke 'medische conditie' [30]. Het MDT bezit medische, paramedische, verpleegkundige en operationele expertise. De patiënt is een volwaardig lid en er is adequate IT en analytische ondersteuning. In totaal bestaat een MDT uit een groep van zo'n 8-13 mensen die de totale zorg voor de 'medische conditie' vertegenwoordigen. De inbreng van verpleegkundigen en paramedici is belangrijk; zij zijn in de ogen van de patiënten vaak zeker zo belangrijk als de arts om patiënt-waarde te bereiken. Veel verpleegkundigen en paramedici willen, net als artsen, graag met uitkomstendata aan de slag en zijn gemotiveerd om (zinnige) uitkomsten te meten en verbeteren. De MDTs moeten de vaardigheden, training en technologie hebben om de meeste mensen in hun zorgsegment te kunnen behandelen. De waardebeoordeling, d.w.z. analyse van uitkomst- en kostenmetingen over de in kaart gebrachte zorgcyclus is het resultaat van de inspanningen van deze teams, met hun ondersteuners. Ook de patiënt moet als lid van het MDT de juiste kennis en vaardigheden hebben of ontwikkelen. Het MDT is gezamenlijk verantwoordelijk voor de uitkomsten, kosten en opbrengsten. Afhankelijk van de organisatiestructuur waarin het MDT zich bevindt is deze verantwoordelijkheid meer of minder geformaliseerd [17].

Door een grotere instroom van patiënten met eenzelfde "medische" conditie, of hulpvraag ontstaat volume, wat MDT-teams in staat stelt sneller ervaringen te verzamelen en deze met elkaar en anderen te delen [29]. Door middel van formele en informele zorg-interacties ontwikkelen WGZ-zorgverleners vaak onderling (h)echte relaties, zowel persoonlijk als professioneel.

Klik [hier](#) om terug te gaan naar het WGZ-Huis

Patiënt als volwaardig Teamlid

Door patiënten in het ontwikkelproces van het WGZ-traject als gelijkwaardige partner in het multidisciplinaire team te betrekken worden ze direct in positie gebracht [83]. Dit vraagt om een houding van de zorgprofessional, die enerzijds analytisch sterk is op zijn/haar terrein en anderzijds ruimte geeft aan participatie van patiënten die nog moeten leren en groeien in deze rol. Overigens ervaren zorgprofessionals het veelal als positief om gezamenlijk met patiënten de uitkomstmaten, vanuit medisch

perspectief en vanuit het persoonlijke leven van de patiënten, te bepalen.

Klik [hier](#) om terug te gaan naar het WGZ-Huis

Waarde

WGZ is ontworpen om waarde te creëren voor patiënten met dezelfde aandoening (of hulpvraag) en daar – als MDT – daadwerkelijk op te sturen. De patiënt-waarde wordt hier gedefinieerd als de best mogelijke uitkomsten die belangrijk zijn voor de patiënt. Het beeld van wat er verstaan wordt onder patiënt-waarden is in Nederland aan het verschuiven van “*What’s the matter?*” naar “*What matters to you?*”, naar meer persoonsgerichte zorg (zoals bv. het concept Positieve Gezondheid [84]) en Samen Beslissen. Wat echt van toegevoegde waarde is, kan alleen de individuele mens/patiënt zelf aangeven, maar die moet daar wel bij geholpen worden, zodat gezamenlijk met de zorgprofessional bepaald kan worden wat die waarde is die je gaat nastreven met elkaar. In de ziekenhuiszorg wordt veelal gekozen voor een aandoeningsgerichte benadering. In de eerste lijn kan dit een populatiebenadering zijn, bijvoorbeeld via leefstijl of preventie, of het duiden van een initiële zorgvraag van de patiënt naar een hulpvraag die niet op medisch terrein hoeft te liggen, maar voor de patiënt wezenlijk is. Om bij het begin van een WGZ-initiatief een beeld te krijgen van veelvoorkomende behoeften en waarden van patiënten met een specifieke aandoening kan een inventariserende enquête of focusgroep-benadering of participatie in het team behulpzaam zijn.

Klik [hier](#) om terug te gaan naar het WGZ-Huis

Metten en analyseren

Het meten en vervolgens analyseren van uitkomst-, proces en kosteninformatie is cruciaal. Zo kan bepaald worden of patiënt waarde wordt gecreëerd en waar verbetermogelijkheden liggen. De uitkomsten van de analyse kunnen leiden tot keuze-informatie voor de patiënt in de spreekkamer en ondersteunt zo ook het proces van samen beslissen. Ook kan het een drijfveer zijn om het PDCA-concept (plan-do-check-act) in het MDT en de instelling te verankeren op het alledaagse, operationele niveau en zo analyseren, leren en verbeteren tot standaard te maken.

Klik [hier](#) om terug te gaan naar het WGZ-Huis

Zorgproces

Het gaat bij het zorgproces of zorgcyclus om het scala aan activiteiten dat waarde toevoegt, uitgevoerd door het MDT en anderen [44]. Alle (medische en ondersteunende) activiteiten die geen waarde toevoegen voor de patiënt(en) moeten geïdentificeerd worden en uit de zorgpaden worden verwijderd. De vrijkomende middelen kunnen dan gebruikt worden voor inzet van activiteiten - verbeteringen die wel zinvol zijn voor de patiënt, en als gevolg daarvan waarde verhogen.

Klik [hier](#) om terug te gaan naar het WGZ-Huis

Waardegerichte bekostiging

Om de gewenste effecten van WGZ te zien, moeten ook zorgverzekeraars bereid zijn de financiering aan te passen. Ze moeten daarvoor willen afwijken van de huidige verrichtingen-systematiek, en een stap maken richting financiering op grond van gezondheid-waarde-verbetering.

Een multidisciplinair contract-team, met goede (interne) organisatorische verbindingen, en afgestemd op de WGZ- en organisatie-doelen, beoordeelt de reikwijdte van de overeenkomsten, bepaalt risicoprofielen, definieert graduele winst en verlies om risico te minimaliseren en bewaakt deze [53], [54]. In goede afstemming worden financiële prikkels neergelegd bij het verantwoordelijke MDT. Contracteren op deze wijze maakt dat het team zich niet meer alleen verantwoordelijk voelt (*responsibility*) maar ook verantwoordelijk kan worden gehouden (*accountability*). Dit kan zorgverzekeraars helpen te luisteren naar de ervaringen in het veld en te vragen wat zij kunnen betekenen bij dit soort WGZ-initiatieven, zoals enkele experimenten hebben aangetoond.

Klik [hier](#) om terug te gaan naar het WGZ-Huis

Transparantie

Transparantie over de kwaliteit van zorg kan inzicht geven en bijdragen aan Samen Beslissen. Het kan inzicht geven in wat goed werkt en wat niet. Patiënten en zorgverleners kunnen profiteren van de geboden informatie. Deze moet wel eenvoudig van taal, eenduidig en helder zijn en van belang zijn voor de patiënten en zorgverleners. Een uitdaging daarbij is te corrigeren voor case-mix variabelen en deze ook inzichtelijk te maken.

- Voor patiënten komt zo relevante keuze-informatie beschikbaar voor bespreking met hun zorgverlener in de spreekkamer;
- Zorgverleners kunnen met elkaar over de uitkomsten, kosten en doorlooptijden van de zorg in gesprek gaan en verbeterinitiatieven starten. Door uitkomsten in te zien van collegae kunnen zorgverleners ervoor kiezen een patiënt door te verwijzen of zelf bijv. in de leer te gaan bij de desbetreffende collega.
- Met transparantie, ook richting de samenleving, kunnen zorgverleners die goede zorguitkomsten genereren patiënten aantrekken. Patiënten zijn immers gebaat bij de voor hem/haar beste behandelingsresultaten.
- Zorgverzekeraars kunnen inzicht krijgen in (verbetering van) de kwaliteit en zorgaanbieders die hierop inzetten, belonen.
- Op maatschappelijk niveau kunnen zorgverleners hun verantwoordelijkheid nemen door cijfers die inzicht geven in de kwaliteit van zorg te delen met toezichthoudende instanties.

Klik [hier](#) om terug te gaan naar het WGZ-Huis

Samen beslissen

WGZ raakt aan andere concepten zoals persoonsgerichte zorg, Positieve Gezondheid, Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZOJP), Triple Aim, Registratie aan de Bron, en Samen Beslissen.

In het oorspronkelijke werk van Michael Porter ligt de nadruk op het profileren van zorgaanbieders en waardegedreven competitie. Bij Porter was waarde een strategie voor het stelsel: de beste uitkomsten tegen de laagste kosten creëert een competitief voordeel. In de Nederlandse situatie ligt de nadruk veel meer op gebruik van uitkomstmetingen in de spreekkamer met meer aandacht voor persoonsgerichte zorg en samen beslissen [19]s. Vanuit het goede gesprek in de spreekkamer worden diagnostiek en behandeling afgestemd op de individuele wensen en waarden van de patiënt (bijvoorbeeld vanuit het concept van Positieve Gezondheid [84]). Vooral mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden ervaren de nodige problemen met gezamenlijke besluitvorming omdat zij informatie over aandoeningen en

behandelopties veelal niet begrijpen en niet goed weten wat voor gevolgen een aandoening voor hen heeft. De rol van de zorgverlener en aandacht voor 'het goede gesprek' is dan zo mogelijk nog relevanter.

Voor zorgverlening die zo ingericht is dat gezamenlijk met patiënten beslissingen genomen kunnen worden, moeten soms wel ingeslepen culturele en organisatorische barrières overwonnen worden en nieuwe dan wel andere gespreksvaardigheden aangeleerd worden.

Klik [hier](#) om terug te gaan naar het WGZ-Huis

Leren van uitkomsten en best-practices

Hoewel de waarde-formule uitkomsten in relatie tot kosten presenteert, gaat het eigenlijk om de "delta"; de verbetering. WGZ is ook een concept dat gaat over continu leren en verbeteren op basis van uitkomsten, processen en kosten. Basiskennis over WGZ bij de zorgverleners is daarvoor nodig¹¹. Een volgende indeling van drie leerniveaus van WGZ kan daar behulpzaam bij zijn:

- De dagelijkse zorg, i.c. persoonsgericht één op één leren en data op individueel niveau inzetten, deze interpreteren en vooral ook bespreken en gebruiken om de gezamenlijke besluitvorming te ondersteunen.
- Eigen praktijk/MDT/ ziekenhuis, i.c. analyseren, bespreken, leren en verbeteren (PDCA-cyclus).
- Andere MDT's / regio's / landen, i.c. benchmarken en daarvan ook weer leren en verbeteren.

Niet alleen voor zorgverleners, ook voor de patiënten geldt dat zij deze kennis nodig hebben. Focusgroepen en andere patiëntparticipatie-vormen kunnen onderdeel zijn van het 'leren'.

Klik [hier](#) om terug te gaan naar het WGZ-Huis

Continu verbeteren en innoveren

WGZ kan helpen om de zorgverlening voor de patiënten te verbeteren, slimme innovaties toe te passen en zo tevens de zorgverlening leuker en simpeler te maken voor professionals. Door een samenhangend, op verbetering gericht doel te hebben is WGZ dan geen 'projectje', maar een manier van werken en denken. Voor patiënten en zorgverleners geldt dat WGZ enthousiasmeert, betrokkenheid vergroot en een positieve beweging op gang kan brengen.

Slimme innovaties kunnen helpen om de zorg verder te verbeteren. Voorspelling van gezondheidseffecten op grond van toepassing van *wearables* en kunstmatige intelligentie kunnen zorgprofessionals en patiënten helpen betere beslissingen te nemen of zorg te verplaatsen naar de juiste plaats [85], [86]. Onderzoeksdata over bijvoorbeeld klinische studies van vergelijkbare patiënten die tot voor kort voorbehouden waren aan onderzoekers komen breder ter beschikking en kunnen door patiënten zelf worden gewogen en direct in een voor hen relevant model worden ingelezen [87]. Het zijn illustraties van ontwikkelingen die gaande zijn en die de patiënt en de arts ter beschikking (gaan) staan. De artsen kunnen zo steeds meer

¹¹ Deze betreft: de definitie van 'waarde' (de value equation), van 'medische conditie' / hulpvraag, de uitkomsten-hiërarchie van Porter, definitie van uitkomsten en uitkomst-indicatoren, PROMs, standaardsets van uitkomst-indicatoren, case-mix factoren (patient initial conditions), definitie en meten van kosten, de zorg-cyclus of waardeketen (Care Delivery Value Chain), aandoening-gerichte behandelteams/ Integrated Practice Units, multidisciplinaire samenwerking [2]

Gids in plaats van *God* worden [88].

Klik [hier](#) om terug te gaan naar het WGZ-Huis

Kostenbewust en in control

Het WGZ-model wil de zorg aan patiënten zo aanbieden dat (gezondheid) waarde voor de patiënt wordt geleverd in een aanvaardbare verhouding tot de gemaakte kosten [3]. Uitkomsten die relevant zijn voor de patiënt en de kosten die daarvoor gemaakt moeten zijn worden gestructureerd gemeten en in een waardeverhouding bepaald. Kosten worden primair inzichtelijk gemaakt voor de 'gemiddelde' patiënt. Hierbij kan het Pareto principe worden toegepast: 20% van de activiteiten is goed voor ongeveer 80% van de kosten. Wanneer het MDT een nauwkeurigere benadering wil toepassen, dan kan de Time-Driven-Activity-Based-Costing (TDABC) systematiek behulpzaam zijn [46]. TDABC is een techniek waarbij alle voor het zorgproces gemaakte kosten in kaart worden gebracht [43]. Uiteindelijk zouden alleen die kosten moeten overblijven die (direct of indirect) worden gemaakt voor activiteiten in het zorgpad die bijdragen aan de uitkomsten die belangrijk voor de patiënt zijn. Andere kosten zijn 'verspilling' [44], [80].

Met de ontwikkelingen op technologisch gebied en de maatschappelijke wens te komen tot *personalized care/medicine* wordt het relevanter om kosten via subpopulaties (stratificaties per zorgpad, per specifieke patiënten subgroep (bijv. met overgewicht, etc.)) en per individuele patiënt inzichtelijk te maken.

Klik [hier](#) om terug te gaan naar het WGZ-Huis